

EVASO (v. GC  
16.10.2006)



# Messaggio

numero	data	Dipartimento
5826	29 agosto 2006	SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

## Rapporto del Consiglio di Stato sulla mozione 12 marzo 2003 presentata da Raoul Ghisletta e cofirmatari "Applicazione della procedura d'autorizzazione di polizia sanitaria ai servizi SPITEX privati"

Signor Presidente,  
signore e signori deputati,

con il presente Rapporto sottoponiamo primariamente all'esame del Gran Consiglio la presa di posizione del Consiglio di Stato sulla mozione del 12 marzo 2003 presentata da Raoul Ghisletta *"Applicazione della procedura d'autorizzazione di polizia sanitaria ai servizi spitex privati"*.

Con la mozione i deputati Ghisletta, Carobbio Guscetti, Guidicelli, Pestoni e Ricciardi chiedono al Consiglio di Stato di sottoporre i servizi Spitex privati ad un'autorizzazione di polizia sanitaria e a una sorveglianza conseguente. Essi motivano la richiesta con la convinzione che *"questi servizi, svolgendo interventi di carattere sanitario e sociale presso persone anziane e bisognose, debbano sottostare a un controllo cantonale in quanto tali"*. In particolare i deputati chiedono che l'autorità cantonale *"verifichi che le prestazioni vengano erogate da personale qualificato, idoneo e presente in misura sufficiente e stabile nella struttura (garanzia che non è data ad esempio da lavoratori su chiamata)"*.

Infine chiedono che le strutture Spitex private abbiano l'obbligo verso l'autorità cantonale di presentare statistiche omogenee con quelle dei Servizi di assistenza e cura a domicilio (in seguito: SACD) riconosciuti e di coordinarsi con i SACD riconosciuti in modo da garantire qualità ed economicità degli interventi.

Con il presente messaggio lo scrivente Consiglio intende parimenti rispondere ai seguenti atti parlamentari:

- 1) Interrogazione 199.05 dell'8 novembre 2005 di Graziano Pestoni e cofirmatari "SACD: sulla vigilanza dei servizi privati e altro";
- 2) Interrogazione 33.05 del 22 febbraio 2005 di Renato Ricciardi e cofirmatari "Attivazione della procedura di autorizzazione per i servizi di assistenza e cure a domicilio ai sensi della Legge Sanitaria art. 80, 81 e 82";
- 3) Interrogazione 68.06 del 22 marzo 2006 di Renato Ricciardi "Attivazione della procedura di autorizzazione per tutti i servizi di assistenza e cure a domicilio (SACD) attivi in Ticino".

Su alcuni aspetti specifici a questi atti, si dirà al punto E.

## A. SERVIZI PUBBLICI, SERVIZI PRIVATI

I promotori della mozione parlano di "Spitex privati": occorre al proposito rammentare che dal profilo giuridico tutti i servizi di assistenza e cura a domicilio (denominati anche servizi Spitex) operanti nel Cantone Ticino sono enti privati, ancorché tutti al beneficio - interamente o parzialmente - di finanziamento pubblico.

I servizi cosiddetti "pubblici" sono quelli creati in applicazione alla Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 16 dicembre 1997. Il loro finanziamento è di tipo "duale", beneficiano cioè da un lato di un finanziamento a carico dell'erario cantonale, comunale e federale, dall'altro di un finanziamento a carico dell'assicurazione sociale contro le malattie in base alla LAMal.

I servizi cosiddetti "privati" - che nel linguaggio comune sono spesso denominati "spitex privati" - non sono invece al beneficio di un finanziamento cantonale e comunale, mentre beneficiano anch'essi del finanziamento garantito dall'assicurazione sociale contro le malattie (LAMal). Il loro finanziamento è perciò di tipo monista.

La differenza tra i servizi comunemente definiti "pubblici" e quelli "privati" sta dunque essenzialmente nel diverso regime di finanziamento delle prestazioni erogate, non invece nella natura della persona giuridica.

Il finanziamento monista o duale è tuttavia riferito unicamente alle prestazioni sanitarie, per le quali si applica sia la Legge sanitaria che la LAMal. Infatti, i servizi di assistenza e cura a domicilio non forniscono soltanto prestazioni sanitarie, ma anche prestazioni sociali (aiuto familiare, economia domestica, ecc.). Queste ultime non sono finanziate dalla LAMal e non rientrano nel campo d'applicazione della Legge sanitaria. Esse rientrano invece nel campo d'applicazione della LACD e sono dunque - esclusivamente per i SACD "pubblici" ed entro i limiti di legge - finanziate dall'erario cantonale e comunale. Se i servizi di assistenza e cura a domicilio "privati" forniscono simili prestazioni, il finanziamento va a diretto carico dell'utente.

La portata della mozione, e del presente rapporto, è limitata alle prestazioni sanitarie.

## B. REGIME LEGALE: VIGILANZA E AUTORIZZAZIONE

La Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (LSan) del 18 aprile 1989 subordina tutte le strutture sanitarie<sup>1</sup> - siano esse finanziate pubblicamente o meno - a **regime di vigilanza** da parte del Dipartimento della sanità e della socialità.

L'articolo 79 cpv. 2 esplicita l'inclusione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, affermando che la vigilanza si estende anche a tutti i "*servizi che, pur non disponendo di una struttura o di attrezzature fisse, offrono le medesime prestazioni al domicilio degli utenti (servizi di assistenza e cura a domicilio)*".

Accanto a questo primo livello di controllo statale (regime di vigilanza) troviamo un secondo livello, definito nella LSan quale **regime di autorizzazione**. Si tratta di un controllo statale più intenso, riservato - per le strutture - agli ospedali, alle cliniche, alle

---

<sup>1</sup> Art. 79 <sup>1</sup>Sono strutture sanitarie secondo questa Legge gli immobili, i locali, i vani o gli ambienti, anche mobili:

- a) ove sono distribuite o attuate, a pazienti degenti o ambulanti e ad animali prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche in vista della promozione, della protezione, del mantenimento o del ristabilimento della salute;
- b) ove hanno luogo attività di produzione, di commercio o di distribuzione di medicinali e specialità farmaceutiche, agenti terapeutici, principi attivi, materiale e attrezzature sanitarie, prestazioni analitiche, di accertamento diagnostico o terapeutiche, come pure di ogni altro bene o servizio assimilabile;
- c) ove hanno luogo attività di ricerca o didattiche, di insegnamento e di apprendimento di conoscenze teoriche o pratiche sanitarie.

case di cura e ad altre strutture assimilabili. Fino ad oggi lo Stato ha riservato questo regime a determinati singoli operatori sanitari (per esempio medici, dentisti, farmacisti) e alle strutture stazionarie, le quali necessitano appunto di autorizzazione per poter fornire prestazioni sanitarie.

I servizi di assistenza e cura a domicilio operanti oggi in Ticino - siano essi "pubblici" o "privati" - già sottostanno al regime di vigilanza sanitaria, conformemente all'art. 79 della LSan. Si tratta di un regime di vigilanza **di tipo reattivo**: in altre parole i servizi del Dipartimento - dopo un'ispezione iniziale per verificare la presenza di determinati requisiti di qualità (elencati nell'Allegato 1) - intervengono unicamente quando vi sono segnalazioni relative a malfunzionamenti o altri problemi. Intervengono dunque in modo reattivo quando confrontati con segnalazioni che sollevano dubbi relativi alla sicurezza dei pazienti.

L'ispezione iniziale è stata sino ad oggi riservata unicamente ai servizi di assistenza e cura a domicilio "privati", mentre quelli pubblici - ritenuto che fossero per definizione meglio controllati a causa dei vincoli imposti dal finanziamento pubblico (dal 2006 contratto di prestazione generalizzato) - non sono stati oggetto d'ispezione.

L'ispezione iniziale assume poi, in assenza di regime di autorizzazione, un ulteriore significato. Infatti, per ottenere il riconoscimento finanziario da parte degli assicuratori malattia (codice di creditore di santésuisse), i servizi privati devono ottenere un "riconoscimento cantonale", come recita l'art. 51 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattia del 27 giugno 1995<sup>2</sup>. Ma in assenza di un regime di autorizzazione previsto dalla LSan, nessun servizio del DSS avrebbe potuto autorizzare l'esercizio di un servizio di assistenza e cura a domicilio. Di conseguenza santésuisse non avrebbe concesso alcun finanziamento sociale in base alla LAMal.

Per risolvere pragmaticamente questo dilemma, dal 1997 in poi il DSS ha sottoposto i nascenti servizi di assistenza e cura a domicilio "privati" ad un'ispezione iniziale, atta a verificare la presenza di requisiti di qualità essenziali (Allegato 1). In caso di esito favorevole dell'ispezione, i servizi "privati" hanno così potuto ottenere quel "riconoscimento cantonale" richiesto dall'art. 51 dell'OAMal per poter esercitare a carico della cassa malati. I competenti servizi del DSS rilasciano infatti una decisione di "nulla osta" che vale quale "riconoscimento cantonale".

Una simile ispezione iniziale non è invece stata necessaria per i SACD "pubblici", poiché il riconoscimento cantonale ordinato dall'OAMal è implicitamente dato dalla concessione del sussidio in base alla LACD del 1997<sup>3</sup>.

Ne consegue che i servizi del DSS incaricati della vigilanza sanitaria non hanno mai dovuto svolgere l'ispezione iniziale dei servizi di assistenza e cura a domicilio finanziati pubblicamente.

---

<sup>2</sup> OAMal Art. 51 Organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio.

Le organizzazioni che dispensano cure e aiuto a domicilio sono autorizzate se:

- a. sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano;
- b. hanno definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti;
- c. dispongono del personale specializzato necessario, con formazione corrispondente al loro campo d'attività;
- d. dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo d'attività;
- e. partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77, intese a garantire, nell'ambito del loro campo d'attività, l'effettuazione di cure di buona qualità e adeguate.

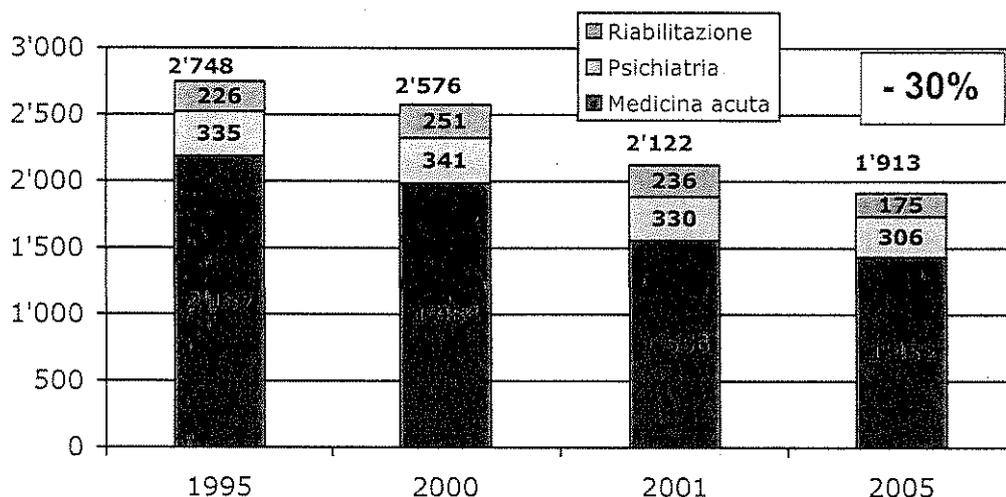
<sup>3</sup> Una situazione del resto molto simile a quanto avviene nel mondo ospedaliero tra ospedali pubblici EOC e ospedali privati.

### C. EVOLUZIONE DEI SERVIZI D'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO

L'entrata in vigore della LAMal il 1° gennaio 1996 e quello della LACD il 3 febbraio 1999, accanto al forte aumento della popolazione anziana, hanno profondamente ridefinito le dinamiche di sviluppo dei servizi territoriali di assistenza e cura a domicilio.

Con la LAMal il Cantone ha iniziato un processo di pianificazione ospedaliera in più tappe (DE 17.12.1997, entrato in vigore il 03.05.2000 con decisione del Consiglio Federale; DE 20.06.2001, entrato in vigore il 02.11.2001; DL 29.11.2005, non ancora in vigore a seguito di due ricorsi), il cui comune denominatore è rappresentato dalla continua ed importante riduzione (-30%) del numero di letti (Figura 1).

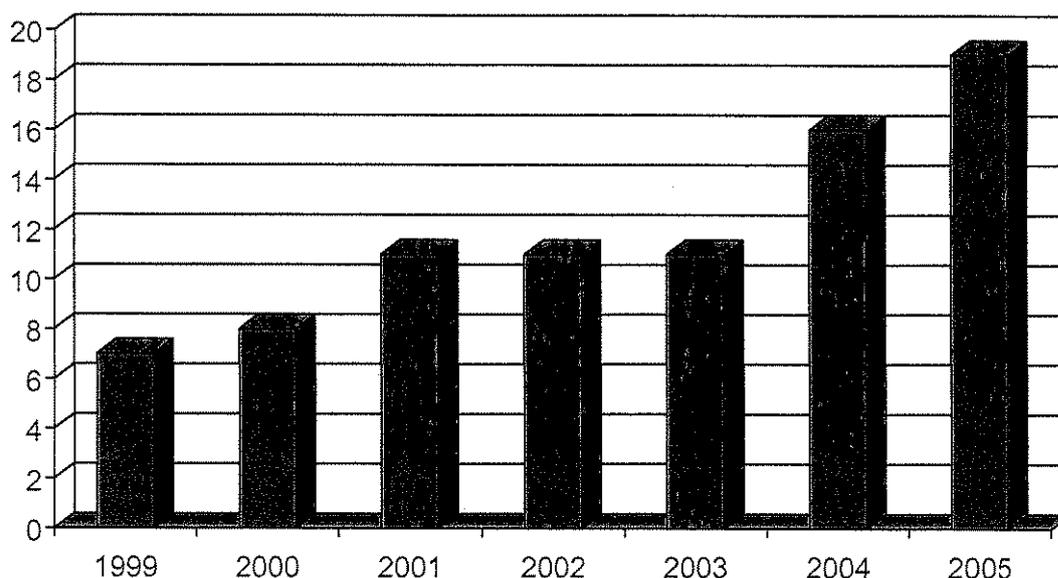
Figura 1 - Evoluzione del numero di letti nel Cantone secondo Pianificazione LAMal



Una simile evoluzione è stata sopportabile principalmente grazie al miglioramento dell'efficienza delle strutture ospedaliere e grazie all'evoluzione della medicina, che consente ormai di disporre di cure sempre meno invasive e dunque erogabili a livello ambulatoriale per le patologie croniche che caratterizzano la nostra popolazione (soprattutto cardiovascolari, tumorali, metaboliche).

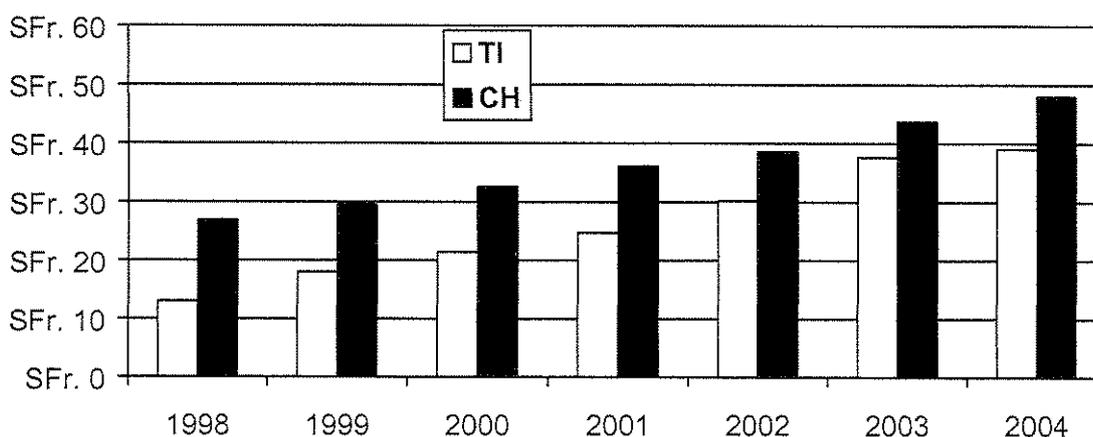
Nel contesto di questa generale evoluzione e del menzionato cambiamento demografico della popolazione anziana va letto anche l'aumento numerico dei servizi di assistenza e cura a domicilio in Ticino. Limitando l'analisi agli ultimi anni notiamo come ai primi 6 servizi nati nel quadro della LACD nel 1999, se ne sono rapidamente aggiunti altri (cosiddetti "spitex privati") fino a raggiungere l'attuale cifra di 19 servizi d'assistenza e cura a domicilio (Figura 2).

Figura 2 - Evoluzione numerica dei servizi d'assistenza e cura a domicilio in Ticino 1999-2005



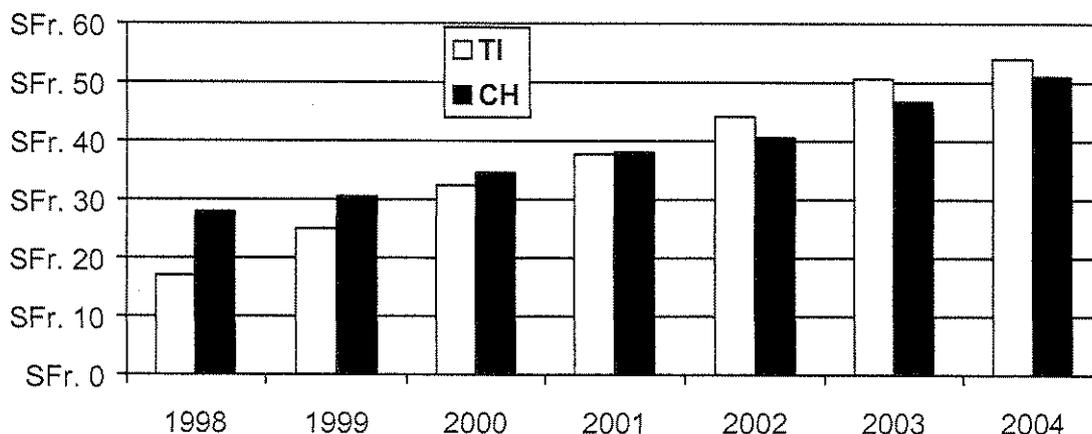
Per i "servizi privati" il Cantone finora dispone innanzitutto dei dati finanziari forniti dagli assicuratori malattia: santésuisse. Evidentemente, essi sono limitati agli oneri a carico dell'assicurazione obbligatoria di base. Da questi dati emerge negli ultimi anni una progressione sia del costo totale, sia del numero di fatture emesse, sia del costo medio per fattura. L'evoluzione ticinese dell'importo medio LAMal per assicurato è più rapida che quella dell'importo medio svizzero (Figura 3). Concretamente, per i servizi d'assistenza e cura a domicilio il Ticino tende a recuperare il ritardo che aveva rispetto agli altri Cantoni svizzeri.

Figura 3 Costo medio LAMal per assicurato: servizi (fonte santésuisse Ticino)



Il recupero del Canton Ticino è ancora più importante se con i servizi d'assistenza e cura a domicilio veri e propri si considera anche l'attività svolta dagli infermieri che operano quali indipendenti. Il relativo costo totale per assicurato del Canton Ticino dal 2002 supera quello medio svizzero (Figura 4).

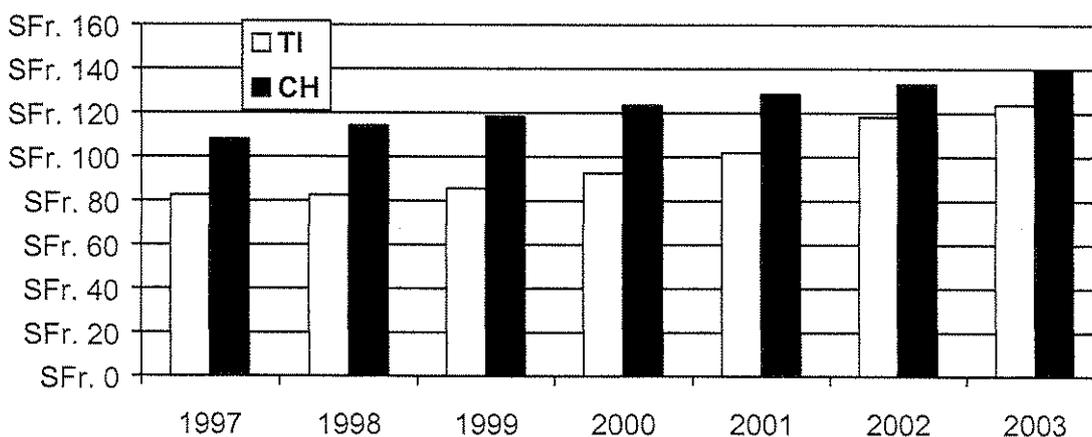
Figura 4. Costo medio LAMal per assicurato: servizi + infermieri indipendenti (fonte santésuisse Ticino)



Oltre ai dati di santésuisse, l'Ufficio cantonale di statistica (USTAT) per l'allestimento del Conto sanitario promuove una raccolta dati direttamente presso i servizi. Non sussistendo una base legale che possa obbligare i servizi a trasmettere i dati, il rilevamento è tuttavia incompleto. D'altra parte, visto che il rilevamento ha uno scopo statistico, l'USTAT non può trasmettere i dati dei singoli servizi al Dipartimento della sanità e della socialità, ma solo quelli aggregati.

Si tratta comunque di dati finanziari relativi al costo totale di questi servizi per la società, dovuto sia alle prestazioni sanitarie che a quelle di carattere sociale. Essi, diversamente da quelli di santésuisse, non si limitano alle prestazioni sanitarie a carico dell'assicurazione obbligatoria di base. Il confronto dell'evoluzione del costo pro capite del Canton Ticino con quello medio svizzero è presentato nella Figura 5.

Figura 5 Costo totale pro capite per la società: servizi (fonte UST e USTAT)



Anche secondo questi dati si registra un recupero del Ticino rispetto alla Svizzera. Questi importi non comprendono gli infermieri indipendenti, ma si limitano ai servizi. A livello nazionale, il dato totale con gli infermieri non è disponibile.

## D. REGIME DI AUTORIZZAZIONE PER TUTTI I SERVIZI DI ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO, PUBBLICI E PRIVATI

Un assoggettamento a regime di autorizzazione in base alla LSan non può – per ovvi motivi costituzionali (parità di trattamento) – essere limitato ai servizi di assistenza e cura a domicilio “privati”. La richiesta dei fautori della mozione va perciò necessariamente estesa a tutti i servizi di assistenza e cura a domicilio, indipendentemente dal regime finanziario che li differenzia.

Quali i vantaggi e quali gli svantaggi di un assoggettamento di tutti i servizi di assistenza e cura a domicilio al regime di autorizzazione?

### D.1 Vigilanza sanitaria

Un regime di autorizzazione trasformerebbe l'attuale rilascio del “nulla osta” - finalizzato al “riconoscimento cantonale” ai fini della LAMal - nel rilascio di una vera e propria autorizzazione d'esercizio.

Dal profilo pratico ciò non rappresenterebbe un cambiamento sostanziale: si continuerebbe a svolgere un'ispezione iniziale ed a intervenire in modo reattivo, su segnalazioni. La durata delle autorizzazioni d'esercizio è in generale illimitata (così è il caso per gli operatori sanitari e per le strutture sanitarie stazionarie); di conseguenza non s'impongono ispezioni per eventuali rinnovi dell'autorizzazione. Ne consegue che anche per questi servizi non vi sarebbero ispezioni a frequenza regolare.

L'unica differenza rispetto alla situazione attuale sarebbe data dalla necessità di compiere una prima ispezione anche per i SACD “pubblici”.

I fautori della mozione ritengono che un regime di autorizzazione comporti per sua stessa natura la regolare verifica “*che le prestazioni vengano erogate da personale qualificato, idoneo e presente in misura sufficiente e stabile nella struttura (garanzia che non è data ad esempio da lavoratori su chiamata)*”. Ciò non corrisponde tuttavia al vero.

Il regime di autorizzazione d'esercizio prevede la verifica della presenza di una direzione sanitaria (art. 80 LSan). Compete a quest'ultima garantire (e al bisogno dimostrare) che le prestazioni siano erogate da personale qualificato, conformemente agli standard professionali svizzeri. La presenza di una qualificata direzione sanitaria è dunque uno dei requisiti di qualità sui quali il Cantone vigila.

La direzione sanitaria dei servizi di assistenza e cura a domicilio dovrebbe essere assunta da un infermiere autorizzato al libero esercizio della professione: ciò è già richiesto ai servizi “privati”, ma non a quelli “pubblici”, che oggi non prevedono in organigramma una simile funzione. Un assoggettamento a regime di autorizzazione secondo LSan li costringerebbe ad adeguarsi.

Ad ogni modo appare del tutto incompatibile con i mezzi a disposizione – nonché non proporzionata - un'azione del Cantone che comporti la verifica dell'adeguatezza delle prestazioni erogate a ogni singolo paziente. Ciò del resto non avviene in nessun altro settore della sanità (ospedali, cliniche, case per anziani, istituti per invalidi, studi medici, farmacie, ecc.). Qualora il paziente – o i suoi rappresentanti – si sentisse leso nei propri diritti (art. 5 e seguenti della LSan), egli può sempre denunciare la situazione alla Commissione di vigilanza sanitaria o ai servizi del Dipartimento della sanità e della socialità.

## D.2 Garanzia di qualità LAMal

La LAMal e le sue ordinanze applicative prevedono che le prestazioni sanitarie – anche quelle di tutti servizi di assistenza e cura a domicilio finanziati con la cassa malati - debbano essere efficaci, economiche ed adeguate (art. 32 LAMal). Inoltre l'articolo 51 OAMal (lettere b,c,d,e) esplicita alcuni requisiti di qualità che i servizi di assistenza e cura a domicilio devono adempiere per essere finanziati dalla cassa malati obbligatoria. I requisiti dell'art. 51 rientrano in un discorso generale sulla qualità che la LAMal esplicita all'art. 58 LAMal e all'art. 77 dell'OAMal<sup>4</sup>. La competenza per definire le modalità d'esecuzione è per legge essenzialmente dei partner contrattuali (fornitori di prestazioni e assicuratori), non del Cantone.

Al Cantone spetta solo il compito di ratificare le Convenzioni tariffali. Di conseguenza, il suo controllo della qualità può essere solo operato indirettamente, attraverso la verifica del rispetto dei principi dell'art. 32 LAMal (combinato con l'art. 46 cpv. 4 LAMal) e in termini molto generali, come forzatamente sono formulate le Convenzioni.

Le attese enunciate nella mozione - peraltro pienamente condivise dal Consiglio di Stato - corrispondono perciò a compiti che il legislatore ha conferito innanzitutto ai partner contrattuali (servizi di assistenza e cura a domicilio e assicuratori malattia). Un regime di autorizzazione in base alla Legge sanitaria non modificherebbe questo stato di cose.

## D.3 Garanzia di qualità secondo le Leggi settoriali

Un controllo della qualità è poi operato nei settori quali gli ospedali dell'EOC, le case per anziani, come pure in generale gli istituti e i servizi sociosanitari al beneficio di un sussidio pubblico, in base alle relative Leggi settoriali. E questo soprattutto con l'introduzione della nuova modalità di finanziamento del contratto di prestazione. Si tratta in ogni caso di un controllo non sulle singole prestazioni ma a livello dei requisiti di base e della gestione della qualità. Ciò implica la necessità per lo Stato di partecipare al finanziamento di questi fornitori di prestazione.

## D.4 Statistiche sanitarie e pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio

È invece lecito attendere un sensibile vantaggio dell'applicazione di un regime di autorizzazione sulla trasparenza del sistema sanitario in generale e sul funzionamento dei servizi d'assistenza e cura a domicilio in particolare. Infatti anche i "servizi privati" – come già fanno quelli "pubblici" oggi in base alla LACD – dovrebbero in tal caso fornire le statistiche sanitarie richieste dallo Stato, come prevede l'art. 82 LSan<sup>5</sup>.

Una buona conoscenza delle prestazioni socio-sanitarie erogate dai servizi di assistenza e cura a domicilio è condizione necessaria – ancorché insufficiente - per consentire allo Stato di ipotizzare una pianificazione dell'offerta globale dell'assistenza e cura a domicilio,

---

<sup>4</sup> Art. 77 Garanzia della qualità

<sup>1</sup> I fornitori di prestazioni o le loro organizzazioni elaborano concetti e programmi in materia d'esigenze inerenti la qualità delle prestazioni e la promozione della qualità. Le modalità d'esecuzione (controllo dell'osservanza, conseguenze dell'inosservanza, finanziamento) sono regolate nelle convenzioni tariffali o nelle convenzioni particolari relative alla garanzia della qualità, stipulate con gli assicuratori o le loro organizzazioni. Questi ordinamenti devono corrispondere al livello di quanto generalmente riconosciuto, tenuto conto dell'economicità delle prestazioni.

<sup>5</sup> Art. 82 <sup>1</sup>Allo scopo di disporre delle basi statistiche necessarie alla conoscenza della distribuzione e dell'incidenza delle malattie e dei fattori di rischio nella popolazione nonché alla valutazione dei bisogni sanitari, alla elaborazione della pianificazione ed alla definizione delle priorità d'intervento, come pure allo scopo di disporre delle informazioni indispensabili all'organizzazione del servizio sanitario coordinato e in caso di catastrofe, le strutture sanitarie previste dall'art. 80 sono tenute a mettere a disposizione, su richiesta e secondo modalità stabilite dal Dipartimento, i dati statistici sul movimento degli ospiti, sulla classificazione delle malattie, sul numero e il tipo di prestazioni, sul numero e le qualifiche del personale impiegato, sul numero dei letti, sulla dotazione di attrezzature e sui costi totali d'esercizio.

cioè per pilotare lo sviluppo dei SACD "pubblici" e dei "servizi privati". Gli autori della mozione parlano di "obbligo di coordinamento" per il Cantone. Ma il Cantone può imporre una pianificazione a tutti i servizi pubblici e privati solo se si crea una specifica base legale che preveda esplicitamente il suo obbligo di coordinare tutta l'offerta e presumibilmente anche una partecipazione finanziaria pubblica per tutti i servizi. In altre parole, il Cantone non ha il diritto di pianificare l'intero settore sulla semplice base della Legge sanitaria e del relativo regime di autorizzazione.

Per meglio comprendere la questione può essere fatto il parallelo con quanto avvenuto all'inizio degli anni '80 nel settore ospedaliero. Il varo della Legge sugli ospedali pubblici nel 1982 ha investito lo Stato del compito di pianificare e coordinare gli interventi stazionari sul territorio cantonale, compito cui è stato dato seguito fino all'entrata in vigore della LAMal. Ma la Legge sugli ospedali pubblici rappresentava una legge di riordino e di finanziamento limitata agli ospedali pubblici. Si è così assistito a un rapido e importante sviluppo di cliniche private, che sfuggivano al controllo di tale Legge, e che potevano così svilupparsi secondo dinamiche ed interessi propri. Soltanto con l'entrata in vigore il 1° gennaio 1993 dell'art. 8 del Decreto federale concernente provvedimenti temporanei contro l'aumento dei costi nell'assicurazione malattie del 9 ottobre 1992, in seguito più volte prorogato sino all'entrata in vigore della LAMal nel 1996, il Cantone ha potuto disporre di uno strumento pianificatorio in grado di pilotare non solo gli ospedali dell'EOC, ma anche tutti gli altri nosocomi intenzionati ad agire a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria.<sup>6</sup> Eppure tutti, sia pubblici che privati, erano (e sono) sottoposti a regime di autorizzazione secondo LSan.

Sarebbe perciò errato attendersi da un regime di autorizzazione la possibilità per lo Stato di pianificare il settore. Tuttavia lo Stato, disponendo di migliori statistiche garantite dal regime di autorizzazione, sarà in grado di promuovere un dialogo tra servizi di assistenza e cura a domicilio "pubblici" e "privati" sulla scorta di una lettura più oggettiva della realtà. Ciò consentirà a sua volta un miglior coordinamento dei servizi.

L'adozione di un regime di autorizzazione permetterebbe dunque una più incisiva - ancorché limitata dal profilo pianificatorio - azione di coordinamento.

## **E. INDICAZIONI SU ASPETTI SPECIFICI DELLE INTERROGAZIONI**

Nell'**Interrogazione 199.05** dell'8 novembre 2005 di Graziano Pestoni e cofirmatari "SACD: sulla vigilanza dei servizi privati e altro":

- si segnalava la possibile confusione derivante dall'iscrizione negli elenchi telefonici dei recapiti dei servizi privati;
- si chiedeva se è stata fatta una valutazione sull'adeguatezza delle strutture (necessità di 6 organizzazioni territoriali autonome);
- si domandava se sono state adottate nuove misure di coordinamento tra gli ospedali e i SACD.

---

<sup>6</sup> Una pianificazione dell'offerta che resta tuttavia ancora parziale: si veda ad esempio la possibilità degli istituti privati di scegliere i pazienti secondo la gravità della casistica come pure secondo il loro contratto assicurativo. Una pianificazione più vincolante necessiterebbe presumibilmente l'introduzione di un contratto di prestazione e, di conseguenza, anche la partecipazione finanziaria obbligatoria per il Cantone. È tra l'altro una delle ragioni per cui, a livello federale, è stata proposta una modifica della LAMal che prevede l'obbligo per i Cantoni di finanziare tutti gli ospedali riconosciuti nella pianificazione, siano essi pubblici o privati.

Per quanto riguarda l'iscrizione negli elenchi telefonici, bisognerebbe esaminare se la diversità (statuto giuridico, organizzazione, contenuti) che caratterizza i diversi servizi, a livello di riconoscimento secondo la Legge sanitaria, giustifica l'obbligo di denominazione diverse, come attuato recentemente per i servizi d'urgenza ospedalieri.

Relativamente alla necessità di 6 organizzazioni territoriali completamente autonome si segnala che l'organizzazione dei servizi territoriali figura tra i temi di cui si occupa il "Progetto di revisione dei flussi finanziari e delle competenze fra Cantone e Comuni", concordato fra il Consiglio di Stato e i comitati dell'ACUTI e della CoReTi a fine 2005 ed entrato nella fase operativa da febbraio 2006. Il settore sociosanitario, unitamente alla scuola, costituisce l'ambito di priorità 1.

Inoltre, con la mozione 443 del 26 settembre 2005 è stata chiesta la creazione di un Ente cantonale case anziani e servizi territoriali (intendendo i SACD e i Servizi d'appoggio). Con il messaggio 5754 del 21 febbraio 2006, citando il "Progetto di revisione dei flussi finanziari e delle competenze fra Cantone e Comuni", il Consiglio di Stato ha proposto al Gran Consiglio "di non respingere, né accettare la mozione, bensì di posticipare il suo esame di qualche mese" per poter affrontare il tema sulla scorta di proposte concrete fondate su di un coinvolgimento degli attori interessati (Cantone, Comuni, operatori del settore)".

Per le nuove misure di coordinamento tra gli ospedali e i SACD, si ricorda che con il progetto di Legge sui SACD presentato dal Consiglio di Stato nel 1994 si proponeva pure, tramite lo stesso disegno di legge e la modifica delle Leggi settoriali specifiche, l'obbligo per i SACD, per gli ospedali e per le UTR dell'OSC di designare un responsabile che mantenesse i contatti con gli altri istituti e servizi di cura. Questa proposta non era stata tuttavia accettata dal Gran Consiglio ed era stata sostituita con una competenza molto generale di coordinamento per i servizi.

Per il coordinamento sui singoli casi, si segnala che un Gruppo di lavoro SACD-EOC ha riflettuto su delle linee guida che permettano di dare maggiore continuità nel processo di presa a carico dopo la dimissione dalle strutture acute. Ne è scaturito un protocollo (un "foglio di trasmissione" con parte medica e parte infermieristica), attualmente in fase di messa in atto.

Infine, nell'**Interrogazione 33.05** del 22 febbraio 2005 di Renato Ricciardi e cofirmatari "Attivazione della procedura di autorizzazione per i Servizi di assistenza e cure a domicilio ai sensi della Legge Sanitaria art. 80, 81 e 82", ripresa nell'**Interrogazione 68.06** del 22 marzo 2006 di Renato Ricciardi, si chiedeva:

- "se non si considera necessario sottoporre regolarmente, come peraltro previsto dalla LAMal, ai medici curanti il rinnovo della prescrizione delle prestazioni ai pazienti a domicilio per un'attenta valutazione dei bisogni".

A questo proposito, si segnala che il rinnovo trimestrale della prescrizione medica per i servizi di assistenza e cura a domicilio è da tempo parte integrale della Convenzione con santésuisse Ticino, mentre la fatturazione, sinora trimestrale, avviene ora, su richiesta degli assicuratori malattia, a cadenza mensile.

Inoltre, lo strumento di valutazione RAI, già presente nel settore delle case per anziani come "RAI-Nursing Home", è stato adattato alla realtà dell'assistenza e cura a domicilio (RAI-HomeCare) ed è in fase d'implementazione presso i SACD e alcuni servizi privati. A questi lavori partecipa pure santésuisse Ticino.

## F. CONCLUSIONI

Per le ragioni evocate lo scrivente Consiglio – pur evidenziando come un regime di autorizzazione di tutti i servizi di assistenza e cura a domicilio lasci irrisolti molti problemi evidenziati dagli autori della mozione (in particolare l'intervento pianificatorio dello Stato) – accoglie la mozione e intende assoggettare tutti i servizi di assistenza e cura a domicilio operanti nel Cantone Ticino, indipendentemente dal loro regime di finanziamento, al regime di autorizzazione in base all'art. 80 cpv. 2 della Legge sanitaria<sup>7</sup>.

Il Consiglio di Stato si attende, con l'adozione di questa misura, una miglior trasparenza delle prestazioni socio-assistenziali erogate dai servizi d'assistenza e cura a domicilio "pubblici" e "privati" nel Cantone. Ciò pone la premessa per un conseguente miglior coordinamento delle attività tra i due settori, che potrà tuttavia soltanto essere favorito, ma non pianificato, in assenza di una specifica base legale.

I servizi del Dipartimento della sanità e della socialità favoriranno dunque con le azioni di loro competenza la miglior collaborazione possibile del settore "pubblico" con quello "privato".

Una miglior trasparenza acquisita dai dati disponibili, grazie all'assoggettamento al regime di autorizzazione, dovrebbe soprattutto permettere ai partner contrattuali (servizi d'assistenza e cura a domicilio e assicuratori) di elaborare procedure di verifica della qualità e dell'adeguatezza delle prestazioni, così da garantire al paziente le migliori cure possibili e a tutti gli assicurati la garanzia di un impiego razionale delle risorse sociali a disposizione.

L'accoglimento di questa mozione comporta un nuovo compito per il Cantone. Ritenuto come sia possibile integrarlo nelle attività correnti, esso non comporta pertanto maggiori costi, né finanziari, né in risorse umane.

Con queste considerazioni il Consiglio di Stato considera evase la mozione e le interrogazioni di cui a margine.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, L. Pedrazzini

Il Cancelliere, G. Gianella

### Allegati:

1. Applicazione della procedura d'autorizzazione di polizia sanitaria ai servizi SPITEX privati
2. Mozione 12.03.2003

---

<sup>7</sup> Se le circostanze lo richiedono, il Consiglio di Stato può sottoporre ad autorizzazione anche altre strutture e servizi previsti dall'art. 79.

## SERVIZI DI ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO: SACD E SERVIZI SPITEX

### Requisiti essenziali di qualità

#### S = requisiti di Struttura

- S1** Il servizio dispone di direzione sanitaria (infermiere con autorizzazione di libero esercizio) e amministrativa.
- S2** Il servizio dispone di un documento che esplicita rispettivamente:
- S 2.1 La missione.
  - S 2.2 La filosofia delle cure.
  - S 2.3 La copertura geografica della popolazione servita.
  - S 2.4 Gli orari d'apertura.
  - S 2.5 Il tipo di prestazioni erogate.
  - S 2.6 Le fasce d'età prese a carico (bambini?).
  - S 2.7 Le informazioni da fornire al paziente (diritti sanitari e giuridici del paziente, qualifiche del personale curante).
  - S 2.8 L'inventario aggiornato delle apparecchiature medico-tecniche (sfigmomanometri, bilance, glucosometri, ecc.) e della loro manutenzione (ODimed).
  - S2.9 Un piano di formazione/aggiornamento professionale.
- S3** Il servizio dispone di un luogo sicuro dove archiviare le cartelle sanitarie per 10 anni.

#### P = requisiti di Procedura

- P1** Il personale curante eroga prestazioni sanitarie nei limiti delle proprie conoscenze e competenze, acquisite mediante formazione comprovata da diploma o certificato (art. 64 LSan).
- P2** Il servizio rispetta le disposizioni sulle qualifiche minime del personale curante a dipendenza delle prestazioni erogate, emanate dal Medico cantonale.
- P3** La prima valutazione a domicilio dei bisogni del paziente è effettuata da un infermiere per mezzo di uno strumento "multidimensionale" conforme agli standard attuali.
- P4** L'infermiere responsabile del caso stende il piano di cura nel rispetto dei principi di libertà, dignità e integrità del paziente, nonché secondo i criteri di efficacia e di economicità (art. 5 LSan).
- P5** Il servizio allestisce una cartella sanitaria (insieme della documentazione socio-sanitaria prodotta per la cura) per ogni utente, che riporta obbligatoriamente:
- le generalità della persona
  - il tipo di trattamento eseguito
  - le prestazioni effettuate
  - l'identità dell'operatore sanitario che le ha effettuate
  - la data di ogni consultazione
  - le date d'inizio e di fine del trattamento
- P6** Le norme di igiene vanno esplicitate e continuamente aggiornate.

- P8** Il servizio elabora un piano per la medicina del personale atto a prevenire la trasmissione di malattie tra il personale curante e gli utenti, conforme alle direttive del Medico cantonale.
- P9** Il servizio predispone le misure necessarie per il rispetto della protezione della sfera personale del paziente nonché per la protezione dei dati, secondo il Codice penale svizzero e la Legge federale sulla protezione dei dati.
- P10** Il servizio raccoglie e trasmette allo Stato le statistiche sanitarie, gestionali e contabili richieste in base alla legislazione federale e cantonale.

## **R = requisiti di Risultato**

Nessuno.

### Nota bene:

I requisiti di qualità utilizzati per il rilascio dell'autorizzazione di Legge sanitaria rappresentano la soglia essenziale da rispettare, per garantire la sicurezza del paziente. Sull'applicazione degli stessi vigila lo Stato.

Chi finanzia le prestazioni - in base ad altre leggi come la LAMal e la LACD – può aggiungere altri requisiti di qualità, che devono essere definiti dai partner contrattuali (art. 58 LAMal). Parimenti i partner definiscono le modalità di verifica dell'applicazione degli stessi.

Inoltre il finanziamento delle prestazioni può essere subordinato a restrizioni: per esempio per ottenere il finanziamento a carico della cassa malati di base (LAMal), le prestazioni sanitarie erogate dai servizi devono essere prescritte da un medico autorizzato. Esse devono inoltre rispettare i criteri di efficacia, economicità ed adeguatezza (art. 32).

MOZIONE

**Applicazione della procedura d'autorizzazione di polizia sanitaria ai servizi SPITEX privati**

del 12 marzo 2003

Con la presente mozione chiediamo al Consiglio di Stato di sottoporre i servizi Spitex privati ad un'autorizzazione di polizia sanitaria e a una sorveglianza conseguente. È infatti nostra convinzione che questi servizi, svolgendo interventi di carattere sanitario e sociale presso persone anziane e bisognose, debbano sottostare a un controllo cantonale in quanto tali.

In particolare, chiediamo che l'autorità cantonale verifichi che le prestazioni vengano erogate da personale qualificato, idoneo e presente in misura sufficiente e stabile nella struttura (garanzia che non è data ad esempio da lavoratori su chiamata).

Inoltre chiediamo che le strutture Spitex private abbiano l'obbligo verso l'autorità cantonale:

- di presentare statistiche omogenee con quelle dei SACD riconosciuti;
- di coordinarsi con i SACD riconosciuti in modo da garantire qualità ed economicità degli interventi agli utenti.

Raoul Ghisletta  
Carobbio Guscetti - Guidicelli -  
Pestoni - Ricciardi