

Rapporto

numero	data	Dipartimento
	30 settembre 2004	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio (Rapporto complementare - settembre 2002)

1. PREMESSA

La Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD), del 16 dicembre 1997, dà mandato al Consiglio di Stato di pianificare gli interventi, in collaborazione con i Comuni e gli enti interessati. La pianificazione è intesa come processo: pianificazione preliminare, sperimentazione, adattamento progressivo degli obiettivi e delle risorse in collaborazione con gli attori di tutto il Cantone.

Un **primo rapporto (prima parte)**, adottato dal Consiglio di Stato nel gennaio 1999, (rapporto commissionale del 26 ottobre 1999), precisava gli obiettivi e le modalità pianificatorie, definiva i comprensori e gli aspetti istituzionali, illustrava le modalità di intervento e della presa a carico e gli obiettivi prioritari.

Un **secondo rapporto (seconda parte)**, adottato dal Consiglio di Stato in aprile 2000, (rapporto commissionale del 24 ottobre 2000) ha identificato i servizi di appoggio riconosciuti, ha indicato i primi risultati della sperimentazione, ha definito i sussidi particolari e gli aiuti diretti.

Nel rapporto, approvato dal Parlamento, è stata data una valutazione positiva del processo in corso ed è stata data la preferenza ad uno scenario di crescita al tasso del 6% (rincaro e scatti salariali esclusi) per i SACD. È pure stato precisato che tale aumento doveva essere finalizzato alla qualità e non all'ampliamento delle amministrazioni dei servizi. Per i servizi di appoggio il tasso di crescita indicato era invece del 2%.

Il **terzo rapporto (complementare)**, approvato dal Consiglio di Stato nel settembre 2002 e oggetto del presente esame, aggiorna gli indirizzi pianificatori per i Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD), i servizi di appoggio (SA) e gli aiuti diretti, alla luce anche delle sperimentazioni in corso.

La Commissione chiede che la pianificazione per il periodo 2005-2009 venga sottoposta al Gran Consiglio con sollecitudine, così da consentire al Parlamento di svolgere un ruolo reale e non solo di verifica a posteriori. Auspica pure che la Commissione della gestione, nell'ambito della sua attività di controllo, approfondisca questo settore.

2. I LAVORI COMMISSIONALI

La Commissione, nella seduta dell'11 settembre 2003, ha sentito un rappresentante del Dipartimento della sanità e della socialità (Martino Rossi, capo della Divisione dell'azione sociale), il 20 novembre i direttori dei SACD Balestra (Locarnese e Valle Maggia), Ryser (Malcantone e Vedeggio), Treichler (Luganese), Maestrini (Mendrisiotto e Basso Ceresio),

Zanni (Tre Valli) e Zamperini (Bellinzonese) e l'11 dicembre il capo Sezione del sostegno a enti e attività sociali (SSEAS/DSS), Carlo Denti.

L'11 dicembre 2003 sono stati designati i relatori. Il 13 gennaio 2004 i relatori hanno incontrato nuovamente il capo SSEAS Carlo Denti. La Commissione ha approvato i quesiti da approfondire nella seduta del 5 febbraio 2004. Il 3 giugno i relatori hanno visitato il SADC del Mendrisiotto e del Basso Ceresio.

I relatori hanno potuto disporre dei seguenti documenti:

- Carlo Denti, Vivere meglio? Sì, grazie. Handicap e permanenza a domicilio, ottobre 2003;
- Riccardo Crivelli e Riccardo Lisi, Rapporto di valutazione della sperimentazione del primo anno e mezzo di attuazione della LASCD e della pianificazione, Supsi, ottobre 2001;
- Nicoletta Mariolini e Boris Wernli, Benessere e salute degli utenti dell'assistenza e cura a domicilio, *Valutazione d'impatto della LACD, prima parte*, novembre 2003;
- Statistiques de la sécurité sociale, *statistique de la sécurité sociale e des soins à domicile (Spitex)*, 2002, UFAS, dicembre 2003;
- Nicoletta Mariolini, Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio - rapporto complementare (settembre 2002) approfondimento : confronto intercantonale dei costi SADC e CPA;
- P. Quadri, M. Croci-Torti, P. Rechsteiner, M. Angeloni, A. Boggi, N. Mariolini, C. Mascetti, Interfaccia Ospedale – SADC, principi, contenuti, modalità d'applicazione, linee guida per la gestione delle dimissioni;
- CdS/DSS, Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino, luglio 2003
- Nicoletta Mariolini e Boris Wernli, Benessere e salute degli utenti dell'assistenza e cura a domicilio, *Valutazione d'impatto della LACD, seconda parte*, giugno 2004

3. I QUESITI

La Commissione ha deciso di approfittare del *rapporto preliminare* per approfondire i seguenti quesiti:

- i costi (aiuti diretti, servizi di appoggio, servizi di aiuto domiciliare)
- la copertura del fabbisogno, in particolare serale e festivo, nonché una verifica del raggiungimento degli obiettivi di potenziamento
- il ruolo dei servizi privati
- il controllo delle prestazioni
- il coordinamento con gli istituti ospedalieri
- l'adeguatezza delle strutture a livello istituzionale

La Commissione ha inteso pertanto verificare se l'obiettivo strategico deciso dal Gran Consiglio per contenere i costi e garantire una migliore qualità di vita agli anziani e agli invalidi può essere confermato.

4. I COSTI

4.1 Evoluzione numerica dell'utenza

Nel 2000, come emerge dal *rapporto preliminare*, circa 8100 persone ultra65enni, su una popolazione totale di 54'701 persone (pari a circa il 15%) necessitano di una presa a carico. Per 800 persone appare necessario il ricovero in istituto, per circa 2300 è sufficiente la presa a carico a domicilio, mentre per 5000 sono aperte le due ipotesi.

La crescita della popolazione anziana (+65 anni) entro il 2010, secondo le proiezioni, sarà di 13'000 unità, mentre la popolazione dipendente di circa 2'000 unità (di cui circa 600 a domicilio, 200 in istituto e 1200 in istituto o a domicilio).

La tabella seguente dà un'immagine per l'anno 2000 sulla ripartizione della popolazione anziana a livello regionale, la percentuale di quella bisognosa di un intervento e il tipo di presa a carico.

Popolazione generale, popolazione dipendente e tipo di presa a carico, stato al 2000

	Mendrisiotto	Luganese	Malcantone	Locarnese	Bellinzonese	Tre Valli	TOTALE
POPOLAZIONE TOTALE	50'298	92'296	33'616	62'758	44'203	27'003	310'174
65+	9'049	16'104	5'093	12'247	7'231	4'977	54'701
65-79	6'723	11'827	3'742	8'825	5'244	3'464	39'825
80+	2'326	4'277	1'351	3'422	1'987	1'513	14'876
90+	409	836	256	640	355	288	2'784
POPOLAZIONE ANZIANA DIPENDENTE DA PRENDERE A CARICO SECONDO LE ALTERNATIVE SUGGERITE DALL'APPROCCIO "BOC"							
TOTALE	1'308	2'370	747	1'851	1'067	777	8'120
DA SEGUIRE A DOMICILIO	388	691	217	534	311	220	2'361
DA SEGUIRE A DOMICILIO O IN ISTITUTO	797	1'452	459	1'139	655	481	4'983
DA SEGUIRE IN ISTITUTO	123	227	71	178	101	76	776

Fonte: GO-CPA/DAS/es/10.6.2002

4.2 Costi comparati SACD, servizi di appoggio, aiuto diretto, ricovero in istituto

Gli utenti dei SACD nel 2001 sono stati 6'177 (nel 2000 5'869) e il costo complessivo è ammontato a 26'688'665 di franchi, pari a 4'321 per caso.

Il disavanzo per caso a carico dell'ente pubblico è stato di franchi 2'057.

Il costo globale per i servizi di appoggio è stato di 16'322'854, mentre il disavanzo a carico dell'ente pubblico è stato di 5'947'619 milioni (4,7 milioni a carico dei comuni e 1,2 a carico del Cantone).

Il costo complessivo (SACD e servizi di appoggio) è stato pertanto di 42,9 milioni (pari a circa 7'000 franchi per utente), di cui di 18,6 milioni, pari a circa 3'000 franchi per caso, a carico dell'ente pubblico.

Il costo dell'aiuto diretto (anziani e invalidi) è passato da 210'000 franchi al momento della sua introduzione nel 1993 a quasi 7 milioni nel 2003, mentre i casi nello stesso periodo sono passati da 23 a 463. Il costo medio è di circa 15'000 franchi/caso/anno. L'evoluzione numerica e l'onere finanziario, secondo le indicazioni del capo sezione SSEAS/DSS Carlo Denti, dovrebbero stabilizzarsi alle cifre attuali. Considerata l'entità dell'importo destinato all'aiuto diretto ad anziani e invalidi a domicilio, appare opportuno monitorare l'efficacia di queste risorse rispetto allo scopo per cui sono previste. La verifica deve avvenire in collaborazione con i SADC, già preposti alla valutazione dei bisogni dei destinatari di questo aiuto (vedi allegati 1, 2 e 3).

Come si può constatare, il costo medio complessivo del mantenimento a domicilio di una persona anziana o invalida varia da circa 7'000 franchi (SACD + servizi di appoggio) a franchi 15'000 per l'aiuto diretto.

Il costo mediano in ricovero in istituto ammonta invece a franchi 217 per giornata, ossia a circa 80'000 franchi anno, di cui a carico dell'ente pubblico rimane circa il 60%.

Al di là delle ragioni umane e della indubbia migliore qualità di vita del mantenimento a domicilio della persona anziana o invalida, alla luce di queste cifre appare evidente l'interesse finanziario per l'ente pubblico di evitare per quanto possibile il ricovero in istituto.

4.3 Costi comparati intercantonali

I dati attualmente disponibili fanno apparire una presenza minore dei servizi di aiuto domiciliare rispetto agli altri cantoni.

Il tasso di utenza (utenti per 1000 abitanti rispetto alla popolazione totale) è di circa il 15%o rispetto ad una media svizzera di quasi il 20%o (vedi allegato 4).

Anche i costi globali e quelli del personale rispetto alle ore fatturate risultano inferiore alla media nazionale (vedi allegato 5).

Il confronto con i cantoni romandi, per i quali sono disponibili dati più particolareggiati, conferma come i costi nel nostro cantone sono generalmente inferiori (vedi allegato 6).

5. LA COPERTURA DEL FABBISOGNO

L'intervento dei SACD rispetto alla popolazione anziana ultra65enne nel 2002 è stato il seguente:

Regione	pop. ultra65enne (2000)	utenti sacd	percentuale
Mendrisiotto	9'049	1'516	16.7
Luganese	16'104	1'591	9.9
Malcantone	5'093	586	11.5
Locarnese	12'247	1'149	9.4
Bellinzonese	7'231	872	12.0
Tre Valli	4'977	966	9.4
Totale	54'701	6'680	12.2

Fonte: DSS, Sezione del sostegno a enti e attività sociali

Come si può constatare le differenze quantitative dell'intervento dei SACD tra le diverse regioni del Cantone sono rilevanti. Nel Luganese e nel Locarnese la percentuale degli utenti (9.9% della popolazione ultra65enne, rispettivamente 9.4%) è nettamente inferiore alla media cantonale (12.2%). Le ragioni possono essere diverse:

- la dotazione di posti letto nelle case per anziani
- la presenza del privato (soprattutto nel Luganese e nel Locarnese)
- la presenza di molte strutture di appoggio (soprattutto nel Luganese: centri diurni, servizi della Croce Rossa, ...)
- la presenza del volontariato.
- la struttura dei nuclei famigliari

La Commissione ritiene importante conoscere con maggiore precisione le ragioni delle differenze regionali riscontrate e chiede al Consiglio di Stato di procedere ad un esame approfondito della questione.

Per quanto riguarda la copertura del fabbisogno, dai primi risultati di un'inchiesta effettuata dal DSS presso i rappresentanti degli utenti dei servizi di appoggio emerge che la copertura dei bisogni, secondo gli utenti, è assicurata a circa i due terzi (68%), mentre i servizi ritengono che la domanda sia soddisfatta per il 75%.

Per i SACD, il tasso di copertura della popolazione anziana evidenzia una presenza inferiore rispetto alla media svizzera (15‰o rispetto agli abitanti in media in Ticino, rispetto a una media nazionale di circa il 20‰o). (1)

D'altra parte, l'obiettivo della copertura serale e festiva, malgrado un potenziamento in corso, non è per ora raggiunto. Esso rappresenta una fonte di grande disagio, sia per i servizi (che spesso devono rifiutare l'intervento), sia per gli utenti che rischiano ricoveri prematuri o un'assistenza insufficiente. Il potenziamento deve rimanere pertanto un obiettivo di qualità, da ottenere possibilmente con un riorientamento delle risorse.

Va pure rilevato che alcuni obiettivi di potenziamento non hanno potuto essere raggiunti a causa del personale insufficiente. Uno sforzo va pure fatto nella formazione (in particolare di aiuto familiari) per garantire le risorse umane necessarie allo svolgimento del lavoro. In questo senso la Commissione segnala l'importanza di facilitare l'accesso alle borse di studio per favorire la formazione del personale non qualificato già attivo e motivato a ottenere il diploma di AF.

6. IL RUOLO E LA DIMENSIONE DEL PRIVATO

Per una visione più completa dell'intervento a domicilio bisogna tenere presente il ruolo del privato. Sul territorio sono infatti attualmente attive 98 infermiere/i indipendenti e sette organizzazioni private (2):

- Abeca, 6602 Muralto
- Associazione a domicilio per città e campagna SA, 6942 Savosa
- Centro cure infermieristiche SA Pazzi G., 6928 Manno
- Internursing SA, 6907 Lugano
- SVK Dédommagement du partenaire, 4502 Soletta
- Unity Care Aeby Karl-Heinz, 6612 Ascona
- Pro Senectute TI, 6900 Lugano

L'importanza complessiva di questo intervento a livello finanziario emerge dalle tabelle seguenti (i dati riguardano il 2002):

**Elenco dei costi
(attività infermieristiche)**

Distretto o regione	spitex pubblici	servizi privati	infermieri privati	totale
Mendrisio	Fr. 1'634'626	Fr. -	Fr. 1'001'085	Fr. 2'635'711
Lugano	Fr. 2'301'562	Fr. 1'568'230	Fr. 2'298'495	Fr. 6'168'287
Locarno	Fr. 971'031	Fr. 237'536	Fr. 641'145	Fr. 1'849'712
Vallemaggia	Fr. 183'419	Fr. -	Fr. -	Fr. 183'419
Bellinzona	Fr. 1'055'507	Fr. -	Fr. 180'950	Fr. 1'236'457
Tre Valli	Fr. 1'189'789	Fr. -	Fr. 140'767	Fr. 1'330'556
Totale	Fr. 7'335'934	Fr. 1'805'766	Fr. 4'262'442	Fr. 13'404'142

Fonte: Santésuisse, Ticino

**Costo medio annuo per abitante
(attività infermieristiche)**

Distretto o regione	spitex pubblici	servizi privati	infermieri privati	totale	abitanti*
Mendrisio	Fr. 31.50	Fr. -	Fr. 19.29	Fr. 50.79	51'893
Lugano	Fr. 18.03	Fr. 12.28	Fr. 18.00	Fr. 48.31	127'686
Locarno	Fr. 16.84	Fr. 4.12	Fr. 11.12	Fr. 32.08	57'654
Vallemaggia	Fr. 31.82	Fr. -	Fr. -	Fr. 31.82	5'764
Bellinzona	Fr. 23.92	Fr. -	Fr. 4.10	Fr. 28.02	44'122
Tre Valli	Fr. 41.75	Fr. -	Fr. 4.94	Fr. 46.69	28'497
Totale	Fr. 23.24	Fr. 5.72	Fr. 13.51	Fr. 42.47	315'616

*popolazione legale permanente 2002

Fonte: Santésuisse, Ticino

Questi dati rilevano che la presa a carico a domicilio per l'attività infermieristica è svolta nella misura del 54.75% dalle strutture pubbliche, rispettivamente del 45,3% dai privati. A livello regionale, sempre per l'attività infermieristica, il privato è presente nelle seguenti percentuali:

- Mendrisiotto 37.9%
- Luganese 62.6%
- Locarnese 43.2%
- Bellinzonese 14.5%
- Tre Valli 10.5%

L'intervento complessivo sul territorio di tutte le figure professionali e indipendentemente dalla struttura fornitrice della prestazione, a livello finanziario si presenta quindi come segue:

Costo annuo complessivo per abitante / in 1000 franchi

(tutte le attività)

	SACD pubblico	Servizi privati	Infermieri privati	TOTALE	Costo / abitante
Mendrisiotto	7'192	-	1'001	8'193	157
Luganese	12'247	1'568	2'298	16'113	126
Locarnese e valli	4'140	237	641	5'018	79
Bellinzonese	5'265	-	180	5'445	123
Tre Valli	4'076	-	140	4'216	149

Note:

- i dati per i SACD pubblici sono quelli del preventivo 2002, per i privati quelli dei consuntivi 2002
- i dati del Luganese comprendono anche quelli del Malcantone; quelli del Locarnese anche quelli della Vallemaggia
- abitanti: popolazione residente 2002

Il costo complessivo per abitante (pubblico e privato) del servizio a domicilio, finanziato almeno in parte dall'Ente pubblico o dalle casse malati, a livello regionale è pertanto il seguente: Mendrisiotto fr. 157; Luganese fr. 126; Locarnese fr. 79; Bellinzonese fr. 123; tre valli fr. 149. Il confronto tra le regioni rispetto alla popolazione ultra65enne residente non cambia in modo sostanziale: Mendrisiotto 905,4 franchi/abitante; Luganese 760,1; Locarnese 409,7; Bellinzonese 753; Tre Valli 847,1.

È interessante constatare che il costo medio per abitante in Svizzera ammonta a franchi 131,7 (in questa cifra sono inclusi però soltanto le strutture pubbliche e quelle private senza scopo di lucro, mentre i costi indicati per il Cantone Ticino sono comprensivi di tutti gli interventi).

Per completezza di informazione ricordiamo che l'ALVAD (il SACD del Locarnese) offre il 7% delle sue prestazioni attraverso l'Associazione domiciliare di Minusio e la Residenza al Parco di Muralto, con le quali ha stipulato due contratti di prestazione. Tutte le prestazioni erogate in applicazione di quest'ultimo sono definite dall'ALVAD sulla base del reale fabbisogno, per il tramite del capo-équipe responsabile, come nel caso di tutti i SACD. Le altre attività di questi servizi sono finanziate direttamente dai privati.

Sempre per quanto riguarda il Locarnese, la differenza nel costo medio per abitante rispetto alle altre regioni è la conseguenza di un minor intervento: non esistono tuttavia dati precisi sull'esistenza di bisogni dell'utenza non soddisfatti. Va rilevato comunque che i posti letto per abitante nelle case per anziani (popolazione residente 80+) nel Locarnese superano largamente la media cantonale (302 posti letto / 1000 abitanti, rispetto a 255 nella media cantonale). Il minor costo nel servizio a domicilio potrebbe quindi essere vanificato ampiamente da un maggior costo nel settore delle case per anziani.

In conclusione, va rilevato che l'intervento del settore privato in campo infermieristico, assume un'importanza quantitativa e finanziaria rilevante, ma sfugge a qualsiasi controllo e a qualsiasi pianificazione. Questa situazione è problematica. Infatti, per valutare la fondatezza e la portata di un intervento dei servizi di assistenza e cura a domicilio, il servizio pubblico opera una verifica puntuale attraverso il capo - équipe. In questo modo si accerta che i fondi pubblici (ente pubblici e casse malati) vengono investiti in interventi veramente necessari. I servizi privati sfuggono invece a questa verifica.

La Commissione ritiene pertanto che anche questi servizi dovrebbero essere oggetto di un maggior controllo e invita il Consiglio di Stato ad accentuare la sua vigilanza, conformemente agli articoli 79 e 80 della legge sanitaria. Una pianificazione, che consideri anche i servizi privati (come avviene nel settore ospedaliero), è auspicabile, almeno per le prestazioni riconosciute dall'assicurazione malattia.

La Commissione avrebbe gradito conoscere il costo comparativo pubblico / privato, anche se i dati avrebbero dovuto essere considerati con la massima prudenza, poiché il privato opera nelle zone urbane (redditizie), mentre il servizio pubblico deve coprire tutto il territorio e tutti i casi. Ha tuttavia dovuto rinunciare a tale verifica per l'assenza di dati.

Inoltre, la Commissione ha preso atto che negli elenchi telefonici, in tutti i comuni più popolosi, sotto la denominazione "*spitex*" figura un recapito telefonico dei servizi privati di aiuto a domicilio. Si tratta di un'a pubblicità dei servizi privati che può trarre in inganno il potenziale utente intenzionato a far capo al servizio pubblico. La Commissione chiede al Consiglio di Stato di operare affinché l'utenza sia informata dell'esistenza del servizio pubblico e si evitino confusioni.

7. IL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI

Nel *rapporto preliminare* si precisa che l'introduzione dei criteri di qualità "potrà e dovrà essere raggiunto gradualmente: il funzionamento a regime dell'approccio qualità dei servizi è un obiettivo per il secondo periodo di pianificazione (2004-2007)". Il documento di riferimento è il *Manuale* emanato dall'Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

La responsabilità della qualità compete ai singoli servizi. Tuttavia, l'introduzione dei contratti di prestazione consentirà un monitoraggio continuo dell'andamento dei SACD e permetteranno verifiche e valutazioni. Il "benchmarking" permetterà considerazioni sulle particolarità a livello regionale.

L'inchiesta in corso sulla valutazioni dei bisogni sarà pure uno strumento di analisi essenziale.

La Commissione ha pure preso atto della scheda medica di prescrizione per gli interventi privati e invita il CdS a emanare direttive per garantire maggiormente l'adeguatezza delle prestazioni ai reali bisogni dell'utente (in particolare per le cure di base). In particolare richiama la funzione di controllo insostituibile che hanno i medici prescrittori di prestazioni. La prassi oggi è ben regolata al momento della prima prescrizione, mentre pare lacunosa la verifica dell'utilità e dell'adeguatezza dell'intervento nell'evoluzione del tempo. La Commissione segnala la necessità che, con il rinnovo delle prestazioni, il medico venga informato con dati precisi sulla qualità e sulla quantità degli atti erogati per una verifica ed una conferma degli stessi.

Essa chiede inoltre che lo strumento di valutazione RAI-NH, la cui introduzione nelle case per anziani è stata recentemente decisa dal Gran Consiglio, venga pure adottato nei SACD, visti i buoni risultati ottenuti nella presa a carico degli utenti durante il progetto pilota svolto dal SACD Mendrisiotto e basso Ceresio.

Infine, si segnala che anche le prestazioni delle aiuto familiari, delle assistenti di cura e delle ausiliarie (che hanno svolto il corso CRS 120 ore oppure la formazione interna SACD equivalente) dovranno essere oggetto di un accordo tariffale con gli assicuratori malattia.

8. IL COORDINAMENTO CON GLI ISTITUTI OSPEDALIERI

La questione dell'interfaccia ospedale - SACD, ossia la questione delle dimissioni dagli istituti ospedalieri, è stato affrontato da un gruppo di lavoro DSS/OBV, coordinato dal dr. Pierluigi Quadri, nel 2001.

Nel documento si ricorda che *"la compressione sempre maggiore della durata media di degenza nelle strutture ospedaliere acute, si accompagna ... da un aumentato rischio di ri-ospedalizzazione Quindi, l'attivazione di meccanismi di presa a carico territoriale, anche temporanea, dopo la dimissione dall'ospedale del paziente fragile permettono di contenere una serie di esiti nefasti."*

Il gruppo ha elaborato linee guida. La dimissione deve pertanto essere coordinata con il paziente, gli operatori del SACD, i servizi di appoggio, i terapisti, il medico curante e, in caso di ricovero temporaneo, con l'istituto. *"La traduzione operativa delle linee guida, si legge ancora nel rapporto citato, presuppone un capillare lavoro di informazione del personale dell'ospedale circa i nuovi orientamenti e le nuove modalità organizzative dei SACD, nonché la loro integrazione nel lavoro clinico quotidiano"*.

Il problema del coordinamento tra ospedali acuti e i SACD riveste pertanto una grande importanza, sia per la salute e il benessere del paziente - utente, sia per evitare inutili costi alla collettività.

La Commissione ha preso atto con soddisfazione che questi aspetti sono stati ripresi nel documento del luglio 2003 del CdS sulla pianificazione 2000-2010 della capacità di accoglienza degli istituti per anziani (il progetto UNICO). Ricorda che in altri cantoni è stata creata la figura dell'infermiera di "liaison" che garantisce il coordinamento e il passaggio dei pazienti dall'ospedale al domicilio.

La Commissione invita quindi il Governo a proseguire sulla linea intrapresa, intervenendo sugli attori interessati, affinché sia messa in atto rapidamente una soluzione adeguata alla nostra realtà.

A titolo di esempio, la Commissione suggerisce che una scheda con i dati del paziente sia trasmessa dall'ospedale dove è stato ricoverato un paziente al SACD che si assume la presa a carico e le cure a domicilio e che le dimissioni avvengano in modo concordato, tenendo conto anche delle disponibilità operative dei servizi ad assumere la presa a carico del paziente.

9. L'ADEGUATEZZA DELLE STRUTTURE A LIVELLO ISTITUZIONALE

Le forma giuridica attuale dei SACD (di diritto privato), fatta eccezione per quelle delle Tre Valli e del Malcantone, è stata scelta per poter beneficiare dei contributi federali a disposizione degli enti di diritto privato. I responsabili svolgono con competenza e impegno i loro compiti. Tuttavia, ci si può porre il problema se per fornire prestazioni domiciliari a meno di 10'000 utenti siano necessarie sei organizzazioni territoriali totalmente autonome.

La Commissione chiede al Consiglio di Stato e al Dipartimento di valutare la possibilità e l'opportunità di riconsiderare l'organizzazione dei servizi.

10. CONCLUSIONI

In considerazione di quanto esposto ai punti precedenti si conclude quanto segue:

1. Si riafferma la validità delle conclusioni del rapporto 24 ottobre 2000 (sulla seconda parte), in particolare per quanto riguarda lo sviluppo dei SACD.

2. Si riconferma la bontà della scelta intesa a sviluppare i SACD, i servizi di appoggio e gli aiuti diretti, quale sostegno ad una migliore qualità di vita.
Considerati i costi dei servizi di aiuto domiciliare rispetto a quelli relativi al ricovero in Istituto, questa scelta è pure valida dal profilo finanziario.
Tuttavia la Commissione, preoccupata dall'evoluzione della spesa, chiede al Consiglio di Stato:
 - di valutare l'adeguatezza dell'organizzazione dei servizi, sulla base di un esame dei reali bisogni della popolazione anziana e secondo una programmazione proiettata nel tempo, allo scopo di ulteriormente migliorare l'efficienza e la funzionalità,
 - di affinare gli strumenti di controllo;
 - di approfondire i motivi delle differenze regionali della presenza sul territorio dei SACD.

3. Si chiede al Consiglio di Stato di estendere e di intensificare la vigilanza del Cantone sui servizi privati che operano sul territorio, conformemente agli articoli 79 e 80 della Legge sanitaria allo scopo di ottimizzare gli interventi e l'uso delle risorse. Si chiede pure al Consiglio di Stato un intervento per risolvere la questione relativa all'informazione all'utente, ai sensi delle conclusioni al considerando 6.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Graziano Pestoni e Rodolfo Pantani, relatori
Boneff - Caimi - Celio (con riserva) - Dominé -
Gemnetti - Gobbi R. - Isenburg - Lotti - Orsi -
Pelossi - Ricciardi - Salvadè

Note:

- (1) UFAS, statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex), 2002
- (2) Santéuisse, Ticino
- (3) CdS/DSS, pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Canton Ticino, luglio 2003