

Messaggio 4287

Concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, nonché una nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei comuni degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio; (SACD) in risposta all'iniziativa parlamentare dell'on. Carlo Donadini del 18 dicembre 1988

Onorevole signor Presidente,
e onorevoli Consiglieri,

con il presente Messaggio il Consiglio di Stato vi propone un nuovo testo di legge concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, quale estensione delle proposte formulate nel Rapporto 13 dicembre 1993 del Gruppo di lavoro interdipartimentale "Assistenza e cura a domicilio" all'indirizzo della Commissione sanitaria sull'iniziativa popolare "Spitex" presentata il 3 aprile 1991.

Contemporaneamente vi propone una nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD), in risposta all'iniziativa parlamentare dell'on. Carlo Donadini, del 18 dicembre 1988 per il gruppo PPD, concernente la revisione della legge sugli ospedali pubblici.

1. CONSIDERAZIONI GENERALI

L'abbinamento in un unico Messaggio delle proposte che riguardano specificamente il settore dell'assistenza e cura a domicilio con quelle che riguardano una diversa ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei tre settori menzionati si basa sull'opportunità intravista da codesto Consiglio di riconsiderare la precedente presa di posizione, nel senso di rinunciare a darle seguito, sull'iniziativa presentata dall'on. Carlo Donadini per il gruppo PPD il 18 dicembre 1988.

L'iniziativa parlamentare in questione chiedeva una revisione della legge allo scopo di esonerare i Comuni dal parziale finanziamento nonché dalla partecipazione alla gestione (indiretta) degli ospedali. Più in generale, l'iniziativa chiedeva di riconsiderare i criteri di ripartizione degli oneri e dei compiti (competenze) fra il Cantone e i Comuni. Il vostro consenso, aderendo alle proposte formulate dalla Commissione della gestione nel rapporto del 22 febbraio 1990, decideva di accettare quanto propugnato dall'iniziativa, e chiedeva quindi al Consiglio di Stato di presentare la modifica della legge sugli ospedali pubblici (entro il 1991), assieme ad una o più modifiche di altre leggi tendenti a proporre una diversa ripartizione di oneri e competenze tra il Cantone e i Comuni.

Come a voi noto, sulla base anche delle conclusioni dello speciale Gruppo di lavoro, questo Consiglio vi chiedeva, con rapporto del 2 giugno 1993, di prendere atto dell'impossibilità di concretizzare la precedente decisione parlamentare. Le ragioni di questa posizione poggiavano sulla mutata situazione economica e sociale del paese, sicuramente peggiore rispetto a quella postulata dall'iniziativa, nonché sulla fragilità dell'ipotesi di accompagnare la compensazione di oneri con la delega di competenze ai Comuni sulla base di un assetto immutato dell'ente locale. Si evidenziavano inoltre la difficoltà nell'individuare i settori o i compiti da affidare ai Comuni con il pericolo di penalizzare ulteriormente i Comuni già ogni finanziariamente deboli e senza incidere ulteriormente sui meccanismi compensativi, già fortemente sollecitati.

Tuttavia, il Consiglio di Stato precisava che non intendeva liquidare la problematica. Scriveva infatti nel citato rapporto che "Il necessario ripensamento sull'iniziativa in questione, come conseguenza della proposta di non darle seguito, non pregiudica l'adozione di interventi puntuali e settoriali sia relativi alla pianificazione di risparmi sia di spostamenti di competenze che interessino i rapporti tra Cantone e Comuni, anche considerando la precarietà finanziaria del momento."

Proprio in quest'ottica, e a seguito delle nuove possibilità aperte dall'iniziativa Spitex di trovare adeguati ambiti per procedere a compensazioni di oneri e competenze tra il

Cantone e i Comuni, il Consiglio di Stato comunicava alla Presidenza del Gran Consiglio, in data 12 gennaio 1994, il ritiro del rapporto 2 giugno 1993 sull'iniziativa parlamentare dell'on. Carlo Donadini. Inoltre, nella direzione degli interventi puntuali e settoriali, vanno ricordate le recenti e reiterate modifiche della Legge anziani, approvate dal vostro Consiglio: una prima modifica il 21 ottobre 1991, seguita dall'inserimento di una norma transitoria, proposta con Messaggio del 10 novembre 1992, e dalla successiva modifica e proroga della precedente norma per il biennio 1993-1994, con Messaggio del 24 agosto 1993. Malgrado questi perfezionamenti, che hanno costituito un indubbio passo avanti rispetto alla situazione precedente, restavano irrisolte alcune grosse questioni, che giustificavano in particolare la norma transitoria (nonché la sua proroga fino al 1994) del limite massimo del 6% del gettito fiscale cantonale dei Comuni: "In effetti - si legge nel Messaggio n. 4142 del 24.8.1993 - la transitorietà della stessa era espressamente legata alla ricerca di una soluzione globale del problema della politica degli anziani.

Con particolare riferimento:

- alla ripartizione di competenze e oneri finanziari tra Cantone e Comuni;
- alla reimpostazione dei rapporti tra le strutture istituzionali, le sedi ambulatoriali e i servizi di aiuto domiciliare."

Queste considerazioni spiegano e giustificano l'abbinamento in questo Messaggio delle proposte relative al potenziamento e alla ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio con la questione della ripartizione di oneri (e competenze) tra il Cantone e i Comuni nei due settori degli anziani e degli ospedali pubblici. In questo senso, esse sono anche le premesse alla base della presentazione di una nuova variante di progetto di legge sull'assistenza e cura a domicilio, quale estensione della variante elaborata su mandato della Commissione sanitaria dallo speciale Gruppo di lavoro interdipartimentale in risposta all'iniziativa popolare "Spitex".

Il 3 aprile 1991 venne depositata presso la Cancelleria dello Stato, corredata da 11'068 firme convalidate, l'iniziativa popolare (generica e legislativa) denominata "Spitex", "per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio". Secondo l'art. 16 cpv. 1 della Legge sull'iniziativa popolare, sul referendum e sulla revoca del Consiglio di Stato, del 22 febbraio 1954, se la domanda di iniziativa è presentata in forma generica il Gran Consiglio è tenuto ad elaborare il progetto nel senso della domanda. Inoltre, secondo il cpv. 4 dello stesso articolo di legge, deve in ogni caso pronunciarsi entro un anno dalla pubblicazione del risultato della raccolta delle firme. Di fronte a questo compito, e di fronte alla complessità della materia oggetto dell'iniziativa popolare, la Commissione sanitaria del Gran Consiglio, cui era stata assegnata per competenza l'iniziativa, chiedeva nel mese di settembre del 1992 al Dipartimento delle opere sociali di elaborare un progetto di legge. Accogliendo tale richiesta, il Consiglio di Stato, su proposta del DOS, istituiva il 9 dicembre dello stesso anno uno speciale Gruppo di lavoro interdipartimentale "con il compito di elaborare delle proposte operative nonché un progetto di legge per il coordinamento e l'organizzazione territoriale delle diverse forme di assistenza socio-sanitaria delle persone anziane, compatibilmente con le risorse economiche e umane disponibili."

In pratica il mandato consisteva di due parti: una direttamente legata alla richiesta della Commissione sanitaria e perciò all'iniziativa popolare "Spitex", l'altra più ampia e legata al complesso delle vicende evocate nelle considerazioni generali, e motivata:

- dalla "necessità di procedere ad una sostanziale riformulazione degli indirizzi della politica settoriale nel campo degli anziani";
- dagli intendimenti contenuti nelle Linee direttive e piano finanziario 1992-1995 dell'ottobre 1991;
- dall'impegno a potenziare gli aiuti domiciliari ribadito nel documento allegato all'aggiornamento delle LD dell'ottobre 1992;
- dalla necessità di riesaminare le modalità di ripartizione degli oneri a carico dello Stato e dei Comuni, nel settore degli anziani ma anche in senso più lato, in risposta anche all'iniziativa Donadini.

Il 13 dicembre 1993 il Gruppo di lavoro rassegnava all'indirizzo della Commissione sanitaria il proprio rapporto, comprendente anche un progetto di nuova legge sull'assistenza e la cura a domicilio, elaborato interpretando il senso della domanda di iniziativa. In effetti, il rapporto affronta la problematica partendo dalle richieste dell'iniziativa:

potenziamento dei servizi e del personale sotto l'aspetto quantitativo e qualitativo,

decentramento dei servizi e coordinamento con le strutture stazionarie, finanziamento, sostegno dell' aiuto dei familiari e dei vicini, promovimento del volontariato.

Il rapporto propone inoltre una valutazione prospettiva attraverso tre possibili scenari di evoluzione dei servizi per gli anni 1992-2010. Serve quindi da documentazione alla variante di progetto di legge ivi presentato, ma anche da base conoscitiva per le proposte presentate nel presente Messaggio.

Esso è stato presentato in una conferenza stampa il 13 gennaio 1994 e sottoposto all' attenzione di tutte le cerchie interessate in occasione di due incontri, i giorni 3 e 23 febbraio (cfr. lista annessa).

Diverse altre presentazioni, all' indirizzo dei promotori dell' iniziativa popolare, degli operatori, delle organizzazioni settoriali nonché delle commissioni consultive interessate, sono state organizzate nel corso della primavera. Segnaliamo in particolare due incontri con l' ATAD, il 19 aprile e il 18 luglio 1994, nonché gli incontri con i gruppi VPOD (servizi aiuto domiciliare e case per anziani), la conferenza dei presidenti delle Regioni di montagna ticinesi, la Lega dei comuni rurali e montani. Hanno inoltre preso posizione per iscritto, nell' ambito di questa consultazione, le seguenti organizzazioni:

- Associazione Professionale Ticinese Aiuto Familiare (APTAF)
- Associazione Svizzera Infermieri (ASI), Sezione Ticino
- Associazione Ticinese d' Aiuto Domiciliare (ATAD)
- Comitato VPOD Servizi di aiuto domiciliare
- Commissione consultiva e di vigilanza per la maternità, l' infanzia e l' adolescenza
- Commissioni interne cantonali del Personale consorzi di aiuto domiciliare
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni di montagna ticinesi
- Federazione Svizzera dei Fisioterapisti (FSF), Sezione Ticino
- Gruppo Interesse delle Infermiere in Salute Pubblica (GISP)
- Gruppo Responsabili Aiuto Familiari del Canton Ticino
- Lega dei comuni rurali e montani.

Nell' ambito di queste prese di posizione per iscritto, una adesione esplicita all' impostazione del progetto è stata data dall' APTAF, dall' ASI, dal Comitato VPOD Servizi AD, dalle Commissioni interne del personale dei consorzi, dalla FSF, dal GISP e dalla Lega dei comuni rurali e montani.

Il Comitato promotore dell' iniziativa popolare ha invece espresso la propria posizione sul rapporto e progetto di legge con lettera all' indirizzo della Commissione speciale in materia sanitaria del Gran Consiglio.

Nel contempo, il Gruppo di lavoro procedeva all' elaborazione del Messaggio secondo gli indirizzi indicati dal Consiglio di Stato e tenendo conto delle osservazioni espresse sul rapporto; in particolare, estendendo le possibilità quanto alla forma istituzionale dei servizi ed elaborando una proposta all' iniziativa Donadini.

Il progetto di Messaggio è infine stato presentato all' ATAD, mentre il nuovo meccanismo di ripartizione finanziaria è stato esposto alla Lega dei comuni rurali e montani.

La prima parte del Messaggio (cap. 2), che tratta del progetto Spitex e che propone una nuova Legge sull' assistenza e cura a domicilio, è stata allestita dal Dipartimento delle opere sociali, la seconda, (cap. 3) che tratta delle nuove modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni relativamente ai settori EOC, CPA e SACD, è stata allestita dal DOS d' intesa con il Dipartimento delle istituzioni, in quanto rappresenta una nuova risposta all' iniziativa dell' on. Carlo Donadini, iniziativa che era stata attribuita per competenza al DI.

Si descrivono, in questo e nei prossimi capitoli:

- gli elementi di un modello "funzionale" dai servizi di assistenza e cura a domicilio, valido indipendentemente dalle varianti istituzionali e finanziarie scelte (2);
- la proposta che il Consiglio di Stato ha inteso elaborare nell' ottica più ampia sopra richiamata, in alternativa alla variante presentata nel rapporto del Gruppo di lavoro e quale premessa per la formulazione delle proposte di nuova ripartizione di oneri e competenze nei settori EOC, CPA e SACD (3);
- il nuovo progetto di legge presentato in alternativa a quello del rapporto del Gruppo di lavoro in risposta all' iniziativa "Spitex" (4).

Lista delle organizzazioni che hanno partecipato agli incontri di presentazione del rapporto "Assistenza e cura a domicilio" del 3.2.1994 e 23.2.1994

1. Aiuto Aids Ticino

2. Associazione case di riposo private
3. Associazione comuni urbani ticinesi
4. Associazione professionale ticinese aiuto familiare
5. Associazione Svizzera Infermieri
6. Associazione Ticinese Terza Età
7. C (asa) A (nziani) Acquarossa
8. CA Agno
9. CA Al Pagnolo (Sorengo)
10. CA Bellinzona
11. CA Biasca
12. CA Faido
13. CA Giubiasco
14. CA Morcote
15. CA Rea (Minusio)
16. CA S. Carlo (Locarno)
17. CA S. Giorgio (Brissago)
18. CA Stella Maris (Bedano)
19. CA Sementina
20. Centro anziani Balerna
21. Centro sociale onsernonese (Russo)
22. Comitato promotore iniziativa Spitex
23. Commissione problemi medico sanitari V. Verzasca
24. Consorzio profilattico, pediatrico e materno Locarno
25. Croce Rossa Svizzera
26. Federazione Ticinese Integrazione andicappati
27. Gruppo infermieri salute pubblica
28. Istituti sociali comunali Chiasso
29. Istituti sociali comunali Lugano
30. Lega comuni rurali e montani
31. Lega Ticinese contro il cancro
32. Medici responsabili case anziani
33. Ordine Farmacisti Canton Ticino
34. Organizzazione Cristiano Sociale Ticinese
35. Organizzazione Soclopsichiatrica Cantonale
36. Pro Infirmis
37. Pro Senectute
38. Regione Malcantone
39. Regione Locarnese e Valle Maggia (e AVAD)
40. Regione Tre Valli
41. Regione Valli di Lugano
42. Residenza Alla Meridiana (Viganello)
43. S(ervizio) A(iuto) D(omiciliare) Bellinzona
44. SAD Lugano
45. Scuola Cantonale Operatori Sociali
46. Società Epilettici Svizzera Italiana
47. Società Svizzera Sclerosi Multipla

2. I SERVIZI DI ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO (SACD)

Si riprendono qui gli elementi concettuali elaborati dal Gruppo di lavoro alla base della proposta di potenziamento dei servizi di assistenza e cura a domicilio in Ticino, e che possono valere indipendentemente dalle scelte istituzionali e finanziarie. Essi riguardano i seguenti aspetti:

le risorse, i bisogni, la funzione dei servizi, la definizione degli -interventi, la ripartizione territoriale, le unità operative, il coordinamento, l'attivazione delle risorse famigliari e del volontariato, il costo complessivo.

Gli aspetti istituzionali e quelli relativi al finanziamento, siccome si scostano in modo sostanziale dalle soluzioni prospettate dal Gruppo di lavoro, verranno separatamente, mentre per il dettaglio sugli evoluzioni dei servizi 1992-2010 si rimanda rapporto del Gruppo di lavoro.

2.1. I bisogni

Prima di ipotizzare il potenziamento dei servizi di assistenza e cura a domicilio occorre verificare l'esistenza di bisogni non coperti. Benché non esista una valutazione

globale e compiuta dei bisogni socio sanitari della popolazione ticinese effettuata sulla base di uno studio sistematico il cosiddetto "bilancio della salute" fornirà in questo senso una preziosa fonte di informazioni) ci sono tre rilevatori significativi di questi bisogni: l'evoluzione e le previsioni demografiche, i dati raccolti in ricerche puntuali, i dati raccolti dai servizi stessi (per la parte infermieristica). I primi (dati demografici) traducono inequivocabilmente un dato quantitativo essenziale, seppure molto sommario, dei bisogni e della loro evoluzione; i secondi (dati delle ricerche puntuali) ne sono una testimonianza tangibile e particolare, mentre i dati raccolti dai servizi sono un'illustrazione di come almeno una parte dei bisogni è effettivamente presa a carico attualmente.

a - I dati demografici

Secondo i dati dei censimenti federali, la popolazione economica residente nel Ticino è passata da 138'638 persone nel 1900 a 282'181 nel 1990. Le persone con oltre 65 anni sono aumentate nello stesso periodo da 10'830 a 45'993, o, in termini relativi, dal 7,8% al 16,31 della popolazione totale.

Contemporaneamente, la popolazione ultraottantenne è passata da 1'114 persone nel 1900, pari allo 0,8%, a 11'597 nel 1990, pari al 4,1% della popolazione totale.

Questa evoluzione condiziona anche il prossimo futuro.

A partire dalle previsioni demografiche (URE, 1988) e tenendo conto dei dati più recenti, si può prevedere:

- un aumento della popolazione totale dalle 282'181 persone del 1990 a ca. 300'300 persone nel 2000 e 312'100 nel 2010;
- un aumento della popolazione con oltre 65 anni da 45'993 a ca. 54'000 nel 2000 e 62'000 nel 2010;
- un aumento degli ultraottantenni da 11'597 del 1990 a ca. 14'100 nel 2000 e 16'300 nel 2010.

Tabella 1: Evoluzione della popolazione 1900 - 1990 e previsioni per il 2000 e 2010

Fasce d'età	1900		1980		1990		2000		2010	
	persone	%	persone	%	persone	%	persone	%	persone	%
0 -64	127'808	92.2	225'445	84.8	236'188	83.7	246'300	82.0	250'100	80.1
65 +	10'830	7.8	40'404	15.2	45'993	16.3	54'000	18.0	62'000	19.9
80 +	1'114	0.8	7'231	2.7	11'597	4.1	14'100	4.7	16'300	5.2
Totale	138'638	100.0	265'849	100.0	282'181	100.0	300'300	100.0	312'100	100.0

Se l'evoluzione e le previsioni demografiche rappresentano un dato quantitativo dei bisogni socio sanitari della popolazione, il quadro epidemiologico ne mostra l'aspetto qualitativo.

Si evidenziano, tra gli altri, i seguenti aspetti:

- l'incremento delle patologie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, polipatologie degli anziani);
- l'aumento dei pazienti anziani e della longevità delle persone andicappate;
- l'aumento delle patologie fortemente correlate con i modi di vita: alimentazione eccessiva o non equilibrata, sedentarietà, stress, uso di sostanze che creano dipendenza, "consumo" di cure mediche.

L'evoluzione socio-demografica in atto ha condotto a famiglie più piccole e frammentate sul territorio, con minore trasmissione intergenerazionale e minore possibilità di mutuo aiuto, all'arrivo di famiglie da altre culture e con nuovi bisogni (integrazione, difficoltà a reperire ed attivare i servizi adatti in caso di bisogno), a nuove dinamiche e bisogni legati all'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro e all'apparizione di nuove forme familiari (es. famiglie monaparentali). Questa evoluzione porta con sé la necessità di una struttura di intervento a domicilio che anche nella fascia della prima infanzia sia chiaramente orientata verso questi e altri nuovi bisogni socio-familiari. Anche il tipo di problemi apparsi negli ultimi tempi e che stanno diventando una parte importante dell'intervento delle operatrici dei poliambulatori sono più a carattere sociofamiliare che non prettamente sanitario. Verso i dodici mesi di vita del bambino le richieste tendono infatti a divenire quelle di un sostegno psicologico ed educativo - in parte sostitutivi di una trasmissione intergenerazionale più difficoltosa di un tempo -, di una

rassicurazione, di consigli pratici per l'organizzazione di una economia domestica con un bambino piccolo. Queste richieste esigono sempre più spesso capacità di analisi e intervento che vanno al di là della mera preparazione tecnica. Il poter far capo al sostegno di un' équipe polivalente aiuterà le operatrici nel loro intervento specifico quando esso andasse oltre i controlli di routine sullo stato di salute del bambino.

b - Le ricerche puntuali

Le ricerche qui di seguito citate, e non esaustive del panorama delle indagini effettuate in Ticino, riferiscono in particolare sui bisogni della popolazione anziana, su quelli dei portatori di handicap e sui bisogni di economia familiare, tutte in riferimento all'assistenza e cura a domicilio.

Nel settore degli anziani meritano menzione le seguenti indagini.

L'indagine sui bisogni e sui modi di vita della popolazione anziana del Cantone Ticino di E. Gerosa (1988) evidenzia che la gran parte dei bisogni, sia in termini di aiuti domestici che di cure di base, sono sostanzialmente soddisfatti. Lo stesso autore afferma tuttavia che "esistono fasce importanti di bisogni non soddisfatti che, secondo la valutazione dell'anziano, raggiungono il 7-8% per gli aiuti domestici e circa l'11% per le cure di base (1,3% per la toilette)."

Gerosa continua dicendo che le percentuali sembrano basse, ma corrispondono pur sempre a 3'500 persone per gli aiuti domestici e a ca. 600 persone per le cure di base (toilette).

Un'altra inchiesta, effettuata nel 1991 presso gli anziani di Bissone, Capolago, Maroggia, Melano, Riva San Vitale e Rovio, illustra le caratteristiche della popolazione anziana e i bisogni in infrastrutture e servizi (C. Vaucher de la Croix, in Informazioni statistiche, UCS, 1992). Dall'indagine risulta che il 50% degli anziani intervistati è interessato al servizio pasti, ai servizi ausiliari (pedicure, lavanderia, fisioterapia) e al soggiorno temporaneo offerti dalla eventuale costruzione di una casa per anziani consortile. Inoltre, l'84% degli anziani si dichiara interessato alle prestazioni infermieristiche del servizio di aiuto domiciliare. L'autrice conclude dicendo che "il servizio di aiuto domiciliare è ancora una volta quello maggiormente apprezzato dalla maggioranza della popolazione, la quale auspica pure un potenziamento, volendo far ricorso all'istituto soltanto in caso di necessità."

Nel settore degli invalidi possono essere evocati i seguenti studi. E. Gerosa (1989) ha pubblicato i risultati di una seconda inchiesta, questa volta sugli handicappati fisici in Ticino, dalla quale emerge pure l'importanza di realizzare un servizio pubblico di aiuto domiciliare che possa svolgere compiti più vasti rispetto a quelli attuali, una rete più capillare per la distribuzione di pasti a domicilio, una rete adeguata di mezzi di trasporto pubblici, uno stimolo alla solidarietà con le persone bisognose, attraverso una maggiore flessibilità d'intervento dei servizi di aiuto domiciliare. In riferimento anche a questa ricerca la FTIA (Federazione ticinese per l'integrazione degli handicappati) ha successivamente presentato, nell'ambito di un programma di attività per gli anni novanta, un progetto sullo sviluppo dei servizi di aiuto domiciliare. Una recente indagine svolta da Pro Infirmis Ticino presso gli utenti seguiti dal proprio servizio sociale al 1.1.1992 conferma l'importanza accordata alla permanenza a domicilio dalle persone invalide. Si rileva innanzitutto come la maggior parte di quegli utenti (423 casi), sia tra i minorenni che tra gli adulti, è costituita da persone invalide che vivono a domicilio (più dell'80%), mentre relativamente poche sono le persone in istituto o in un foyer. Inoltre, tra queste ultime, poche non rientrano regolarmente a casa. Una prima conclusione dell'inchiesta di Pro Infirmis è pertanto la seguente. Visto nell'ottica di una permanenza a domicilio questo significa che per queste situazioni le famiglie si sobbarcano praticamente tutto il lavoro di assistenza e di educazione, spesso prive di aiuti esterni. Questa considerazione è confermata da un rilievo successivo, dal quale risulta che solo nel 16% dei casi c'è l'intervento di un servizio di aiuto domiciliare o di altre istanze esterne, mentre nell'84% dei casi interviene solo la famiglia. Per quanto concerne i bisogni degli utenti seguiti dal servizio sociale di Pro Infirmis troviamo prioritariamente servizi di assistenza domestica: igiene personale, alimentazione, sorveglianza diurna, alzarsi e coricarsi, spostarsi all'esterno, tempo libero, sorveglianza notturna, economia domestica. Visite mediche, cure infermieristiche, ergo-fisioterapia sono pure indicati quali bisogni, ma meno frequentemente rispetto ai primi.

Infine, un aspetto di carattere generale che occorre richiamare è quello relativo ai bisogni delle comunità familiari, non tanto determinati da particolari patologie, ma

legati all' evoluzione stessa delle forme di convivenza e dei modi di vita delle persone e della famiglia. Su questo aspetto si è soffermata pure la ricerca, realizzata recentemente dal Centro di documentazione dell' OSC sotto l' egida del Fondo nazionale della ricerca scientifica, sulle famiglie monoparentali in Ticino, dalla quale sono emersi quali prioritari i bisogni di assistenza e cura di un figlio in caso di malattia. Si tratterebbe in particolare di offrire prestazioni non programmabili alla famiglia in caso di assenza o di parziale sostituzione del genitore, di regola la madre, che per motivi di malattia, incidente o altro, non è più in grado di assicurare in modo appropriato la gestione della propria famiglia. In generale, il bisogno di offrire alla famiglia (monoparentale e non) un sostegno a domicilio nel caso di malattia di uno dei suoi membri, quindi di un bambino o di un genitore, è cresciuto di pari passo con le profonde trasformazioni che ha conosciuto la famiglia. In quest' ottica, si cita pure l' esigenza di quelle persone che, una volta dimesse dall' ospedale, necessitano per un certo tempo di una importante e impegnativa presa a carico, comunque indispensabile se si vuole abbreviare o evitare il ricollocamento in istituto (si veda anche, quale aspetto particolare di questa problematica, l' indagine svolta dal medico fiduciario delle casse malati, sulle motivazioni alla base delle degenze negli ospedali periferici). In sintesi, dalle ricerche ed indagini richiamate risulta una indicazione assai chiara sui bisogni e perciò sull' opportunità e sulla preferenza espressi dalla popolazione in riguardo all' assistenza e la cura a domicilio.

c - I dati dei servizi

I dati sulle prestazioni e i casi seguiti dai servizi di aiuto domiciliare che oggi operano sul territorio cantonale illustrano quella parte dei bisogni che è coperta. Uno sguardo a questi dati può essere interessante poiché traduce, in un certo senso, il tipo di bisogno per il quale la domanda è più forte, poiché è a questo bisogno che i servizi rispondono per primi. Diamo qui due indicazioni: dapprima qualche dato statistico generale, in seguito i risultati di un' indagine puntuale effettuata recentemente dai settori infermieristici dei servizi.

Nel 1992 il numero totale di prestazioni erogate dai cinque servizi di aiuto domiciliare (Bellinzona e dintorni, Locarnese, Lugano e dintorni, AVAD, Regione Tre Valli), è ammontato a 237'526. Di queste, 121'684, pari al 51,2%, sono state prestazioni infermieristiche, e 115'842, ossia il 48,8%, prestazioni di aiuto domiciliare. I casi trattati, sempre nel 1992, sono stati 4'610: di questi, 3'036, vale a dire il 65,9%, concernenti il Sottoceneri (Lugano e dintorni). I km percorsi sono stati, complessivamente, 1'170'116. Durante il mese di giugno dello stesso anno (1992), come detto, i settori infermieristici hanno raccolto dei dati presso tutti gli utenti che in quel periodo facevano capo ai servizi di aiuto domiciliare. Anche questi dati, seppure limitati ai settori infermieristici, sono significativi di quella porzione della domanda di prestazioni che gli attuali servizi sono in grado di soddisfare: come tali, essi ne riflettono le caratteristiche predominanti. Tra queste rammentiamo le seguenti: gli utenti ultra-sessantacinquenni costituiscono l'83 % del totale, quelli con più di ottant' anni il 45 %; 2/3 degli utenti sono donne; il 36 % vive solo. Per 1/4 dell' utenza l' intervento era iniziato durante il mese del rilevamento, per un altro quarto l' intervento si protraveva già da almeno 4 anni. Tra gli utenti in età AVS solo il 15 % percepiva una PC.

Le malattie più frequenti indicate nella prima diagnosi sono le seguenti: malattie del sistema cardiocircolatorio (23 %), malattie endocrine, alimentazione, del ricambio e disturbi del sistema immunitario (17 %), malattie psichiatriche (13 %), malattie dell' apparato nervoso e degli organi di senso (10 %) e neoplasie (9 %). Il 59 % degli utenti presenta più di una diagnosi.

Per 749 utenti su 978 è stato possibile applicare la griglia di valutazione del grado di dipendenza delle case per anziani; ne è risultata la seguente suddivisione: 335 casi (45 %) sono poco dipendenti (grado 1), 292 casi (39 %) sono semidipendenti (grado 2), 122 casi (16 %) sono dipendenti (grado 3). Confrontando queste percentuali con i dati sul grado di dipendenza degli ospiti di tutte le case per anziani del Cantone, raccolti dall' Ufficio del Medico cantonale (dati 1992), si ha la seguente situazione:

	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Utenti servizi	45 %	39 %	16 %
Ospiti case per anziani	16 %	32 %	52 %

Dai dati citati non emerge evidentemente l' entità e la natura dei bisogni che, pur sollecitando i servizi, restano scoperti. Tra questi menzioniamo la richiesta di cure e

mantenimento (nursing) come pure di interventi intensivi e tempestivi, le necessità di intervento al di fuori delle fasce orarie, l' esigenza di raccogliere e valutare le informazioni relative ai nuovi utenti e alle diverse risorse presenti. Le risorse degli attuali servizi non permettono inoltre di assumere in modo adeguato quei compiti di attivazione e coordinazione dai servizi di appoggio e stazionari complementari all' intervento a domicilio.

2.2 Le risorse

a - Evoluzione generale

E' noto che nei paesi industrializzati il miglioramento delle condizioni di salute è dovuto sia al miglioramento delle condizioni di vita sia ai progressi della medicina e alla generalizzazione dell' accesso alle cure. Le condizioni e i modi di vita, la distribuzione delle risorse e la disponibilità di servizi si configurano pertanto come fattori determinanti delle condizioni di salute della popolazione di un paese o di una regione. Grazie allo sviluppo economico - ancorché attualmente l' economia stia attraversando un periodo di difficoltà congiunturali e di cambiamenti strutturali - e grazie all' estensione delle assicurazioni sociali, l' accesso ai servizi si è progressivamente generalizzato. Come in altri paesi, anche da noi il sistema sanitario si è sviluppato soprattutto attorno al sistema ospedaliero, considerato come unità di base. Tuttavia negli ultimi decenni l' evoluzione demografica ed epidemiologica hanno evidenziato la necessità di una diversificazione delle modalità di distribuzione delle cure.

Un quadro completo dell' insieme dell' offerta (risorse) appare estremamente complesso e variegato.

Si tratta, oltre che degli studi medici e di altri operatori sanitari privati, degli ospedali pubblici (EOC) e privati, dei servizi e strutture sorti nell' ambito dell' Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC), dei servizi di aiuto domiciliare, degli istituti per anziani, degli istituti per invalidi (foyer, laboratori protetti), del servizio sociale cantonale, dell' assistenza sociale, dell' attività del tutore ufficiale, del servizio ortopedagogico, dei poliambulatori materni e pediatrici, delle attività di enti quali Pro Juventute, Pro Senectute, Pro Infirmis, Lega contro il cancro, Associazione Ticinese della Terza Età, Croce Rossa, ecc. Una vera e propria "rete", complessa e variegata, composta di iniziative e mezzi pubblici (si pensi all' impegno finanziario dello Stato in quest' ambito o ai problemi legati alla degli operatori) e di iniziative e mezzi privati e familiari. Su questa rete, che in prima battuta può sembrare addirittura esuberante, la valutazione deve essere cauta.

Nelle Linee direttive e piano finanziario 1992-1995 il Consiglio di Stato, muovendo dalla problematica degli anziani, così si esprimeva al riguardo:

"La verifica di quanto previsto dalle pianificazioni settoriali (EOC, OSC, e azione sociale) ha evidenziato che la rete di istituzioni specializzate per la cura e l' assistenza alle persone anziane (case per anziani, centri ambulatoriali, servizi domiciliari) è ancora incompleta, a volte inadeguata, anche dopo la realizzazione di un vasto programma regionalizzato. Il collegamento tra realtà istituzionale (case per anziani, EOC, OSC), sede ambulatoriale e servizio domiciliare dev' essere ridefinito su base territoriale. E nel contesto sociale territoriale devono essere meglio individuate, attivate e coordinate le numerose risorse potenziali costituite da enti e -servizi pubblici e privati, associazioni e gruppi, promotori e operatori singoli. Accanto alle attività istituzionali e di servizio, vanno sperimentati e diffusi modi di intervento particolari volti al mantenimento della persona anziana al proprio domicilio: eliminazione delle barriere architettoniche, sostegno alla famiglia o al nucleo di riferimento, nel senso della recente proposta di riforma legislativa." (LD, 1991, p. 45).

Questa valutazione generale può essere precisata nel senso che lo sviluppo delle strutture stazionarie è stato senz' altro più impegnativo, anche dal profilo economico, che non lo sviluppo dai servizi sul territorio. Uno sguardo al conto sanitario 1990 dà un' idea del peso relativo rappresentato dai servizi.

(inserire tabella 2 pag. 13)

* Occorre precisare che nel costo totale delle "Cure a domicilio", oltre al costo dei SAD, il Conto sanitario 1990 contabilizza pure il costo di Pro Senectute. Al meno di quest' ultimo, il costo dei soli SAD sarebbe, per lo stesso anno, di 12,3 mio. franchi. La "spesa viva" per le cure a domicilio (13.10 mio franchi) rappresenta nel 1990 l' 1.1% della spesa sanitaria complessiva stimata (1'148.6 mio. franchi). La spesa per ospedali e altri istituti (519.2 mio franchi) il 45.2%.

Queste proporzioni mostrano un notevole potenziale riallocativo delle risorse nel

settore sanitario cantonale, nonostante il fatto che le grandezze riportate per l' aiuto domiciliare rappresentino solo una parte di tutte le spese causate dalla permanenza a domicilio: in effetti, il confronto più adatto sarebbe quello tra spese sostenute per cure stazionarie e spese per cure ambulatoriali o a domicilio. Ai costi della permanenza a domicilio andrebbe dunque sommata una parte dei costi delle cure ambulatoriali. Inoltre le spese generate durante una permanenza in un reparto di lungodegenza ospedaliera o in una casa per anziani contengono anche una parte di costi non prettamente sanitari ma più di "carattere alberghiero", costi che nel caso di un' assistenza e cura a domicilio vengono generalmente assunti dalla persona stessa o dai suoi familiari. In conclusione i servizi di assistenza e aiuto domiciliare potranno assumere nello spettro delle diverse risorse che si sono viepiù sviluppate un' importanza crescente, sia dal punto di vista della natura delle prestazioni socio-sanitarie offerte che per l' universalità dell' offerta a tutta la popolazione, nonché per l' insieme dei bisogni diversificati cui si rivolgono (andicap in seguito a malattia, invalidità, perdita di autonomia, difficoltà familiari).

L' offerta di servizi a domicilio si indirizza proprio verso quei bisogni generali della popolazione che l' evoluzione demografica, nonché i dati epidemiologici, hanno messo in rilievo.

b - Lo sviluppo dei servizi di assistenza e cura a domicilio

L' idea di realizzare in modo sistematico la presa a carico di persone bisognose al proprio domicilio è nata all' indomani della seconda guerra mondiale nei paesi anglosassoni, estendendosi poi verso gli anni sessanta in numerosi paesi industrializzati. Una progressiva presa di coscienza dell' invecchiamento demografico e della trasformazione della composizione e del ruolo della famiglia, l' intervento sempre più consistente dello Stato a sostegno dei servizi medici e sociali, nonché della ricerca in questi campi sono tra le principali ragioni che spiegano questo nuovo orientamento. Segnale decisivo e incoraggiante verso una maggiore diffusione di questo tipo di servizi è stato anche l' esplicito appoggio da parte dell' Organizzazione mondiale della sanità.

Il perfezionamento delle nuove forme di intervento a domicilio ha pure richiesto di ridefinire i rapporti tra la solidarietà pubblica e la solidarietà familiare e privata, accentuando le potenzialità di attivazione delle risorse della comunità, attraverso la rete delle relazioni familiari, parentali e di volontariato.

In prospettiva deve essere rilevato come sia da parte della Confederazione che da parte di numerosi cantoni si intende proseguire verso un potenziamento dei servizi di aiuto domiciliare:

- sul piano federale si richiama la volontà di estendere maggiormente l' assunzione di prestazioni a domicilio da parte delle casse malati nell' ambito della revisione dell' assicurazione malattia (LAMal);
- sul piano dei cantoni sono in corso di realizzazione o sono previste diverse iniziative tese a potenziare i servizi domiciliari e a migliorare il coordinamento con le strutture istituzionali;
- sul piano cantonale ticinese si richiama l' evoluzione dei servizi di aiuto domiciliare nell' ultimo quarto di secolo.

Nel 1964, in applicazione della Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza, del 15 gennaio 1963, vennero istituiti i poliambulatori materni e pediatrici. Tutti i Comuni aderirono a questo servizio, attraverso la costituzione di tre consorzi indipendenti: Luganese, Bellinzonese e Locarnese. Si tratta di servizi infermieristici gratuiti a scopo preventivo ed educativo, destinati alle madri e ai bambini in età prescolare. Lo sviluppo di questi servizi non permette però attualmente di seguire a domicilio i bambini oltre il primo anno di vita. All' inizio degli anni '70 (il primo nel 1969) vennero creati i servizi di aiuto domiciliare, con lo scopo di portare aiuto alle famiglie con bambini in caso di assenza, malattia, o decesso della madre.

Nel 1974, in applicazione della Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973, l' intervento dell' aiuto domiciliare si estese agli anziani. I consorzi di aiuto domiciliare vennero dotati di due servizi distinti: il servizio di aiuto familiare e il servizio infermieristico. Per quanto riguarda la diffusione sul territorio, nel 1973 il numero di Comuni consorziati era di 28, nel 1980 di 173, mentre nel 1991 praticamente la totalità dei Comuni risulta consorziata o convenzionata (soltanto Indemini, per motivi di

collegamento, non è mai stato consorziato).

L'evoluzione e lo sviluppo dei servizi è contraddistinta da alcune particolarità che meritano di essere evidenziate.

Si osserva innanzitutto il progressivo allargamento dello spettro dell'utenza cui si rivolgono i diversi servizi, dalla maternità e prima infanzia, alle famiglie, agli anziani. Attualmente, dato lo sviluppo conosciuto dai servizi di aiuto domiciliare, si può parlare di servizio elettivo per l'assistenza agli anziani, dato che questi costituiscono di gran lunga la parte preponderante degli utenti.

In secondo luogo occorre rilevare l'estensione del ventaglio delle prestazioni effettuate, che sono di tipo educativo, preventivo, terapeutico, di aiuto alle attività quotidiane.

Infine, si rilevano sia la diffusione capillare su tutto il territorio cantonale, sia l'intervento e l'offerta di servizi di (altre) numerose associazioni e di volontari.

La progressiva assunzione di nuove e complesse funzioni richiede nuove modalità di lavoro, come emerge dall'osservazione delle tendenze in atto. Si pensi alla necessità di operare in una équipe dove sono presenti diverse figure di operatori, di intervenire in zone geograficamente non omogenee (nei centri e nella periferia), di ricercare nuove modalità di gestione anche economica, di coordinare gli interventi, sia tra di loro che con le altre risorse e strutture presenti, per evitare lacune da un lato e sovrapposizioni dall'altro.

A tutt'oggi i servizi di aiuto domiciliare dispongono di mezzi relativamente modesti se confrontati con i servizi residenziali. Ciò limita la loro capacità, destinata in prospettiva ad assumere un'importanza crescente, di evitare ricoveri impropri o definitivi, ma anche di evitare il puro e semplice confinamento a domicilio. Va pure rilevato, come è stato accertato da alcune indagini puntuali, che questa forma di assistenza e aiuto è apprezzata dalla popolazione e rappresenta una delle forme d'intervento più appropriate per rispondere ai numerosi bisogni derivanti dall'evoluzione demografica e dall'aumento di patologie croniche e invalidanti.

Si rileva infine che l'autorità cantonale ha individuato nella problematica degli anziani (assieme a quella della mobilità) una delle due aree "che, oltre che rivestire carattere prioritario per l'azione dello Stato, presentano aspetti particolarmente complessi e di non facile soluzione, che richiederanno una particolare concentrazione di sforzi (Consiglio di Stato, LD, 1991, p. 3). In quest'ambito, tra le finalità dell'azione dello Stato e i provvedimenti operativi, un posto di notevole rilievo è stato assegnato ai servizi di assistenza e cura a domicilio (cfr. LD, 1991, pp. 45-47).

Per queste ragioni appare opportuno un potenziamento dei servizi di assistenza e cura a domicilio nel nostro Cantone, al fine di costituire un'adeguata rete che consenta il sostegno e l'utilizzo del potenziale delle risorse familiari e ambientali in campo socio-sanitario. In questo contesto, l'azione dello Stato, direttamente o indirettamente, appare indispensabile.

c - Le prospettive (scenari di evoluzione)

L'orientamento e la promozione futura dei servizi di assistenza e cura a domicilio vanno determinati tenendo conto di diversi elementi.

Nei punti seguenti si proporranno dei possibili scenari di evoluzione, sulla base di alcuni assunti:

1. alle attuali tariffe per le prestazioni offerte dai servizi (unitamente al loro potenziale attuale) c'è una parte di domanda insoddisfatta di assistenza e cura a domicilio;
2. l'eccedenza di domanda costringe i servizi esistenti a limitare sia la quantità (numero di utenti presi a carico) che la qualità (intensità dell'assistenza e della cura) delle prestazioni erogate;
3. un'espansione quantitativa e qualitativa dell'offerta di assistenza e cura a domicilio, anche in termini relativamente forti, verrebbe assorbita interamente dalla domanda;
4. non è soltanto nel settore infermieristico che l'offerta è insufficiente ma anche, e forse soprattutto, nel settore dell'aiuto familiare;
5. un miglioramento qualitativo dell'assistenza e cura a domicilio si può ottenere tramite un ampliamento delle figure professionali a disposizione delle équipes;
6. sul territorio sono presenti diverse risorse professionali (professionisti in campo socio-sanitario, istituzioni e servizi pubblici e privati): è in parte la loro distribuzione geografica, ma soprattutto il loro insufficiente coordinamento, che può dar adito a situazioni di carenza locale dell'offerta di assistenza e cure specialistiche.

Per gli anziani, i bisogni sono espressi in termini di necessità di assistenza e cura,

distinte in posti letto in case per anziani o lungodegenze in reparti ospedalieri, e in casi seguiti dal SACD. Per la popolazione non anziana i bisogni sono espressi solo in termini di casi seguiti.

Posti letto e casi seguiti costituiscono l'offerta globale" di assistenza e cure: tuttavia non è possibile sommare le due entità di questa offerta, non essendo grandezze perfettamente equivalenti. IL loro accostamento resta pertanto puramente "teorico", e serve soltanto per indicare, complessivamente, quali sono le prospettive di sviluppo. Si sottolinea come gli scenari non siano da intendersi come una "pianificazione" vera e propria del settore, e neppure come una "previsione". Essi sono invece delle rappresentazioni di possibili futuri, o delle sintesi di evoluzioni ipotizzabili - diverse tra di loro - derivanti dall'adozione di differenti variabili chiave.

L'evoluzione dei bisogni evidenzia l'importanza che riveste, e potrà a maggior ragione rivestire in avvenire, l'assistenza e cura a domicilio per la loro copertura.

Di fronte alla necessità di quantificare delle possibili evoluzioni per il servizio di assistenza e cura a domicilio (SACD), si è dapprima ritenuto indispensabile suddividere l'utenza in 3 distinte fasce d'età caratterizzate - per la presa a carico domiciliare - da bisogni in parte diversi tra loro:

- la fascia non anziana (da 0 a 64 anni): comprende le persone handicappate, le famiglie monoparentali, i malati cronici, i pazienti terminali (AIDS, patologie oncologiche), casi di forte disagio sociale, le famiglie in difficoltà per il momentaneo impedimento di un genitore o di un altro membro;
- la fascia dai 65 ai 79 anni: comprende anziani con uno stato di salute sempre migliore rispetto al passato, anche se l'evoluzione delle strutture familiari (anziani che vivono soli, famiglie sempre più piccole e sempre più disperse sul territorio, tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro sempre più elevato) potrebbe diminuire le risorse primarie che li attorniano;
- la fascia ultraottantenne: la rarefazione delle risorse primarie tocca anche loro, inoltre la loro età media è di decennio in decennio sempre più alta e di conseguenza il loro grado di dipendenza medio potrebbe (restando costante l'offerta terapeutica) aggravarsi sempre di più.

Il Gruppo di lavoro ha ritenuto utile operare con 3 parametri quantitativi e con 3 parametri qualitativi caratterizzanti la presa a carico da parte del SACD.

Questi parametri sono:

a) a livello quantitativo:

1. la percentuale (per le due fasce di età oltre i 65 anni) di anziani in istituti (ospiti in case per anziani e in reparti di lungodegenza);
2. la percentuale (per tutte le fasce di età) di popolazione presa a carico a domicilio;
3. il numero di "casi seguiti per operatore" (definito come il totale degli utenti visti in un anno dai servizi, diviso per la somma degli organici di infermieri, di aiuto familiari con formazione e di personale ausiliario);

b) a livello qualitativo:

4. il rapporto numerico tra l'organico di infermieri, di aiuto familiari con formazione e di personale ausiliario;
5. l'inserimento di nuove figure professionali nelle équipes del SACD (che non avviene in proporzione diretta al numero di utenti seguiti, ma al totale della popolazione coperta dal servizio);
6. il grado di decentramento del servizio sul territorio.

Questi parametri sono stati fatti variare in modo coerente tra di loro partendo da un "non scenario" (definito è non evoluzione del SAD"), passando ad uno scenario minimo (Scenario 0) e giungendo ad un primo scenario di potenziamento (Scenario 1) e ad un secondo, più perfezionato (Scenario 2).

In sintesi, l'evoluzione di questi parametri è stata ipotizzata nel modo seguente:

Per tutti gli scenari:

- i posti letto in case per anziani e in reparti ospedalieri di lungodegenza evolvono secondo le rispettive pianificazioni: 3'719 nel 1992, 4'218 nel 2000, 4'118 nel 2010; "non-evoluzione del SACD";
- le quote di presa a carico a domicilio per fascia d'età restano costanti: l'aumento dei "casi seguiti" dal SACD dipende puramente dall'evoluzione demografica;
- si mantiene costante la quota di ultraottantenni ricoverati in istituto: data l'evoluzione demografica ne consegue una diminuzione dei posti letto che rimangono a

disposizione per la fascia dai 65 ai 79 anni;
- di conseguenza l' offerta globale di cure per la fascia 65-79 anni diminuisce drasticamente;

Scenario 0: "SACD come risposta parziale":

- si aumenta la quota di presa a carico domiciliare per la fascia dai 65 ai 79 anni per compensare almeno in parte la diminuzione di posti letto disponibili per questa fascia d' età;

potenziamento del SACD: Scenari 1 e 2:

- si aumenta la quota di presa a carico da parte del SACD anche per la fascia ultraottantenne: ne consegue un aumento dell' offerta globale di cure per questa fascia d' età pur diminuendone gradatamente la quota di presa a carico in istituti;
- la diminuzione della quota di presa a carico stazionaria di ultraottantenni rende disponibili dei posti letto: pur con il medesimo aumento della presa a carico domiciliare dello Scenario 0 si può mantenere costante l' offerta globale di cure per la fascia dai 65 ai 79 anni;

Scenario 2: è quantitativamente uguale allo Scenario 1, ma presta maggiore attenzione ai bisogni di tipo domesticofamiliare;

NB: per gli invalidi e in genere la popolazione non-anziana:

- immutata quota di presa a carico domiciliare nell' analisi "non-evoluzione", leggero aumento nello Scenario 0, aumento più marcato negli scenari di potenziamento.

Tabelle riassuntive degli scenari di presa a carico.

(inserire le seguenti tabelle pag. 19)

Tabella 3: "non-evoluzione" (tutte le fasce d' età)

Tabella 4: Scenari 1 2 (tutte le fasce d' età)

Tabella 5: Scenari 1 e 2 (tutte le fasce d' età)

In conclusione, supponendo che l' offerta di posti letto in case per anziani e per lungo degenti, come risulta dalle rispettive pianificazioni settoriali, dovesse aumentare nei termini indicati, occorrerà in ogni caso potenziare l' offerta di cura e assistenza a domicilio se si vuole evitare il rischio evidenziato dall' analisi "non-evoluzione" di non riuscire a colmare adeguatamente i bisogni prospettati.

Infine, tenendo conto oltre che dell' invecchiamento secondario, dei problemi generali derivanti dall' evoluzione socio-demografica in atto, quali il cambiamento delle strutture familiari, la maggiore mobilità spaziale, la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro, la diminuzione della popolazione attiva rispetto a quella anziana, si propone di adottare lo Scenario 2 quale prospettiva di potenziamento dei servizi. Pur essendo quantitativamente uguale allo Scenario 1, esso accorda maggiore attenzione ai bisogni di tipo socio-familiare dovuti all' evoluzione qui sopra richiamata.

Una valutazione di questo scenario, sia rispetto alla tendenza di crescita riscontrata negli ultimi anni dal personale dei servizi, sia in confronto alla densità delle figure professionali rispetto alla popolazione in altri Cantoni, sarà presentata ulteriormente, mentre per un' analisi più dettagliata si rimanda all' annesso Rapporto del 13 dicembre 1993.

2.3. La funzione dei servizi

a - Nozione di assistenza e cura a domicilio

La nozione di assistenza e cura a domicilio dev' essere preliminarmente chiarita e inquadrata nell' ambito della politica socio-sanitaria. Di per sé questa nozione può anche essere relativamente semplice: l' assistenza e la cura a domicilio corrispondono a tutto quanto è intrapreso a favore di chi ha bisogno (lo desidera e lo può) di restare al proprio domicilio. Esistono diverse espressioni, spesso simili, ognuna delle quali mette l' accento su un aspetto piuttosto che l' altro. Così, come propone il testo dell' iniziativa popolare del 1991, si parla di Spitex, in contrapposizione con Spitin, per designare soprattutto le cure extraospedaliere, "extra muros", al di fuori dell' istituto. Ma si parla anche di mantenimento a domicilio, a significare che ciò che conta non è tanto il rapportarsi (o il contrapporsi) all' istituto, quanto l' affermazione stessa del domicilio come luogo di vita, anche, e forse soprattutto, in caso di bisogn. Questa espressione ha tuttavia l' inconveniente di una certa staticità, legata alla parola mantenimento, che non sembra riflettere in modo opportuno il carattere attivo che invece dovrebbe contraddistinguere l' azione necessaria per promuovere tale mantenimento.

Oppure ancora, come sono venuti a chiamarsi in Ticino i diversi servizi, si parla di

aiuto domiciliare.

In questo caso, l' espressione non specifica la natura dell' aiuto, che potrebbe essere inteso in modi molto diversi.

Altre nozioni, quali la teleassistenza o l' ospedalizzazione domiciliare, che pure evocano in un modo o nell' altro l' idea di un servizio sociale o sanitario prestato a domicilio, si scostano anch' esse in modo sostanziale da quanto qui proposto. Pertanto, si è scelta l' espressione assistenza e cura a domicilio: a mente del Gruppo di lavoro questa denominazione corrisponde meglio delle altre non solo ad una definizione "tecnica. ma anche alla "filosofia" che sta dietro a questo indirizzo di politica socio-sanitaria. Innanzitutto l' accostamento dell' assistenza e della cura non permette di equivocare sul tipo generale di prestazioni offerte, poiché non si limita il campo unicamente all' offerta "sanitaria" - la cura - ma si intende giustamente richiamare anche il campo n sociale", vale a dire quello dell' assistenza. In secondo luogo non si intende contrapporre l' intervento a domicilio all' istituto: l' assistenza e le cure a domicilio e l' istituto sono forme di intervento complementare. Occorre riconoscere che, in ogni caso, ci sarà sempre il bisogno di far capo a un certo punto e per certi bisogni all' ospedalizzazione o al ricovero.

b - I contenuti dell' assistenza e cura a domicilio

I servizi di assistenza e cura a domicilio consistono in un programma che:

- comprende un insieme di attività che favoriscono la permanenza a domicilio, permettono di evitare o ritardare il ricovero in un istituto, o di evitare o raccorciare un' ospedalizzazione;
- assicura interventi di tipo curativo, preventivo e educativo nel pieno rispetto della libertà e delle convinzioni degli utenti. Assume in particolare funzioni di consulenza e prevenzione per i genitori con bambini in età prescolastica;
- offre prestazioni di tipo socio-sanitario e di aiuto domestico a tutta la popolazione, con particolare riferimento ai malati, agli anziani, agli handicappati, alle famiglie in difficoltà;
- assicura la continuità degli interventi avvalendosi delle risorse dei servizi pubblici e privati, delle famiglie e del volontariato;
- comprende i servizi che offrono prestazioni ambulatoriali e domiciliari ma utilizza pure tutte le risorse offerte dai servizi stazionari;
- prevede l' informazione sull' insieme dei servizi e strutture sociosanitarie nonché sulle modalità di accesso e attivazione;
- l' eventuale attivazione di queste risorse.

Il servizio di assistenza e cura a domicilio ha fra i suoi compiti anche quello di rispondere al desiderio di chi si trova in stato di grave dipendenza o in fin di vita di rimanere nel proprio ambiente domestico. Un desiderio legittimo, che tuttavia si scontra con limiti di tipo sanitario, organizzativo, economico, sollevando inoltre problemi di ordine etico. Appare infatti che la diversità delle situazioni rende difficile trovare dei criteri oggettivi per stabilire il limite fra ospedalizzazione e permanenza a domicilio.

Nei casi di pronunciata complessità terapeutica o di interventi intensivi e prolungati, i servizi sono tenuti ad effettuare una valutazione delle possibilità di restare a domicilio, tenendo conto:

- dei desideri dell' utente e dei familiari;
- del parere degli operatori che intervengono nella situazione;
- delle capacità/possibilità di familiari, conviventi e eventuali volontari di partecipare all' assistenza o alla cura.

Per un corretto ricorso ai servizi sarà indispensabile precisare i loro compiti e il campo di competenza degli operatori. Resta inoltre fondamentale l' informazione diretta data da questi ultimi.

Occorre pertanto tener conto delle seguenti caratteristiche:

- misure (prestazioni): l' estensione più ampia delle prestazioni offerte dai servizi di assistenza e cura a domicilio comprende le prestazioni mediche e infermieristiche (cure medico-terapeutiche e cure di base), quelle di tipo domestico-familiare, quelle sociali e altre prestazioni specifiche quali l' informazione sulle risorse disponibili sul territorio, e se del caso, la loro attivazione;
- cause: generalmente si ritiene necessario specificare le cause che determinano il bisogno all' origine dell' intervento a domicilio: malattia, infortunio, handicap, maternità, vecchiaia e disagio sociale. In genere si tende a escludere dalla gamma degli

interventi le prestazioni che non sono riconducibili a una di queste cause;

- tempo: si associa in genere la durata alla necessità specifica, distinguendo tra breve e lungo termine, o tra servizio temporaneo e duraturo; questa distinzione può essere di un certo rilievo in particolare quanto al riconoscimento delle spese da parte delle casse malati o delle assicurazioni sociali;

- beneficiari: partendo dall' utente diretto cui si indirizzano le prestazioni di assistenza e cura a domicilio, i beneficiari comprendono indirettamente anche i parenti (figli), i vicini, gli amici. Le cerchie familiari possono da un lato essere sollevate da certe incombenze grazie all' intervento dei servizi, e

dall' altro, proprio grazie a questo intervento, possono essere incentivate a dare il proprio sostegno nei limiti loro concessi dagli altri impegni quotidiani.

Si noti come l' evoluzione socio-culturale abbia prodotto nuove forme di convivenza familiare e nuovi tipi di comunità domestiche.

Il concetto di "famiglia" utilizzato in questo Messaggio è quindi da intendere in senso esteso, riferito cioè agli appartenenti al nucleo domestico di riferimento:

- costo: si precisa che il costo dei servizi dev' essere "sopportabile". Il costo risulta importante poiché, oltre alle ragioni schiettamente d' ordine socio-sanitario, esiste una dimensione economica, sia riferita al costo sociale, sia riferita ai diversi finanziatori pubblici e privati dalla quale non si può prescindere;

- obiettivo: il mantenimento a domicilio (il più a lungo possibile) e l' opportunità di impedire, dilazionare o ridurre il ricovero in ospedale o in istituto possono essere considerati gli obiettivi essenziali dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

Questi elementi, contenuti a gradi diversi nelle varie definizioni di assistenza e cura a domicilio, sono stati valutati dal Gruppo di lavoro, che ha cercato di tener conto dei postulati degli iniziattivisti "Spitex". La definizione che ne è scaturita è stata formulata nel Capitolo I (Parte generale) del progetto di legge, agli articoli 1 (scopo), 2 (beneficiari), 3-5 (prestazioni) e 6 (fornitori di prestazioni). La stessa è stata ripresa nel presente progetto.

2.4. La definizione degli interventi

Tenendo conto della nozione nonché dei contenuti di assistenza e cura a domicilio si possono definire gli interventi prestazioni e fornitori di prestazioni - secondo le seguenti categorie, che saranno riprese nel progetto di legge.

a - Le prestazioni vere e proprie di assistenza e cura a domicilio

Innanzitutto le prestazioni vere e proprie di assistenza e cura a domicilio, vale a dire le prestazioni offerte dai servizi SADC, temporanee o durature, preventive o riabilitative, distribuite direttamente presso il domicilio dell' utente.[^]

Queste prestazioni sono a loro volta distinte in cure medicoterapeutiche e cure di base, in aiuti di economia domestica e aiuti sociali, in informazioni concernenti le risorse disponibili sul territorio e le rispettive modalità di accesso e eventualmente la loro attivazione.

Si possono distinguere due dimensioni:

- gli interventi curativi e di aiuto, che spesso richiedono strumenti e tecnologie adeguati, sono tesi a far fronte a situazioni di malattia o di minaccia della salute, presenza di un handicap o perdita parziale o totale dell' autonomia, nonché ad assicurare la soddisfazione dei bisogni vitali e l' accompagnamento nelle attività quotidiane.

Questi interventi possono essere:

- totalmente compensatori là dove è necessario sostituirsi alla persona gravemente dipendente o per esaurimento delle risorse familiari;
- parzialmente compensatori, famiglia) sono in grado quando la persona (o la di assumere in parte le conseguenze di una diminuita autonomia;
- promozionali, quando sono tesi a potenziare, mantenere o ristabilire le capacità di far fronte ai propri bisogni;

- la dimensione educativa/preventiva, specifica dei servizi di aiuto domiciliare, è invece costituita:

- dalla natura dell' approccio: l' intervento degli operatori tiene conto della situazione dell' utente e comporta l' identificazione dei

bisogni e delle risorse, l'elaborazione di obiettivi raggiungibili in funzione dell'età, del grado di autonomia/dipendenza, delle risorse economiche, intellettive e affettive dell'utente. Gli operatori sono tenuti ad informare l'utente sulle possibilità e i limiti del servizio e ad esaminare le implicazioni che ne derivano per tutta la famiglia. Gli interventi devono venire effettuati nel pieno rispetto dei costumi e delle credenze dei singoli utenti;

- da un insieme di prestazioni e consulenze offerte gratuitamente a tutti i genitori con bambini in età prescolastica;
- dai controlli mirati, tesi
- ad identificare precocemente possibili disfunzioni (es. controllo di udito, vista, ritenzione, polso, pressione, sviluppo psico-fisico dei bambini),
- a limitare l'insorgere di situazioni di emarginazione (contatti sociali, mezzi finanziari, risorse del vicinato),
- a diminuire (mobilitazione e mobili, impiego medicinali)
- a favorire l'acquisizione di conoscenze (corsi alla popolazione, consulenza alle madri, informazioni sull'alimentazione, insegnamento di semplici tecniche di cura).

b - Le prestazioni di supporto fornite dai servizi di appoggio e la collaborazione con gli istituti

In secondo luogo abbiamo le prestazioni di supporto all'assistenza e cura a domicilio, non effettuate o distribuite direttamente presso l'abitazione, ma grazie alle quali è favorito il mantenimento a domicilio. Queste prestazioni sono offerte prevalentemente dai servizi di appoggio, quali i centri diurni o le organizzazioni che offrono servizi di trasporto per persone invalide, ma anche da enti che non si occupano prioritariamente del mantenimento a domicilio (p.es. i soggiorni temporanei presso gli istituti per anziani). La collaborazione con gli istituti sarà importante anche a livello del coordinamento di dimissioni e presa a carico a domicilio.

Si menzionano le seguenti prestazioni/forme di collaborazione:

Soggiorno temporaneo

Il soggiorno temporaneo permette agli utenti di superare un momento di difficoltà e alle famiglie di alleggerire temporaneamente l'impegno derivante da un malato, un handicappato o un anziano a domicilio.

Si tratta di unità, per lo più in case per anziani, che dovrebbero offrire soggiorni variabili da pochi giorni ai due-tre mesi allo scopo di aiutare le famiglie, evitare o ridurre degenze ospedaliere, preparare un soggiorno definitivo, permettere un periodo di riposo o prepararsi ad una presa a carico più impegnativa.

A questo scopo andrebbe riservata una certa percentuale di posti letto esistenti nelle case per anziani. Attualmente l'1.4% dei posti letto è dichiarato come letto destinato al soggiorno temporaneo (1992: 47 posti letto su 3'370).

Sempre in questo ambito sono poi da ricordare gli istituti AI e i foyer per handicappati.

Pasti a domicilio

Nel 1983 Pro Senectute ha distribuito 27'000 pasti a domicilio; nel 1993 sono stati 48'000. Sono cifre che rilevano l'apprezzamento di questo servizio da parte della popolazione anziana. Sarebbe opportuna una generalizzazione della possibilità di ottenere pasti a domicilio in tutto il Cantone. Nelle regioni periferiche questo servizio può essere assunto da istituti sanitari, da mense scolastiche o anche da privati. E' un settore che ben si presta all'inserimento di volontari, soprattutto per la distribuzione.

Centri diurni (ricreativi e terapeutici)

I centri diurni aperti nel Cantone (ATTE, OSC, case per anziani, centri comunali, associazioni private) sono ancora di tipo prevalentemente ricreativo-culturale. L'obiettivo prioritario dell'assistenza e cura a domicilio può però richiedere anche dei centri di tipo terapeutico che dovrebbero essere in grado di assicurare una sorveglianza diurna, cure di tipo terapeutico, attività di mantenimento e recupero per utenti dipendenti, favorire la socializzazione delle persone isolate. In pratica si tratta di attività simili a quelle di un ospedale di giorno (day hospital).

Questi servizi possono essere assunti da privati ed essere gestiti con la collaborazione delle famiglie e dei volontari per il trasporto degli utenti e le attività di animazione.

Servizi sociali

Ai servizi domiciliari si affiancano i servizi sociali che svolgono un'attività prevalentemente ambulatoriale:

- il servizio sociale cantonale, essenzialmente orientato verso adulti e famiglie;
- il servizio medico-psicologico, che si occupa quasi esclusivamente di minori con disturbi psichici;
- il servizio psico-sociale, che si occupa soprattutto della popolazione adulta;
- i servizi sociali di Pro Senectute, che operano presso gli anziani e quelli di Pro Infirmis presso gli handicappati.

Associazioni private e operatori sanitari

Diverse associazioni private assicurano interventi presso anziani, adulti, minori e coprono bisogni di varia natura: aiuti finanziari, consulenze, trasporti, informazioni, sostegno morale, ecc. Per lo Stato si tratta di riconoscere, anche finanziariamente, l'assunzione di compiti che si inseriscono nell'ambito di un programma di mantenimento a domicilio.

Il nostro Cantone dispone di un elevato numero di professionisti (medici, dentisti, farmacisti) che assicurano una buona copertura del territorio. L'eventuale ulteriore aumento dei medici nei prossimi anni può costituire un'accreciuta possibilità di cure a domicilio anche per la popolazione residente in zone isolate.

Le case per anziani

Il profilo delle case per anziani tende a cambiare abbastanza rapidamente. La presenza di ospiti molto anziani ad elevata dipendenza è all'origine di una crescente medicalizzazione. Oltre al soggiorno permanente, alcuni istituti offrono servizi diversi quali soggiorno temporaneo, centri diurni, pasti, pedicure, piccole cure.

Istituti, appartamenti protetti e laboratori sorvegliati

Anche per gli handicappati, oltre all'aiuto diretto a domicilio, sono indispensabili i servizi di appoggio in grado di alleggerire l'impegno delle famiglie.

Il potenziamento del servizio domiciliare dovrebbe permettere di intensificare l'intervento (a tutt'oggi modesto) presso questa popolazione e di mantenere i contatti con i servizi di appoggio in grado di assicurare soggiorni temporanei, sorveglianza diurna, sorveglianza di appartamenti protetti.

Ospedali e cliniche

In alcuni ospedali sono in attività infermiere e/o assistenti sociali che si occupano delle ammissioni/dimissioni. Per gli anziani il momento del rientro è particolarmente delicato e spesso richiede una continuità delle cure con l'intervento dei servizi domiciliari. Particolarmente importanti sono i contatti fra operatori al fine di pianificare in modo efficace il rientro a domicilio.

L'alloggio

L'alloggio è un bene primario al quale non tutti possono accedere con mezzi propri. La politica dell'alloggio intrapresa dal Cantone con il riconoscimento di importanti sussidi favorirà la costruzione di una rete di alloggi a pigione moderata e adatti agli anziani e handicappati con difficoltà motorie o con diminuita autonomia.

c - Gli aiuti diretti

Esistono infine gli aiuti diretti, ossia i contributi finanziari versati agli utenti per misure particolari di sostegno, abitative. Questi aiuti sono ripresi nel progetto di legge dall'attuale ordinamento, che li disciplina all'art. 2 lett. f) della Legge anziani e all'art. 8 cpv. 1, lett. b) LISPI.

Tra i diversi tipi di intervento e prestazioni dev'esserne una coerenza che ruota attorno alle prestazioni del primo tipo, quelle offerte direttamente dagli operatori dai SACD presso il domicilio.

Si rileva che sia per le prestazioni di assistenza e cura a domicilio, sia per le prestazioni di supporto si postula un maggiore coinvolgimento del volontariato (vedi oltre).

In sintesi, le prestazioni comprese nel concetto di assistenza e cura a domicilio consistono in quelle direttamente offerte presso l'abitazione all'utente - le cure medico-terapeutiche e le cure di base, gli aiuti di economia domestica e sociali, l'informazione su e l'attivazione di altre risorse -, nelle prestazioni di supporto che favoriscono il mantenimento a domicilio, nelle prestazioni volontarie e negli aiuti finanziari diretti all'utente.

E' importante che l'insieme di queste prestazioni sia concepito in un quadro coerente e flessibile, adatto alle diverse necessità delle prese a carico dei servizi.

2.5. La ripartizione territoriale

a - Decentramento

Per sua stessa natura un servizio di assistenza e cura domiciliare di carattere "universale" - vale a dire rivolto per principio a tutti coloro che, per cause diverse, ritengono di farvi capo per i propri bisogni - deve rispettare i seguenti tre principi:

- dev' essere diffuso il più possibile in modo capillare sul territorio (e non centralizzato);
- dev' essere in grado di offrire un insieme di prestazioni (e non soltanto prestazioni specifiche);
- va visto in un'ottica di coordinamento e di attivazione di altre risorse.

Questi tre requisiti costituiscono altrettanti presupposti necessari per realizzare un effettivo decentramento ed è attorno ad essi che si può progettare un modello funzionale di assistenza e cura a domicilio.

Il primo aspetto è di natura geografica, e consiste nel ritenere che questo servizio può funzionare soltanto se sufficientemente vicino al territorio: esiste una dimensione massima, oltre la quale il servizio rischia di snaturarsi e di porre grossi problemi organizzativi, burocratico/amministrativi ed economici. Risulta pertanto necessario determinare dei comprensori territoriali entro i quali organizzare il servizio.

Il secondo aspetto è di natura concettuale, e consiste nell'affermare la necessità di assicurare un coordinamento e una collaborazione di un certo numero di figure professionali diverse, operanti tutte attorno ad uno scopo e a un progetto comuni. Si tratta quindi di prevedere delle équipes polivalenti operanti in altrettante zone d'intervento.

Alla base di questa impostazione vi è l'idea che i servizi volti a favorire il mantenimento a domicilio debbano essere inseriti in una sorta di rete secondo i principi di territorialità, di coordinazione e di valorizzazione delle risorse della comunità. E' questo il terzo aspetto che va messo in rilievo e che contraddistingue la filosofia stessa dell'assistenza e cura a domicilio. Si deve infatti rammentare che alla base di questa impostazione c'è l'idea che il servizio non si limita alle prestazioni direttamente offerte ma crea pure le condizioni permissive per poter valorizzare quelle risorse che altrimenti, pur presenti, rischiano di rimanere inattive. Si pensi alla partecipazione delle famiglie, dei parenti e della comunità, dei volontari e di altri enti, che possono essere messi, proprio grazie al sostegno del servizio, nelle condizioni di assistere ed aiutare persone che non sono in grado di provvedere autonomamente ai propri bisogni socio sanitari.

Per questa ragione, nel progetto di legge, si menzionano, accanto ai servizi di assistenza e cura a domicilio veri e propri e accanto ai servizi di appoggio (servizi e strutture che forniscono le prestazioni di supporto), anche i servizi e le prestazioni di volontariato, nonché gli aiuti diretti.

Le modalità di collaborazione con gli altri servizi e il tipo di rapporto d'impiego con operatori di altri servizi o liberi professionisti che partecipano direttamente o indirettamente all'offerta del servizio (p.es. i medici fiduciari, i fisioterapisti o altre figure ancora) nonché lo statuto del volontariato, sono ripresi successivamente in questo Messaggio.

Se i servizi residenziali possono identificarsi nell'istituto e in una precisa attività, i servizi domiciliari sono, per loro natura, capillarmente diffusi sul territorio e offrono prestazioni diversificate.

Inoltre, ogni programma di assistenza e cura a domicilio deve necessariamente avvalersi dei servizi di appoggio senza i quali il suo principale obiettivo (facilitare la permanenza a domicilio) sarebbe difficilmente raggiungibile.

Sono considerati servizi di appoggio le strutture stazionarie e i servizi ambulatoriali/domiciliari che offrono prevalentemente prestazioni di supporto. Il miglioramento del servizio di assistenza e cura a domicilio deve basarsi su un'adeguata rete di questi servizi di appoggio.

b - Comprensori e zone d'intervento.

Ogni servizio è definito in un comprensorio giurisdizionale stabilito dal Consiglio di Stato. Dal profilo organizzativo, per contro, l'ipotesi di riferimento, ripresa dall'iniziativa "Spitex" e fatta propria anche da altre esperienze, è quella di suddividere il servizio in unità operative per delle zone d'intervento di ca. 15'000 abitanti, adattabili beninteso alle situazioni particolari del Ticin. Questo criterio (abitanti) è stato ritenuto al fine di assicurare all'interno di ogni unità operativa l'insieme delle figure professionali necessarie al servizio.

Questa dimensione dovrebbe inoltre permettere di ritenere che i bisogni nel territorio

siano, almeno all' interno di tali comparti, relativamente omogenei, in particolare per quanto riguarda la popolazione anziana e le altre casistiche che fanno capo ai diversi servizi sociosanitari.

Infine, essa permette di assicurare al suo interno la presenza di un numero adeguato di strutture ed istituti stazionari e servizi d' appoggio, con i quali i servizi di assistenza e cura a domicilio sono chiamati a collaborare.

Ad ogni zona d' intervento si è quindi associata un' unità operativa; inoltre, per adattarsi alla complessa realtà territoriale del Ticino, si é previsto, se necessario, di dotare queste unita di alcune sottosedì, cui farebbero capo, dal profilo logistico, infermieri, aiuto famigliari, ausiliari dell' assistenza a domicilio ed eventualmente assistenti sociali.

In sintesi, i criteri adottati per la determinazione dei comprensori, delle zone d' intervento e delle sottosedì, sono i seguenti:

- comprensori (giurisdizioni):

- numero di abitanti almeno pari a quello previsto per un' unità operativa;
- numero di Comuni non troppo elevato al fine di assicurare una gestione e un controllo funzionale del servizio:

- unità operative:

- numero di abitanti sufficiente per costituire un' équipe polivalente completa (ipotesi di base ca. 15'000 abitanti) che permetta agli operatori una buona conoscenza degli utenti e delle risorse;
- presenza di servizi stazionari e intermedi;
- situazione geografica e distanze;

- sottosedì:

- situazione geografica e distanze;
- presenza di nuclei di popolazione con bisogni particolari, ad esempio popolazione molto anziana.

Concretamente, e al fine di limitarne i costi da un lato e di promuovere il contatto con altri servizi e istituti, le sedi possono essere ubicate presso un ospedale, una casa per anziani, un istituto per handicappati o per minori, o presso un apposito centro comprendente altri servizi sociali.

Tenendo conto di questi criteri, la ripartizione territoriale potrebbe presentarsi come nella tabella seguente.

Tabella 6: Ripartizione territoriale dei SACD (Ipotesi), numero abitanti secondo la popolazione legale al 31.12.1992
(inserire tabella 6 pag. 30)

La suddivisione territoriale effettiva delle giurisdizioni d' intervento dei servizi (comprensori) sarà definita dal Consiglio di Stato. Si osserva che la ripartizione proposta quale ipotesi indicativa ricalca parzialmente le giurisdizioni attuali dei SAD: sono uguali quelle delle Tre Valli e del Bellinzonese, considera la suddivisione in più zone dell' attuale consorzio del Luganese, (con possibili ricollocazioni di alcuni Comuni, rispetto ai comprensori d' appartenenza attuali), mentre nel Locarnese si postula una diversa configurazione, associando la Vallemaggia alla zona di Locarno, e associando la Verzasca al Gambarogn. Si tratta come detto, di un' ipotesi indicativa che dovrà essere verificata nel dettaglio al momento della realizzazione effettiva e che cerca di tener conto dai criteri precedentemente descritti, in particolare per ciò che riguarda.

(inserire tutta la pag. 31)

c - Presenza d. strutture e servizi

Si è proceduto a una verifica della presenza di strutture e servizi nei comprensori, in particolare della dotazione di posti letto per anziani nelle 17 zone d' intervento ipotizzate. La tabella seguente riporta questa dotazione in posti letto e illustra quali zone sono meno provviste delle altre di possibilità di ricovero per i Procri anziani.

(inserire la tabella 7: pag. 32)

Note:

1) 13'370 posti letto riportati per il 1992 contengono anche 209 posti letto in appartenenti; dei restano 3'161 posti letto (dato usato in tutti gli scenari) 3'114 sono fissi e 47 adibiti al soggiorno temporaneo.

Questi dati si prestano alle seguenti considerazioni:

- è proprio nelle zone d' intervento con le quote di anziani ivi domiciliati e ricoverati più basse rispetto alla media cantonale (71%) che si stanno costruendo le ultime case per anziani:

Chiasso 43%	Novazzano, prevista;
Giubiasco 48	Sementina, appena costruita (non contenuta nei dati 1992);
Massagno 48%	Massagno, prevista;
Agno 58%	Agno, appena costruita (non contenuta nei dati 1992);
Paradiso 62%	Paradiso, in costruzione (non contenuta nei dati 1992);
Mendrisio 67%	Torriani 2, prevista;
Tesserete 69%	Valcolla, in costruzione (non contenuta nei dati 1992-);

- delle restanti zone d' intervento solo Bellinzona (61%) si trova sotto la media cantonale;

- sono inoltre previste altre costruzioni nelle zone:

Lugano 73%	Loreto, appena costruita (non contenuta nei dati 1992);
Biasca 73%	Riviera, prevista;

- a costruzioni ultimate (prima del 2000) è presumibile che su tutto il territorio cantonale perlomeno i tre quarti degli anziani ricoverati lo saranno all' interno della zona d' intervento nella quale sono domiciliati, contro il 71% del 1992;

- la tabella non considera per il 1992 le case. in costruzione o già costruite ma non in funzione durante l' intero anno 1992: Valcolla (42 posti letto), Agno (72), Paradiso (80), Loreto (69), Sementina (80); inoltre vi sono altre case in fase di progettazione: Torriani II (Mendrisio, 50), Novazzano (54), Massagno (70), Riviera (50);

- il numero di posti letto usati negli scenari risulta di 3'161 nelle case per anziani (non tenendo cioè conto dei 209 letti in appartamenti contenuti nei dati riportati nella tabella) e di 3'719 letti a fine 1992 sommandovi anche i 558 letti in reparti di lungo-degenza. Nel 2000: 3'161 + 567 nuovi letti previsti in 9 nuovi istituti - 3'728 posti letto "lordi" in case per anziani. Al netto delle "ristrutturazioni " (per le quali si ipotizza una diminuzione di 68 posti letto negli anni 1993-2000 e di 100 nel decennio 2000-2010): 3'660 nel 2000 e 3'560 nel 2010. Sommando i 558 letti di lungo-degenza si giunge a 4'218 nel 2000 e 4'118 nel 2010.

Per completezza di informazione ci sembra opportuno considerare anche la "geografia della popolazione anziana ticinese".

Nella prossima tabella - che riporta gli anziani legalmente domiciliati in ogni zona di intervento e quanti sono attualmente ospiti in case per anziani - si può vedere come:

- non in tutte le 17 zone di intervento si è confrontati con l' identica situazione demografica;

(inserire tabella 8: pag. 34)

- la percentuale di anziani (sia nella fascia dai 65 ai 79 anni che nella fascia ultraottantenne) ricoverati in istituto non è perfettamente omogenea sul territorio cantonale.

Il settore degli istituti per anziani si trova confrontato con delle dinamiche (invecchiamento, invecchiamento secondario, completazione del programma di costruzioni, richieste di sussidiamento) ancora in corso e che potranno essere soggette ad evoluzioni regionali diverse. Fondamentale per un efficace riorientamento dell' assistenza e cura a domicilio sarà l' esistenza, in ogni comprensorio, di strutture per la presa a carico stazionaria della popolazione anziana. Ideale è dunque uno sviluppo di queste strutture coordinato con quello dell' assistenza e cura a domicilio. Quest' indispensabile collaborazione non consiste solo in una coordinazione di soggiorni temporanei negli istituti per anziani, ma deve arrivare sino ad un esame comune delle richieste di ricovero. Pensabile è l' introduzione di una prassi che concordi l' accettazione della richiesta di ricovero con i servizi di assistenza e cura a domicilio.

Non potendo però escludere che per alcuni Comuni la situazione possa in futuro

presentare delle difficoltà nel reperire quel minimo di posti letto atti ad assicurare un buon funzionamento del sistema di presa a carico domiciliare, il Cantone si riserva la facoltà di stabilire - se dovesse ritenerlo necessario - una quota minima di posti letto, riferita alla popolazione anziana, che deve essere garantita dai Comuni ai propri domiciliati tramite ad esempio convenzioni con case sussidiate o private. Nel 1992 più dell'8% della popolazione ultrasessantacinquenne è risultata ricoverata durante l'anno in istituti per anziani (sussidiati e non). Questa percentuale varia sensibilmente da Comune a Comune, ma si può notare come vi sia un limite al di sotto del quale si trovano ben pochi Comuni: solo in 9 Comuni, per un totale di poco più di 7'000 abitanti, gli ospiti ricoverati durante l'anno ammontavano a meno del 3% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Per le case non sussidiate è già oggi prassi la stipulazione di convenzioni che prevedono, dietro pagamento di una tariffa giornaliera per posto letto o di un forfait, la riservazione di posti letto per ospiti dei Comuni convenzionati. Se si dovesse introdurre l'obbligo, per i Comuni non proprietari e non appartenenti a Consorzi di istituti per anziani, di prenotare in tal modo dei posti letto bisognerà che le case non sussidiate - che svolgono già ora una funzione di cuscinetto per il sistema sussidiato - non assegnino in prenotazione una quota troppo elevata dei loro posti letto.

Bisognerà inoltre tener conto del fatto che, se per le case non sussidiate il pagamento di una retta per posto letto anche momentaneamente non occupato può considerarsi quale partecipazione agli oneri finanziari (interessi e ammortamenti), per le case sussidiate non potrà essere così in quanto vien già tenuto conto degli oneri finanziari riconosciuti nella gestione corrente. Se si dovesse rivelare necessario applicare, su base cantonale o regionale, questa quota minima di posti letto da prenotare bisognerà unificare il più possibile le convenzioni oggi esistenti fra Comuni e case non sussidiate e prevedere delle forme analoghe per le case aderenti al sistema sussidiato.

2.6 Le unità operative

a - La composizione di una équipe polivalente

Occorre determinare quali e quante sono le figure professionali che operano nelle singole unità operative. Attualmente operano, nei SAD del Ticino, essenzialmente le seguenti figure: 1' infermiera diplomata CRS, 1' infermiera CRS specializzata in salute pubblica, l' assistente geriatrica, l' aiuto familiare e l' ausiliaria. Si osserva, tra l' altro, che attualmente questo personale è essenzialmente femminile.

Secondo l' evoluzione dei bisogni precedentemente considerata e al fine di assicurare un' effettiva copertura delle prestazioni offerte dal servizio è necessario allargare il ventaglio delle figure che operano nell' ambito delle unità operative.

La composizione dell' unità operativa tipo (équipe di base) è prevista a partire dalle figure già operanti nei servizi esistenti, e completata con l' introduzione di nuove figure professionali. Questa composizione può essere ulteriormente estesa a dipendenza del grado di potenziamento quantitativo e qualitativo che verrà deciso in seguito.

L' équipe polivalente è dunque un' unità formata da diverse categorie professionali in grado di assicurare la copertura dei bisogni attraverso una pratica interdisciplinare e prestazioni diversificate, conformemente a un modello di servizio di tipo universale.

Suo compito è di valutare ogni situazione tenendo conto della specificità (sanitaria, sociale ed economica) di ogni utente e di utilizzare tutte le risorse offerte o attivabili.

Le esperienze in altri cantoni o paesi hanno indotto il Gruppo di lavoro a considerare la seguente composizione tipo di figure professionali nelle unità operative, alle quali possono essere eventualmente aggiunte altre professioni, nonché il personale amministrativo:

- infermieri, personale di aiuto familiare (formato ed ausiliario): già presenti nei servizi attuali;
- assistenti sociali, medici fiduciari, fisioterapisti, ergoterapisti e operatori psichiatrici (infermieri e assistenti sociali).

Accanto a questi operatori, e in relazione anche alle diverse ipotesi di forma istituzionale, si ritengono importanti anche le figure, pure presenti nel modello, del direttore del SADC e del capo-équipe: al primo spettano il rispetto della pianificazione cantonale, l' organizzazione, l' impostazione generale delle attività, la gestione del personale, la preparazione dei preventivi e consuntivi, la gestione finanziaria; al direttore è pure affidato il compito di coordinamento del servizio con altri enti e servizi, come pure il compito di promuovere la formazione e l' aggiornamento del personale. La definizione esatta dei compiti dovrà tener conto delle competenze degli organi dell'

ente a dipendenza della forma istituzionale che verrà scelta. Al secondo (capo-équipe) spettano il coordinamento e la supervisione sull' attività dei collaboratori delle unità operative (in particolare in relazione all' assunzione, alla gestione della presa a carico, alla dimissione degli utenti e alla collaborazione con i volontari). Dato il numero relativamente alto di aiuto familiari e di ausiliarie e i compiti ad esse assegnati, il capo-équipe dovrà essere coadiuvato da una responsabile per questo settore, incaricata di coordinare l' attività in seno all' unità operativa. Per quanto concerne le infermiere va ricordato che già oggi a queste operatrici è assegnata una zona d' intervento e che per ogni utente viene allestito un piano di cure che comporta una valutazione iniziale e periodica della situazione. Inoltre sono generalmente le singole infermiere (operatrici più direttamente coinvolte nell' applicazione di cure mediche) a mantenere i contatti con i medici curanti.

Infine, si è voluto introdurre quale nuova figura anche quella del medico fiduciario al fine di facilitare i contatti del personale dei SADC con il medico curante dell' utente.

L' attività dei medici, in ambulatorio ed a domicilio, resta uno dei pilastri per la promozione dell' assistenza e cura a domicilio; d' altro canto agli utenti dei servizi a domicilio deve essere garantita la libera scelta del medico curante.

IL progetto di legge prevede pertanto la figura del medico fiduciario sulla base dell' esperienza già in atto presso le case per anziani (medico responsabile) e, per l' aiuto domiciliare, anche in altri Cantoni (Vaud). E' indubbio come la collaborazione fra medici e operatori dei servizi sia indispensabile per l' assistenza e la cura a domicilio. IL medico occupa una posizione determinante per decidere un' ospedalizzazione od un ricovero, ed è proprio in queste occasioni che l' apporto del servizio di assistenza e cura a domicilio è fondamentale, poiché spesso l' ospedalizzazione e il ricovero sono dovuti non solo alla condizione in sé della persona, ma anche alla mancanza di risorse familiari o ad una loro insufficiente attivazione.

Mentre il medico curante mantiene il ruolo fondamentale di riferimento per il caso specifico, il medico fiduciario può assumere un ruolo di sostegno e di verifica di carattere generale.

L' inserimento di ergoterapisti e fisioterapisti nelle équipes del SADC a fianco dei professionisti già operanti sul territorio permette sia un loro intervento diretto presso gli utenti sia una funzione di consulenza all' interno delle équipes stesse. Per queste nuove figure, il cui intervento è solitamente concomitante a quello di altri professionisti, si tratterà di chiarire il campo di competenza. In particolare, tramite azioni in ambiti locali, valutare le necessità di interventi diretti a domicilio e l' attività di informazione verso altri operatori che svolgono interventi continui presso utenti che necessitano costante mobilitazione o esercizi di recupero funzionale.

Per quanto concerne gli assistenti sociali e gli operatori psichiatrici va rilevato che questi nuovi operatori si occuperanno unicamente delle problematiche concernenti gli utenti del servizio di aiuto domiciliare senza sostituirsi ai servizi pubblici e privati che operano in settori specifici.

Per gli operatori psichiatrici il collegamento con i servizi medico-psicologico e psico-sociale è indispensabile al fine di elaborare una adeguata ripartizione dei compiti.

Per gli assistenti sociali va rilevato che si tratta di un intervento fondato sulla natura dei problemi e non sulla categoria di popolazione.

Si sottolineano infine tre aspetti che dovranno contraddistinguere le unità operative:

- l' impostazione di un lavoro in comune, per cui gli interventi di diversi operatori avvengono in modo coordinato e razionale: occorrerà tenerne conto già nell' ambito della formazione dei diversi operatori;
- la possibilità di conferire, accanto all' assunzione vera e propria dei dipendenti, degli incarichi con contratto di diritto privato anche a tempo parziale;
- la facoltà, previa approvazione del Cantone, di aggiungere altre categorie professionali all' unità operativa, oltre a quelle già indicate (dietiste, psicoterapeuti, ...).

b - Le necessità (fabbisogno)

Tenendo conto della necessità di costituire queste équipes polivalenti per ogni zona d' intervento e della necessità del personale direttivo e amministrativo, la stima del fabbisogno totale di personale è la seguente:

(inserire tabella 9: pag. 38 - 39)

Le unità di personale necessarie riferite alle figure professionali già esistenti variano - a seconda del potenziamento quantitativo e qualitativo perseguito - da scenario a scenario.

Le unità di personale necessarie per le nuove figure professionali vengono invece definite in relazione alla popolazione totale.

L' introduzione delle nuove figure professionali è da leggere come l' intenzione di fornire all' equipe di base un complemento specialistico flessibile, sia nei ruoli da introdurre, che nella loro estensione. Queste nuove figure professionali non dovranno necessariamente venire assunte dal SACD, in quanto questo servizio può lavorare in modo efficiente con dei professionisti indipendenti tramite la stipulazione di convenzioni e su mandato.

Le attuali figure di responsabili del servizio infermieristico vengono sostituite dal capo equipe, responsabile della conduzione dell' unità operativa. Questo ruolo esige una formazione di base nel ramo sociale o sanitario, un' fattiva conoscenza del lavoro a domicilio e una solida formazione complementare che permetta di assumere adeguatamente i compiti di ripartizione del lavoro, coordinamento e supervisione delle attività, inserimento dei volontari. .

Sarà per contro mantenuta la figura di responsabile del servizio di aiuto familiare (capo servizio) alla quale competerà la gestione delle attività dell' aiuto familiare in modo coordinato con gli altri operatori dell' équipe.

Le 24.5 unità di personale di direzione e amministrativo previste copriranno nel seguente modo i bisogni degli 8 comprensori e delle 17 zone d' intervento previsti:

Ruolo	Impieghi	Impiego al	In unità
Direzione consorzio	8	100 %	8
Amministrazione (unità e consorzi)	25	50 %	12.5
Ufficio cantonale	4	100 %	4
Totale			24.5

Per il personale amministrativo vale il concetto di dotazione "massimale", poiché a dipendenza di come si costituiranno effettivamente le zone di intervento nell' ambito dei diversi comprensori, e a dipendenza delle possibilità di razionalizzazione grazie anche all' applicazione delle tecnologie informatiche, è possibile contenere il personale amministrativo riducendo, se del caso, le unità necessarie qui indicate.

2.7. Il coordinamento

a - Opzioni quadro

In rapporto all' assetto legislativo e ai servizi attuali in campo socio sanitario si osserva....

- la nuova legge sull' assistenza e cura a domicilio si rivolge a una parte degli utenti di pertinenza di altre leggi quali la legge anziani, la legge sull' integrazione sociale e professionale degli invalidi, la legge sull' assistenza sociopsichiatrica, la legge sanitaria;

- i servizi di assistenza e cura a domicilio assorbiranno le prestazioni fornite dai poliambulatori profilattici materni pediatrici, che di conseguenza saranno soppressi;

- gli assistenti sociali previsti tra le nuove figure professionali dei SACD e il personale psichiatrico si occuperanno dei problemi sociali degli utenti del servizio stesso ma non si sostituiranno al lavoro dell' Ufficio sociale cantonale e di altri servizi che già attualmente si occupano di casi sociali (tutore ufficiale, patronato penale, magistratura dei minorenni, servizi privati e dell' Organizzazione sociopsichiatrica cantonale).

b - L' integrazione dai poliambulatori profilattici, maternità e pediatrici nei servizi di assistenza e cura a domicilio

Nel 1984 il Consiglio di Stato istituì un apposito Gruppo di lavoro con il mandato di studiare le possibilità di ristrutturazione del Servizio di aiuto domiciliare in funzione dell' integrazione tra Consorzi profilattici, materni e pediatrici e Consorzi di aiuto domiciliare. Il rapporto presentato nel novembre 1984 appoggiava la fusione dei servizi profilattico, materno e pediatrico e di aiuto domiciliare in un' unica struttura che facesse riferimento al modello definito come équipe polivalente di base (infermiere, aiuto familiari e assistenti sociali) e improntato alla collaborazione con altri servizi pubblici e privati. Veniva inoltre sottolineata l' opportunità di un' accentuazione degli aspetti preventivi, specie nel settore della prima infanzia e dell' intervento nelle famiglie,

proposto di passare dai 3 comprensori di allora a 7 e infine auspicata l'estensione dell'attività dell'infermiera pediatrica ai bambini con un'età superiore ad un ann.

Il rapporto sull'assistenza e cura a domicilio del dicembre 1993 e l'allegato progetto di legge all'indirizzo del Parlamento e degli iniziativaisti Spitex proponeva anch'esso lo scioglimento dei Consorzi profilattici, materni e pediatrici e la loro integrazione nei futuri SADC. Questo a seguito del postulato contenuto nell'iniziativa popolare stessa che chiedeva "il potenziamento dei servizi sul territorio di cura e aiuto a domicilio allargandone i settori di intervento in modo da rispondere ai bisogni di tutte le fasce d'età della popolazione" e di conseguenza che i nuovi servizi assumessero i "compiti di intervento territoriale oggi previsti da altre leggi". La richiesta di integrazione degli attuali poliambulatori nei nuovi servizi domiciliari poggia però anche su considerazioni a più ampio respiro che vengono qui riassunte.

Una sola struttura pubblica deputata ad intervenire a domicilio e a coordinare l'intervento pubblico e privato a domicilio con quello nelle istituzioni è la miglior base di partenza per un approccio globale nell'assistenza e cura a domicilio; il mantenere più servizi autonomi operanti a domicilio ostacolerebbe quest'approccio globale e rischierebbe di creare dei doppioni degli interventi.

Per quanto attiene all'integrazione si noti come la specificità dell'intervento resti immutata: l'équipe sarà polivalente in quanto composta da più figure professionali, per cui alle infermiere pediatriche verranno affidati i compiti di prevenzione generale attualmente assunti dai poliambulatori profilattici, materni e pediatrici e parte di quegli interventi dei SADC rivolti a economie domestiche nelle quali sono presenti bambini in età prescolastica.

La capillarità del servizio di prevenzione generale, rivolto a tutte le famiglie e non solo ai casi nei quali si constata una necessità di intervento, non diminuirà: oltre alle sedi esistenti dei poliambulatori si potrà far capo alle previste 17 unità operative con 17 sedi e ca. 16 sottosedi.

Questo servizio particolare resterà comunque gratuito: l'unica eccezione prevista in un servizio di assistenza e cura a domicilio che per il resto è tenuto a prelevare un contributo dagli utenti per ogni prestazione.

La struttura proposta in questo Messaggio prevede l'istituzione di un ufficio cantonale preposto - con la collaborazione dei direttori degli 8 comprensori - alla pianificazione, al coordinamento con altri settori e alla promozione della collaborazione tra gli enti sussidiati. L'analisi dei bisogni specifici della fascia della prima infanzia e l'allestimento di una risposta efficiente avverrà dunque all'interno di una coordinazione ben più ampia di quella odierna.

Negli scenari contenuti nel rapporto "Assistenza e cura a domicilio" del dicembre 1993 si è aumentato - partendo dallo status quo - l'organico di infermiere pediatriche in base all'aumento globale previsto della popolazione. Per ovvi motivi di non-prevedibilità non si è tenuto conto di eventuali variazioni nei tassi di natalità, ma non si è neppure prospettata un'estensione dei compiti o un aumento dell'intensità della presa a carico.

Se si volesse utilizzare la riforma strutturale proposta per adeguare le prestazioni offerte dagli attuali poliambulatori profilattici, materni e pediatrici (che ad esempio si ritrovano - per motivi di organico - a dover annullare salvo eccezioni le prestazioni dopo i dodici mesi di vita del bambino) all'evoluzione sociodemografica in atto bisognerebbe dunque preventivare un aumento dell'organico da considerarsi non tanto come un potenziamento quanto come un recupero rispetto ad una sottodotazione effettiva.

L'inserimento dei poliambulatori profilattici, materni e pediatrici nei servizi di assistenza e cura a domicilio permette dunque di migliorare qualitativamente il servizio attualmente offerto alla popolazione e di integrare in una struttura più organica la delicata opera di prevenzione da svolgersi - secondo la Legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza - nella fascia di età prescolastica, dando così al contempo un più ampio ed adeguato riconoscimento del ruolo e della funzione delle infermiere pediatriche e valorizzandone le potenzialità.

Si noti infine come i SADC diventeranno la struttura di riferimento per la popolazione per tutti i problemi che possono venir risolti senza un collocamento in un'istituzione. Le infermiere pediatriche saranno - grazie al fatto che contattano la stragrande maggioranza dei nuclei familiari nei quali avviene una nascita - le persone attraverso le quali la popolazione potrà diventare maggiormente cosciente dell'esistenza di un tale servizio, deputato ad intervenire a domicilio ma soprattutto ad informare su altre

risorse presenti sul territorio ed eventualmente ad attivarle.

La Commissione consultiva e di vigilanza per -la maternità, l'infanzia e l'adolescenza si è espressa favorevolmente sulla proposta di integrazione dei poliambulatori profilattici, materni e pediatrici in futuri SACD.

c -Coordinamento e pianificazioni settoriali

Il Cantone deve provvedere a elaborare una pianificazione settoriale coordinata con altre scelte pianificatorie in settori complementari, dare delle direttive, verificare l'applicazione, valutare la qualità degli interventi, assicurare la consulenza, esaminare le richieste di sussidio di Consorzi, associazioni, - Comuni e altri Enti. A questo scopo si prevede la creazione di un apposito Ufficio dell' aiuto domiciliare nell' ambito della Sezione degli istituti e dell' aiuto domiciliare.

Saranno inoltre da coordinare le attività dei diversi fornitori di prestazioni: SACD, servizi di appoggio, apporto delle famiglie e di volontari.

I consorzi, i Comuni o le associazioni che raggruppano i servizi di assistenza e cura a domicilio possono delegare alcuni servizi a enti esterni senza scopo di lucro.

Lo sviluppo dei SACD è influenzato da precise scelte effettuate in altri settori sociali (anziani, invalidi) e sanitari (ospedali e Organizzazione sociopsichiatrica).

L' evoluzione della spesa sociale cantonale mostra, tra il 1980 e il 1992, un forte incremento nel settore ospedaliero, dell' Organizzazione sociopsichiatrica, degli anziani e delle persone invalide (da 42 milioni di contributi e finanziamento dei costi nel 1980, a 154 milioni nel 1992). Un simile incremento difficilmente potrà essere riproposto nei prossimi anni. Esistono infatti limiti oggettivi della spesa pubblica in ogni settore di intervento e altri bisogni emergenti in campo sociale e sanitario che esigono risposte.

Queste risposte saranno possibili unicamente se si riuscirà a frenare il ritmo di crescita della spesa precedentemente indicata.

Nel settore degli anziani l' opzione fondamentale è quella di non più realizzare nuovi istituti oltre a quelli in fase di realizzazione o a suo tempo già pianificati. Tenuto conto di questi nuovi istituti e di riduzioni di posti letto a seguito di ristrutturazioni, il parco letti complessivo passerà dalle 3'161 unità del 1992 alle 3'660 unità nel 2000 e alle 3'560 unità nel 2010 (per effetto delle ristrutturazioni). Queste unità costituiscono l' offerta di posti letto in case per anziani medicalizzate che, sulla base delle previsioni demografiche, permetterà la copertura del 6.8% della popolazione con più di 65 anni nel 2000 (1992: 6,6%), ma meno del 6% nel 2010.

Tabella 11: Evoluzione dei posti letto nelle case per anziani, con riferimento alla popolazione anziana

Anno	Posti letto CPA	Pop. > 65	%	Pop. < 80	%
1992	3'161	47'835	6.6	12'799	24.7
2000	3'660	54'000	6.8	14'100	26.0
2010	3'560	62'000	5.7	16'300	21.8

Il potenziamento del SACD, come risulta dagli scenari elaborati dal Gruppo di lavoro e precedentemente presentati, costituisce un necessario complemento a queste opzioni pianificatorie e contribuirà a raggiungere i due obiettivi esplicitati nel secondo aggiornamento delle Linee direttive (1993), vale a dire quello di assicurare a tutti gli anziani del Cantone che ne fanno richiesta e che abbisognano di cure ed assistenza un posto in tempi ragionevoli in un istituto medicalizzato indipendentemente dal Comune di domicilio, e di assicurare a tutti gli anziani la possibilità di restare al proprio domicilio, compatibilmente con il grado di dipendenza, grazie ad un adeguato sostegno familiare e al servizio domiciliare.

Per il settore ospedaliero l' opzione è quella di non procedere nella realizzazione di ulteriori reparti di lungodegenza negli istituti dell' ente. Di conseguenza, anche nell' elaborazione degli scenari, si sono tenuti fermi i posti letto che gli ospedali pubblici sono in grado di offrire ai lungodegenti, soprattutto a quelli anziani.

Si osserva inoltre, più in generale, che la politica dell' EOC è tesa a uno sforzo di contenimento dei costi, in particolare tramite una riduzione delle giornate di degenza media e quindi delle giornate di cura, che si sono stabilizzate attorno alle 370'000 unità. La riduzione della degenza media ha così permesso di ridurre di oltre 300 unità il numero dei posti letto negli ospedali pubblici. È anche in questo caso un ulteriore sforzo di contenimento sarà possibile se, oltre all' attuazione della citata

pianificazione nel settore degli anziani, verranno sviluppati i servizi sul territorio. Per quanto concerne infine la socio psichiatria, le opzioni di base per i prossimi anni sono state presentate recentemente nel documento sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 1993-1995. Le proposte pianificatorie confermano 1' impostazione data dalla LASP, che prevede la suddivisione del territorio cantonale in tre settori d' intervento e la sua copertura con le cosiddette Unità terapeutiche riabilitative (UTR). Queste unità sono state definite e limitate ai reparti di psichiatria acuta dell' ONC, ai quattro Servizi medico psicologici (SMP, servizi dai minori), ai quattro Servizi psicosociali (SPS, servizi degli adulti e anziani), ai tre Centri psico educativi (CPE, centri diurni per minori). E' inoltre prevista una completazione delle strutture sul territorio (SMP e SPS nella zona di Biasca, un centro terapeutico per adolescenti (privato), un CPE nel Sopraceneri, l' integrazione nell' OSC di centri diurni (già decisa dal Parlamento), la dotazione di appartamenti protetti, nonché la suddivisione dell' attuale ONC in una Clinica psichiatrica cantonale per acuti (CPC) e in un Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL). Non è prevista la creazione di nessun servizio di psicogeriatrica dell' OSC. La pianificazione sociopsichiatrica si conferma quindi suddivisa tra ospedale acuto e servizi esterni che richiedono il potenziamento della collaborazione con altre strutture territoriali.

S' innesta qui il problema più ampio della pianificazione di tutte le strutture sanitarie (ospedali, cliniche, case di cura e altre strutture assimilabili), in particolare di quelle private, poiché si potrebbe temere la vanificazione degli sforzi di contenimento messi in atto dalle strutture pubbliche da parte di iniziative private che sfuggono alle pianificazioni descritte. Lo sviluppo incontrollato o eccessivo di tali strutture avrebbe inoltre inevitabili conseguenze sui costi generali (sul conto sanitario), ma soprattutto rischia di distogliere dai settori di pubblico interesse mezzi e risorse indispensabili per l' attuazione di una politica sanitaria coerente, come quella prospettata, in particolare per gli anziani e per gli ospedali pubblici. In questo ambito ha assunto pertanto una grande importanza la possibilità, prevista transitoriamente dall' art. 102 della Legge sanitaria fino allo scorso mese di giugno 1994, di concedere l' autorizzazione per l' esercizio delle strutture sanitarie soltanto se queste non distolgono mezzi e risorse indispensabili al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria. Questa norma, che deve ritenersi conforme ai principi costituzionali anche alla luce di una recente sentenza del Tribunale amministrativo, è ripresa e consolidata senza limiti temporali nel progetto di nuova Legge sanitaria. Si osserva inoltre che anche il progetto di modificazione della Legge federale sull' assicurazione malattia e invalidità (LAMI) prevede all' art. 33 l' obbligo da parte dei Cantoni di definire una pianificazione che permetta di coprire i bisogni di cure ospedaliere (tenuto conto in modo adeguato degli organismi privati) e all' art. 46 la possibilità di introdurre un budget globale per il finanziamento degli ospedali.

In conclusione, si afferma che il progetto di potenziamento dell' assistenza e cura a domicilio è coerente con le altre opzioni pianificatorie settoriali nel campo socio sanitario (anziani, invalidi, ospedali, sociopsichiatrica) e con la pianificazione cantonale, e ne costituisce un pilastro indispensabile in vista di una riallocazione delle risorse che permetta di far fronte ai bisogni della popolazione nei prossimi anni tenendo conto anche dei costi. Una rinuncia al potenziamento del SADC implicherebbe una rimessa in discussione delle diverse opzioni pianificatorie settoriali, che dovranno essere riconsiderate, con il rischio che questi stessi settori non potranno rispondere in modo adeguato ai bisogni socio-sanitari della popolazione senza un ingente e preoccupante impegno finanziario.

d - Coordinamento operativo

Nessuna categoria professionale e nessun servizio sono in grado di soddisfare globalmente i bisogni degli utenti. Tuttavia la molteplicità degli organismi, la diversità delle zone d' intervento, la specificità dei compiti, la diversa formazione degli operatori, i principi etici delle varie associazioni, rendono necessaria la ricerca di complementarietà e di azione concertata.

Un punto di partenza importante è l' adozione di alcuni obiettivi prioritari:

- permettere la libera scelta del luogo di vita, anche per chi si trova in stato di dipendenza;
- mantenere l' autonomia o alleggerire la dipendenza offrendo servizi diversificati;
- evitare l' emarginazione, valorizzando i legami con l' ambiente (abitudini, tradizioni, cultura) e stimolando l' appartenenza a una comunità (attività culturali, ricreative,

religiose, centri diurni);

- mobilitare le risorse ambientali e familiari assicurando nel contempo un sostegno effettivo ai familiari o conoscenti che si occupano di una persona dipendente.

Nell'intento di ovviare al frazionamento dei servizi è necessario:

- integrare a servizi già esistenti eventuali prestazioni dovute a nuovi bisogni;
- promuovere la collaborazione di servizi che concorrono a uno stesso scopo, al fine di migliorare l'uso di mezzi materiali e umani;
- mantenere un legame organico fra servizi stazionari, d'appoggio e domiciliari che determinano, in momenti diversi, l'itinerario degli utenti;
- favorire l'accesso ai servizi di terapia già esistenti all'interno degli istituti;
- descrivere i compiti e le prestazioni dei diversi servizi in modo comprensibile per gli utenti;
- tener conto delle specificità delle zone d'intervento.

L'operatore viene chiamato ad intervenire secondo la propria professione o il proprio servizio. Il pericolo è quello di considerare l'utente come malato, come beneficiario di prestazioni, come individuo in difficoltà psicologica, con il rischio di una visione particolaristica.

Per passare dagli interventi multipli a un interdisciplinare è fondamentale:

- una corretta valutazione della situazione dell'utente al fine di dare una risposta personalizzata sulla base di un piano di intervento attendibile;
- l'incontro e la concertazione fra operatori che intervengono in una stessa situazione;
- il riconoscimento dell'intervento degli altri operatori e una buona conoscenza degli altri servizi;
- la raccolta coordinata di dati che permettano l'elaborazione di statistiche attendibili;
- la descrizione del ruolo e la definizione dei compiti dei singoli operatori.

La coerenza degli interventi è obiettivo da verificare costantemente.

2.8. L'attivazione delle risorse familiari e del volontariato

a - Risorse primarie

Si è osservato a più riprese che i servizi di assistenza e cura a domicilio vanno inseriti in una rete più vasta di risorse destinate a favorire il mantenimento a domicilio di persone bisognose e a facilitare l'impegno delle famiglie o di altre persone. Accanto alle prestazioni dirette offerte dai servizi, e accanto alle prestazioni di supporto offerte dai servizi di appoggio - le strutture stazionarie e i servizi ambulatoriali/domiciliari che offrono prevalentemente prestazioni di supporto - la possibilità di far capo ai familiari e al volontariato assume un significato molto importante.

Occorre qui sottolineare innanzitutto come lo sviluppo dei servizi di assistenza e cura a domicilio abbia fugato, come dimostrato da altre esperienze, qualsiasi dubbio sull'eventualità di un disimpegno dei familiari e delle cerchie vicine che si occupano delle persone bisognose a casa propria.

L'intervento degli operatori dei servizi deve tener conto ed inserirsi caso per caso in contesti domestici e in possibilità di volontariato presenti; potrà perciò essere di natura diversa e rivestire carattere curativo e di aiuto, oppure preventivo o educativo, in modo complementare e non concorrenziale.

Al fine di promuovere queste risorse e di avvicinarle agli operatori, i servizi di assistenza e cura a domicilio possono:

- incoraggiare le forme di auto-aiuto da parte delle persone e delle famiglie e l'opera di individui e gruppi impegnati in azioni di volontariato;
- valorizzare l'intervento di coloro che si occupano di un ammalato, di un anziano o di un handicappato, vuoi con interventi di cura e aiuto diretti, vuoi con azioni di sostegno psicologico;
- avviare un processo di reciproca fiducia fra operatori professionisti, familiari e volontari, per far fronte con maggiore sicurezza a possibili situazioni impreviste (incidenti, cadute, malori improvvisi, ecc.);
- insegnare ai familiari e ai volontari semplici tecniche di cura che possono contribuire a migliorare il benessere e il grado di autonomia dell'utente bisognoso.

Il progetto di legge contiene alcune norme rivolte in particolar modo al volontariato, mentre riafferma il concetto di aiuto finanziario diretto, riprendendolo da altre leggi esistenti (legge anziani, legge integrazione sociale e professionale degli invalidi).

Si osserva che il volontariato può esprimersi in innumerevoli modi: c'è il singolo, ma c'è anche il volontariato organizzato.

Con le proposte che qui si formulano non si intende assegnare ai servizi di assistenza

e cura a domicilio il compito di volontariato, ma soltanto dare le premesse affinché i servizi possano, se del caso e secondo le specifiche esigenze, contare concretamente su questo preziosissimo potenziale nelle diverse forme in cui si esprime.

b - La promozione delle risorse primarie

Le richieste di valorizzazione delle risorse primarie non vanno considerate come delle richieste complementari ad un generico potenziamento, ma vanno piuttosto considerate come una parte organica della filosofia stessa che sottintende all'assistenza e cura a domicilio. IL desiderio - sentito da gran parte della popolazione - di poter rimanere il più a lungo possibile al proprio domicilio è anche il desiderio di non diventare soggetto passivo in caso di malattia o di altre difficoltà. In quest'ottica, anche il fatto di essere assistiti e curati da persone non-professioniste può aiutare a sentirsi meno emarginati e meno esclusi. Il mutuo aiuto assume anche il significato di rifiuto della delega pura e semplice al professionista o allo specialista, quando questa può essere superata grazie ad un maggiore e migliore impegno da parte dei cittadini. Nel progetto di legge la figura del volontario viene riconosciuta ed identificata con chi, in assenza di un obbligo legale, contribuisce spontaneamente all'assistenza e cura di persone specifiche. Il progetto elenca infatti tra i "fornitori di prestazioni" anche la persona che di propria volontà, direttamente o per il tramite di un'organizzazione, offre prestazioni di assistenza e cura a domicilio a favore di utenti determinati. Questo riconoscimento, che si ispira ad una realtà di fatto già esistente, non deve essere soltanto simbolico o formale, ma offrire strumenti atti a valorizzare appieno il volontariato.

A questo scopo i due strumenti previsti nel presente progetto di legge sono: l'offerta di una formazione minima e la facoltà di assegnare dei mandati ai volontari ritenuti sufficientemente formati per le situazioni specifiche nelle quali si troveranno ad operare in concerto con gli operatori dei servizi.

Offerta di formazione

Già ora, a chi è vicino alle persone prese a carico, il servizio di aiuto domiciliare fornisce delle indicazioni tecniche minime miranti a poter collaborare nella gestione di determinati compiti e situazioni. Questo aiuto minimo non è però sempre in grado di attivare tutte le risorse presenti e potenziali.

Secondo il progetto di legge, alle persone che volontariamente prestano assistenza e cura a domicilio a favore di utenti determinati (quindi che non si rivolgono al servizio per generiche prestazioni), lo Stato si impegna ad offrire la possibilità di una formazione minima, ottenibile seguendo un corso di introduzione di breve durata, organizzabile ad esempio nell'ambito della Scuola cantonale degli operatori sociali. La formazione dei volontari può comunque avvenire anche tramite corsi specifici, organizzati da associazioni, eventualmente dei volontari stessi, per i propri aderenti. Per queste loro attività, le associazioni potranno beneficiare di sussidi cantonali.

Assegnazione di mandati

Ai volontari ritenuti sufficientemente formati per le situazioni nelle quali opereranno, può essere conferito dall'unità operativa un mandato mediante il quale essi diventano un partner che si assume esplicitamente una parte dell'assistenza o delle cure ritenute necessarie dall'équipe del servizio. La stretta collaborazione con l'équipe assicura al volontario e alle organizzazioni di volontari il necessario appoggio, sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista morale, e consente nel contempo all'équipe di mantenere la supervisione sul loro operato.

I volontari formati che assumono un mandato non entrano direttamente a far parte dell'équipe del servizio. L'unità operativa associa il volontariato nella distribuzione delle misure di assistenza e cura ma solo dove questo è possibile e compatibile con la qualità dell'intervento degli operatori professionisti del servizio. Spetterà quindi all'unità operativa discernere tra collaborazioni spontanee ma non inseribili nel piano generale di presa a carico, e interventi svolti da persone volontarie non-professioniste ma che possono far parte a pieno titolo di specifici piani di cura stabiliti dall'équipe. Il contratto tra i volontari e il SACD sarà stabilito su base temporale e dovrà prevedere in modo chiaro la formazione richiesta, i tempi e le modalità dell'intervento.

A mente del Gruppo di lavoro non si tratta di formalità burocratiche fini a sé stesse, bensì di una chiarezza opportuna per ambedue le parti contraenti. IL mandato specifica inoltre le condizioni alle quali il servizio è disposto ad assumersi la responsabilità nell'impiego di un volontario.

Un ruolo importante in questo ambito deve essere riconosciuto alle diverse

organizzazioni di volontariato sociale presenti in Ticin.

Infine, secondo il progetto di legge, il volontario che sottoscrive un contratto di collaborazione con un servizio per l'assistenza o la cura di un determinato utente può ricevere un compenso a titolo di indennizzo per le spese vive assunte nell'esercizio del suo compito. Questo compenso è concepito in modo tale da ribadire e riconoscere l'importanza di una collaborazione tra risorse primarie non professionali e risorse secondarie professionali, ma non deve essere tale da rendere artificialmente attrattivo il volontariato dal punto di vista economico. Per questa ragione non si è ripresa qui la possibilità di accordare un compenso orario (indipendente dalle spese vive sostenute)

previsto invece nel Rapporto del Gruppo di lavoro.

2.9. Il complessivo

a - I costi dei SADC (evoluzione e prospettive)

La struttura dei costi attuali dei servizi di aiuto domiciliare è la seguente:

(Inserire tabella 12: pag 50)

Note:

1) Per il 1990 non è stato possibile scorporare le spese di trasferta dalla voce "altre spese";

2) I consuntivi 1993 sono in via di approvazione e quindi non ancora definitivi.

Si rileva subito l'elevata proporzione dei costi del personale: all'incirca il 90% del totale dei costi contro il 71% (rispettivamente il 63% se si tiene conto anche degli ammortamenti) nel settore degli ospedali acuti dell'Ecc. Ciò è dovuto alla natura stessa del servizio di aiuto domiciliare, che si basa essenzialmente su prestazioni lavorative e non su investimenti che, pur considerando un potenziamento delle apparecchiature, saranno verosimilmente limitati.

Si osserva pure che le spese amministrative variano, a seconda dell'anno considerato, dal 5,8% (1990) al 6,8% (1991).

Partendo dai costi attuali, e in base al fabbisogno di personale precedentemente valutato nei diversi scenari, si è stimato il costo del potenziamento dei servizi prospettabile per gli anni 2000 e 2010.

(inserire tabella 13: pag. 51)

In sintesi, e rispetto alla situazione attuale (costo 15.8 mio. di fr. 1992), i costi totali stimati - a prezzi 1992 secondo gli scenari elaborati prevedono per il 2010 un minimo di 30.7 mio. fr. (Scenario 0), quindi un raddoppio dei costi attuali, e un massimo di 46.8 mio. di fr. (Scenario 2), quindi tre volte il costo attuale.

È questa l'entità finanziaria massima del potenziamento del SADC secondo le proposte qui elaborate.

b - Indicazioni sui costi delle prestazioni di supporto (servizi d'appoggio)

Non è possibile quantificare esattamente tutte le Spese attualmente sostenute dal Cantone per attività a favore del mantenimento a domicilio che potrebbero ricadere sotto la categoria delle prestazioni di supporto fornite dai servizi d'appoggio. I sussidi cantonali concessi in base alla Lanzi ai vari enti per la gestione dei centri diurni - solo in parte con fini terapeutici - ammontano a ca. 740'000.- fr. per 19 centri sussidiati, inoltre vi sono una decina di centri attualmente non sussidiati dal Cantone. In totale i Centri diurni attualmente esistenti comportano un onere di ca. 1 milione di franchi cui vanno sommati - per i centri di proprietà comunale - ca. altri fr. 450'000.- versati a diverso titolo quale partecipazione comunale. In questo settore è inoltre già prevista l'apertura di Centri diurni terapeutici a Locarno, Faida, Vignaiolo e Bellinzona.

I sussidi riconducibili al mantenimento a domicilio concessi a vari enti in base alla L'ISPI ammontano invece a ca. 1.2 mio fr. (ambidue i dati secondo il preventivo 1994). Non tutte le attività finalizzate al mantenimento a domicilio sono però contenute in queste indicazioni: il costo globale del servizio pasti a domicilio, del Telesoccorso, del servizio carrozzelle, del servizio pedicure, della ginnastica per anziani, dei corsi aiuto alla memoria, ecc. può venir stimato a ca. 650'000 fr./anno (preventivo 1994).

Per quanto riguarda i centri diurni appare indispensabile un allargamento delle funzioni attuali. In prospettiva, ogni unità operativa dovrebbe disporre di un centro in grado di assicurare piccole cure, attività di mantenimento e ricupero e una permanenza diurna sorvegliata. La tendenza a unire in un'unica sede (con direzione separata) casa per anziani e aiuto domiciliare va incoraggiata in quanto si possono adattare le strutture offerte da istituti già esistenti.

Inoltre si può indicare che vi sarà bisogno di più centri diurni consortili o inter-consortili con esplicite finalità terapeutiche quali centri di consultazione e di presa a carico diurna per gli anziani che vivono a domicilio e affetti da patologie croniche quali le demenze senili. Il costo per il Cantone di un tale centro con finalità terapeutiche può essere stimato in ca. 200'000 fr. (vedi per esempio il centro diurno di via Ai faggi a Lugano, aperto nel corso del 1993).

Analoga attenzione dovrà essere riservata a strutture intermedie per gli invalidi non-anziani, con finalità riabilitative e di recupero. Le strutture attualmente disponibili all'interno degli istituti per invalidi adulti sono sottodimensionate e per il momento si è costretti a far capo a strutture specializzate in casi acuti fuori Cantone (Nottwil, Balgrist, Rehab, ecc.). Il futuro bisogno potrà determinare l'apertura di uno o più centri, il cui costo medio giornaliero sarà superiore a quello delle analoghe strutture per gli anziani, essendo la presa a carico terapeutica più complessa. Questo problema dovrà essere analizzato nell'ambito di una pianificazione congiunta con l'Ecc. Ricordiamo inoltre l'opera indispensabile dei laboratori protetti che permettono di alleggerire l'impegno delle famiglie che mantengono a domicilio persone portatrici di handicap.

In conclusione la ripartizione territoriale proposta organizzata attorno a zone d'intervento di ca. 15'000 abitanti - dovrebbe assicurare la presenza di un numero adeguato in ogni zona di strutture e istituti stazionari e d'appoggio, con i quali i servizi saranno chiamati a collaborare.

c - Gli aiuti diretti

In base alla modifica del 1991 della legge vengono da poco concessi aiuti diretti alle famiglie che mantengono i propri congiunti anziani grandi invalidi a domicilio. Gli aiuti diretti concessi nella fase iniziale (1993) ammontano a ca. 290'000 fr. Nel preventivo 1994 sono previsti 750'000 fr. A questo proposito si ritiene possibile e auspicabile una maggiore partecipazione al sussidiamento da parte delle prestazioni complementari AVS/AI, mantenendo così il principio della sussidiarietà dell'intervento in base al presente progetto di legge.

d - Indicazioni sul costo della promozione del volontariato

Se le ore di intervento svolte da volontari - direttamente o attraverso un'organizzazione - sulla base di un mandato fossero assunte dagli operatori, il loro costo pieno sarebbe a carico dei servizi. Queste prestazioni tuttavia non sono fatturate (tranne un rimborso per spese vive o l'assunzione diretta di altre spese, quali ad esempio quelle assicurative) e risultano quindi di gran lunga meno costose delle prestazioni offerte dagli operatori.

Vi saranno invece degli oneri supplementari dovuti all'introduzione di corsi di formazione minima per i volontari che ne fanno esplicita richiesta. Tali costi dipenderanno sia dal numero dei richiedenti che dal tipo di formazione che si vorrà dar loro. Si può pensare ad esempio di adattare il tipo di corsi organizzati dalla Croce Rossa alle finalità che si intenderanno raggiungere. Questi corsi, che si tengono su una decina di giornate, costano attualmente ca. 1'500 fr. per persona. È inoltre possibile

usufruire dei sussidi dell'UFAS (33% del costo).

Complessivamente si può dire che l'inserimento della formazione dei volontari e la concessione di mandati non dovrebbe comportare un aumento dei costi totali del SACD.

e - La partecipazione delle Casse malati

Disposizioni a livello federale

La legislazione federale prevede in via obbligatoria un catalogo di prestazioni a domicilio da parte di personale infermieristico, previa prescrizione medica, a carico dell'assicurazione contro le malattie. La LAMI (Legge federale sull'assicurazione contro le malattie) specifica che le prestazioni dell'assicurazione della cura medica e dei medicinali devono comprendere anche le terapie scientificamente riconosciute applicate dal personale sanitario ausiliario su prescrizione medica.

La materia è poi definita e precisata in due Ordinanze, una del Consiglio federale (O VI) e una del Dipartimento federale dell'interno (ODFI 7).

Il Messaggio del Consiglio federale concernente la nuova legge sull'assicurazione contro le malattie (LAMal del 18 marzo 1994), nel quadro delle fonti innovative concernenti il settore qui in esame prevede:

a) anzitutto l'obbligatorietà assicurativa generalizzata;

- b) l' inserimento delle cure prodigate al di fuori dell' ospedale tra le prestazioni obbligatoriamente a carico degli enti assicuratori;
- c) l' assunzione in via obbligatoria dei costi relativi ai mezzi e agli apparecchi utili alla terapia.

Per quanto attiene all' aspetto tariffale legato al concetto Spitex, in ossequio al principio del carattere appropriato ed economico delle cure", il Messaggio LAMal preconizza tariffe forfetarie e tariffe temporali, in alternativa a un sistema analitico basato sul numero dei punti e sul rispettivo valore del punto.

Per quanto riguarda infine le case di cura, l' assicurato che vi soggiorna ha diritto al riconoscimento degli stessi costi che sarebbero assunti in caso di cura ambulatoriale o a domicilio (Spitex).

Disposti relativi alla normativa cantonale

In materia di prestazioni obbligatorie a carico delle Casse malati, dal profilo delle cure sanitarie extraospedaliere, la Legge cantonale sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie (LCAM) ed il relativo Regolamento (Reg. LCAM) presentavano un quadro normativo decisamente precursore dei tempi sul piano federale.

Fino all' entrata in vigore della recente modifica dell' ODFI 7 del 23 dicembre 1992, le prestazioni obbligatoriamente a carico delle Casse in virtù del diritto cantonale si spingevano infatti oltre il catalogo di prestazioni contemplato dalla normativa federale. Inoltre la LCAM specifica all' Art. 12 che, oltre alle prestazioni previste dalla legislazione federale, le Casse convenzionate devono assumere il pagamento delle cure prestate a domicilio o in casa per anziani da personale infermieristico diplomato, su prescrizione medica, nonché del materiale sanitario.

A sua volta l' art. 29 Reg. LCAM specifica che, oltre a quelle (a suo tempo) indicate nell' ODFI 7, le casse malati convenzionate devono assumere altre prestazioni (prelievi di sangue, clisteri, medicazioni, prevenzione antidecubito, igiene personale, ginnastica del piccolo bacino contro l' incontinenza).

Al cpv. 2 si precisa che sono riconosciute solo le prestazioni eseguite da infermieri diplomati indipendenti o stipendiati da associazioni riconosciute.

Sino all' entrata in vigore degli emendamenti ODFI 7 quanto previsto dalla legislazione cantonale costituiva quindi un quadro decisamente innovativo sul piano nazionale.

Convenzioni in vigore nel Cantone Ticino

Convenzione tra l' associazione ticinese d' aiuto domiciliare (ATAD) e la FTCM (12.12.1990)

Vincola i Consorzi di aiuto domiciliare dell' ATAD e le Casse malati convenzionate con lo Stato. Afferma che le prestazioni vanno eseguite secondo la prescrizione medica e che il rimborso delle spese di trasferta esige una certificazione medica della necessità di un intervento a domicilio.

Sono previste due posizioni tariffali forfetarie:

Tariffa a) : quando la prestazione, per ordine medico, viene effettuata a domicilio;

Tariffa b): quando essa ha luogo in un ambulatorio del Consorzio, al domicilio dell' infermiere o presso una casa per anziani.

Tali tariffe riguardano: le cure terapeutiche, le cure di base (cura personale in caso di dimissione da ospedale o per evitare un' ospedalizzazione), la soprattassa (20%) per i giorni festivi, le trasferte (forfait di fr. 9.-), il materiale usato.

L' accordo addizionale del 12.12.1990 - riconoscendo la limitazione della LAMI (art. 12 cpv. 1 cifra 1 lett. b) e dell' O VI del Consiglio federale (art. 8) della possibilità di fatturazione alle sole prestazioni eseguite da personale infermieristico diplomato - conviene che eventuali prestazioni eseguite da dipendenti dei Consorzi non in possesso di diploma di infermiere vengano fatturate direttamente dal Consorzio stesso al paziente. Se gli statuti o regolamenti delle Casse lo prevedono, tali prestazioni possono venir riconosciute a titolo di prestazioni facoltative.

Convenzione tra le case per anziani medicalizzate e la FTCM

Prevede un' indennità forfetaria (assistenza infermieristica, materiale sanitario, prestazioni fisioterapiche ed ergoterapiche, contributo per l' assistenza sanitaria generica) di fr. 20.- giornalieri in caso di trattamento e cure ospedaliere.

Margini di manovra a livello cantonale

Tenendo conto di quanto precede emerge chiaramente la complessità del quadro entro il quale agire per una maggiore partecipazione delle Casse malati nell' ambito della cura sanitaria a domicilio. Si rileva anzitutto come una serie di procedimenti per una assunzione più ampia delle spese di prevenzione e di cura da parte delle Casse

malati sfugge ad una codificazione di tipo legislativo poiché, in base ai disposti federali che evidentemente non possono essere modificati in questa sede, rientrano nella competenza contrattuale dei partners, vale a dire le Casse malati da una parte e gli operatori sanitari (in particolare quelli rappresentati nell' ATAD) dall' altra. Ne fa stato l' esito dell' aggiornamento della convenzione tra FTCD e ATAD conseguente alla recente modifica dell' ODFI 7. Di conseguenza la sola possibilità concreta, al di là degli adeguamenti testé menzionati, è quella di ampliare ulteriormente le prestazioni a domicilio di cui le Casse malati devono obbligatoriamente assumersi il pagamento. In concreto aderendo alle conclusioni del Gruppo di lavoro, si propone di trasferire il contenuto dell' attuale art. 29 del Reg. LCAM nel nuovo art. 12a della LCAM, ampliandolo nel contempo e eliminando quelle prestazioni che sono ormai previste dall' ODFI 7 e che quindi non fanno più parte delle norme cantonali. L' inserimento nella legge formale da un lato dà maggiore peso politico a questa scelta e dall' altro risponde a requisiti di tecnica legislativa.

Di seguito vengono riportate le prestazioni in questione:

- medicazioni,
- igiene personale del malato,
- ginnastica del piccolo bacino contro l' incontinenza,
- rifacimento del letto occupato,
- aspirazione delle secrezioni naso-bocca e endotra-cheale,
- cure della tracheotomia,
- insegnamento per l' alimentazione e la dieta,
- somministrazione di terapia mediante infusione o pompe sic,
- iniezione mediante catetere epidurale,
- preparazione di vari tipi di pompa portabili sulla persona e per terapia continua,
- terapia mediante accesso venoso permanente e somministrazione di terapia mediante infusione o pompa,
- trasfusione di sangue o emoderivati mediante accesso venoso permanente,
- lavaggio di un serbatoio per terapia,
- prima visita dell' utente a domicilio,
- visita di sostegno e visita di utenti ospiti in una casa per anziani,
- insegnamento al paziente ed alle persone a lui vicine,
- controllo sonda naso-gastroduodenale a caduta libera,
- cura della gastrostomia senza problemi,
- cura della gastrostomia con complicazioni,
- alzare ed aiutare durante la deambulazione,
- fissaggio o medicazione di un ago di tipo Huber,
- prelievo mediante accesso venoso permanente,
- assistenza per togliere l' ago da un serbatoio per terapia,
- assistenza per urgenze,
- procedura di valutazione per la presa a carico di un utente,
- trasporto tra domicilio ed ospedale di persone in difficoltà motorie, bisognose di controlli o terapie ricorrenti di medio o lunga durata.

Con l' ampliamento delle prestazioni proposto, si tende ad aumentare la quota di copertura dei costi del settore sanitario dell' assistenza e cura a domicilio da parte delle Casse malati.

2.10. Forma istituzionale e finanziamento: la variante del Gruppo di lavoro

Il 13 dicembre 1993 il Gruppo di lavoro interdipartimentale "Assistenza e cura a domicilio" ha rassegnato il proprio rapporto all' indirizzo della Commissione sanitaria del Gran Consiglio sull' iniziativa popolare "Spitex" del 28 gennaio 1991. Il rapporto, che è servito nel contempo anche quale documentazione di base per l' allestimento del presente Messaggio, è stato corredato da un progetto di nuova legge e dal relativo commento agli articoli. Si tratta di una proposta elaborata "nel senso della domanda" di iniziativa, secondo quanto è tenuto ad elaborare il Gran Consiglio in caso di iniziativa presentata in forma generica e secondo il mandato ricevuto in tal senso dal Consiglio di Stato su richiesta della stessa Commissione sanitaria.

La proposta non si scosta pertanto dal testo dell' iniziativa popolare ed anzi, fa esplicito riferimento alle richieste di quest' ultima, che si richiamano qui di seguito:

1. il potenziamento dei servizi sul territorio di cura e di aiuto a domicilio allargandone i settori di intervento in modo da rispondere ai bisogni di tutte le fasce d' età della popolazione;

2. il rafforzamento quantitativo e qualitativo del personale da raggiungere tramite una politica di formazione e perfezionamento adeguate e un più ampio riconoscimento del suo ruolo e della sua funzione;
3. un decentramento dei servizi che tenga conto della specificità del territorio e delle caratteristiche delle zone. Dal profilo quantitativo si può pensare a comprensori di circa 15'000 abitanti dove operano équipes composte di più figure professionali a stretto contatto con le strutture socio-sanitarie usufruendo di tutte le risorse locali, pubbliche e private, disponibili;
4. un coordinamento cantonale dei servizi che definisca gli obiettivi delle cure sul territorio in Ticino e ne assicuri l'esecuzione efficace e coerente;
5. l'assunzione più ampia delle spese di prevenzione e di cura da parte delle Casse malati;
6. l'introduzione di misure che favoriscano l'aiuto da parte dei familiari e dei vicini;
7. la promozione e il sostegno dell'aiuto volontario e del mutuo aiuto.

Dal profilo funzionale ed organizzativo queste richieste sono state oggetto delle considerazioni sviluppate nei paragrafi precedenti di questo Messaggio sulla base del rapporto del Gruppo di lavoro interdipartimentale.

Dal profilo istituzionale e del finanziamento, il rapporto ha anticipato delle soluzioni che il Consiglio di Stato, tenuto conto di un più ampio contesto e degli intendimenti esplicitati nelle Linee direttive 1992-1995, ha voluto elaborare ulteriormente. Per questa ragione, per i due aspetti in questione, si riassume dapprima quanto previsto nel rapporto e si presentano successivamente le proposte elaborate da codesto Consiglio e che sono oggetto specifico di questo Messaggio e progetto di legge.

a - La scelta istituzionale: la forma consortile

Il Gruppo di lavoro ha proposto la forma consortile quale veste istituzionale dei servizi di assistenza e cura a domicilio. Questa scelta era condizionata da due elementi, vale a dire dal testo dell'iniziativa "Spitex" e dalle possibilità concrete offerte dall'ordinamento giuridico esistente. Occorreva infatti tener conto del fatto che se da un lato la richiesta dell'iniziativa era tesa ad una "riforma strutturale degli attuali consorzi", dei quali venivano pure denunciate le carenze e la farraginosità del funzionamento, essa lasciava nel contempo intendere una preferenza per un servizio a carattere pubblico piuttosto che privato.

Seguendo questa indicazione di principio, il Gruppo di lavoro ha perciò optato per la forma consortile, dopo aver considerato pure la possibilità di altre forme di diritto pubblico, quali l'ente regionale, l'ente cantonale o il convenzionamento fra Comuni. Ritenuto che il SADC va per principio considerato di pertinenza comunale - si tratta indubbiamente di un compito pubblico generale ai sensi dell'art. 2 della LOC, che non è di pertinenza né della Confederazione, né del Cantone che si limita a sussidiare tale compito attraverso le diverse leggi esistenti - e ritenuta la situazione attuale, il Gruppo di lavoro ha pensato che la forma consortile potesse rappresentare la forma più facilmente proponibile e attuabile poiché, pur non essendo verosimilmente la forma ideale, può essere coadiuvata da una legge adeguata, tale da attenuare il più possibile le lacune evidenziate in base alle esperienze consortili messe in atto nei diversi campi. Si è pertanto prevista in questa variante di nuova legge di costituire dei consorzi con comprensori da definirsi dal Consiglio di Stato, e quindi corrispondenti alla pianificazione, e di porre determinati requisiti minimi circa la direzione e la conduzione tecnico-amministrativa, la pianificazione e il coordinamento dei servizi, presupposti senza i quali non verrebbe concesso il sussidio cantonale.

A mente del Gruppo di lavoro, la soluzione consortile avrebbe permesso pure di ottenere una certa omogeneità sul territorio, impedendo di caricare i piccoli Comuni con obblighi impossibili da tradurre nella pratica. Non va poi dimenticato che il Dipartimento delle istituzioni prevede la modifica in un futuro prossimo della Legge sul consorzio dei Comuni. A ciò si aggiunge la considerazione che non è ipotizzabile escludere i Comuni dalla gestione dell'assistenza e cura a domicilio, mantenendo nel contempo la loro attuale e fattiva partecipazione finanziaria.

Il grosso svantaggio di questa scelta, occorre sottolinearlo, è che la forma consortile, essendo una forma di diritto pubblico, esclude la possibilità di ottenere un sussidio federale ai sensi dell'art. 101 bis LAVS.

b - Il finanziamento

Oltre ad una più ampia assunzione di spese per prestazioni a carattere sanitario riconosciute da parte delle Casse malati, il Gruppo di lavoro ha pure consolidato il

principio della partecipazione finanziaria dell' utente con dei contributi commisurati alle condizioni di reddito e di sostanza tramite un adeguato tariffario (con l' eccezione per le prestazioni e le consulenze attualmente assicurate dai poliambulatori profilattici, materni e pediatrici). IL rapporto del Gruppo di lavoro contiene delle simulazioni finanziarie che tengono conto della possibilità di un aumento della quota a carico degli utenti, sia per il settore sanitario che per il settore socio familiare. Questo aumento dovrebbe poter a venire, perlomeno in parte e particolarmente per le persone meno abbienti, grazie ad una maggiore attivazione delle prestazioni complementari (PC), le quali presentano secondo le direttive UFAS un ulteriore margine di manovra rispetto ad oggi per la copertura di spese non solo a carattere sanitario ma anche socio familiare.

L' aumento della copertura dei costi dei SADC tramite un maggior ricorso alle Casse malati ed ai contributi da parte dell' utente porterebbero ad una diminuzione del disavanzo d' esercizio direttamente a carico dell' ente pubblico. Questo anche considerando come i due terzi delle prestazioni complementari erogate siano a carico del Cantone (e per un terzo a carico della Confederazione) e che quindi il maggior ricorso alle PC da parte degli utenti rimarrà parzialmente a carico del Cantone. Tuttavia non essendo possibile al momento attuale quantificare l' entità di queste partecipazioni con sufficiente attendibilità (vedi Rapporto del 13 dicembre 1993, pp. 69-74) nelle successive considerazioni si ipotizza una immutata copertura da parte di utenti e Casse malati anche per i prossimi anni. Il disavanzo, a carico dell' Ente pubblico, corrisponderà quindi all' 80% dei costi totali. Ne derivano le partecipazioni riportate nella Tabella seguente.

(inserire tabella 14: pag. 60)

S' innesta qui il delicato problema della ripartizione del fabbisogno d' esercizio a carico dell' ente pubblico tra il Cantone e i Comuni. L' orientamento del Gruppo di lavoro è stato quello, una volta accertata l' impossibilità di ottenere un sussidio federale ai sensi dell' art. 101 bis LAVS se non modificando sostanzialmente la forma giuridica dei servizi trasformandoli in associazioni di diritto privato, di non addossare maggiori oneri ai Comuni rispetto alla situazione attuale, se non in modo commisurato in termini reali all' evoluzione demografica prospettabile. Di conseguenza, il costo aggiuntivo del riorientamento e potenziamento dei servizi resterebbe sostanzialmente a carico del Cantone.

L' attuale ripartizione del finanziamento - basata essenzialmente sulla forza finanziaria e sulla popolazione dei Comuni - conduce ad una copertura del disavanzo d' esercizio per il 55% ca. a carico dei Comuni (nel 1992 il disavanzo d' esercizio corrisponde a ca. il 79.5% dei costi, la partecipazione dei Comuni al 44.0%, quella del Cantone al 35.5% dei costi totali). E' stato simulato il finanziamento del nuovo SADC mantenendo inalterato il meccanismo di ripartizione del disavanzo. Ciò porterebbe ad un aumento relativamente importante della partecipazione comunale al finanziamento. Pertanto, non avendo ritenuto opportuno addossare maggiori oneri ai Comuni rispetto alla situazione attuale e proponendo di conseguenza di lasciare il costo aggiuntivo in gran parte al Cantone, la proposta formulata dal Gruppo di lavoro nel progetto di legge consiste nel ripartire il disavanzo d' esercizio dei SADC a carico dell' ente pubblico metà sul Cantone e metà sui Comuni (al posto del 55% ca. attualmente a loro carico). Combinando questa proposta di ripartizione tra il Cantone e i Comuni con l' ipotesi di una immutata copertura settoriale da parte di utenti e Casse malati, si otterrebbe la seguente situazione.

(inserire tabella 15: pag. 61)

La ripartizione proposta conduce ad un aumento ragionevole dell' onere complessivo a carico dei Comuni, in maniera corrispondente alla diminuzione della percentuale di presa a carico rispetto alla situazione attuale. Per contro, per il Cantone, si tratta rispetto ad oggi di una partecipazione globalmente superiore e proporzionalmente uguale a quella dei Comuni.

Se la proposta del Gruppo di lavoro poteva ritenersi adeguata e condivisibile per quanto attiene alla ripartizione complessiva dell' onere a carico dell' ente pubblico dei SADC tra il Cantone e i Comuni, essa non offriva per contro una proposta sufficientemente precisa per quanto attiene alla perequazione dei contributi a carico dei singoli Comuni appartenenti ad un medesimo consorzio. Infatti, mentre il contributo attualmente a carico dei Comuni è determinato, consorzio per consorzio, sulla base della media interna dei coefficienti di partecipazione (che è il coefficiente

complementare a quello di distribuzione, vale a dire il percento del sussidio corrente del Cantone al Comune) dei singoli Comuni, la proposta del Gruppo di lavoro prevedeva che, una volta stabilita la metà a carico del Cantone, quella a carico dei Comuni appartenenti al medesimo consorzio avvenisse in base al loro gettito fiscale cantonale.

L' applicazione di questo sistema, come è stato puntualmente osservato, avrebbe peggiorato rispetto ad ora la situazione di quei consorzi che si compongono di Comuni finanziariamente deboli, poiché la percentuale attualmente assunta dal Cantone è superiore al 50% proposto proprio in quei consorzi, come si può vedere dalla seguente tabella.

(inserire tabella 16: pag. 62)

L' allineamento delle percentuali dei contributi a carico dei Comuni al 50% del disavanzo dei costi di gestione dei servizi, unito alla ripartizione, Comune per Comune, in base al gettito fiscale cantonale non può ritenersi soddisfacente dal profilo della perequazione finanziaria, tant' è che lo stesso Gruppo di lavoro, dopo aver indicato quale eventuale correttivo l' introduzione anche in questo settore di un tetto massimo di partecipazione comunale in base alle risorse fiscali di un Comune (analogamente a quanto è previsto transitoriamente per le case per anziani), concludeva ritenendo "che il problema della partecipazione dei Comuni al finanziamento del SACD possa venir risolto in modo adeguato solo contemporaneamente ad una soluzione definitiva per il finanziamento delle case per anziani e tenendo al contempo conto anche del finanziamento dell' Ente ospedaliero cantonale" (p . 80).

2.II. Forma istituzionale e finanziamento: l' estensione delle proposte formulate dal Gruppo di lavoro

Il Consiglio di Stato prendendo atto delle proposte formulate nel rapporto del 13 dicembre 1993 del Gruppo di lavoro interdipartimentale Assistenza e cura a domicilio. all' indirizzo della Commissione sanitaria sull' iniziativa popolare "Spitex", e in base alla più ampia estensione del mandato conferito al suddetto Gruppo di lavoro nel senso "di elaborare delle proposte operative nonché un progetto di legge per il coordinamento e l' organizzazione territoriale delle diverse forme di assistenza socio-sanitaria delle persone anziane, compatibilmente con le risorse economiche e umane disponibili., valuta positivamente il concetto di potenziamento dell' assistenza e cura a domicilio così come formulato.

Ritiene tuttavia opportuno proporre delle diverse soluzioni soprattutto dal profilo istituzionale e del finanziamento, alla luce anche dei pareri espressi dalle cerchie interessate in occasione della presentazione del rapporto del Gruppo di lavoro. Per diverse ragioni questi due aspetti sono infatti intimamente legati. Lo sono, innanzitutto, sul piano della legislazione federale, dove l' art. 101 bis LAVS prevede il sussidiamento unicamente alle istituzioni private di utilità pubblica per l' esecuzione di compiti a favore delle persone anziane.

Interpellato al riguardo, l' Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) precisa le seguenti considerazioni per poter beneficiare del sussidio federale:

1. Le associazioni create devono presentare un aspetto privato preponderante. A tale scopo, sia l' assemblea generale sia il comitato devono essere composti di una maggioranza di membri privati.

2. L' assemblea generale deve essere aperta a tutte le persone fisiche e giuridiche, alle associazioni, alle corporazioni di diritto pubblico e alle altre organizzazioni dietro versamento di una quota annua.

Ogni associazione deve offrire le 3 prestazioni essenziali della permanenza al proprio domicilio, ossia le cure a domicilio, l' aiuto domiciliare e l' aiuto domestico. Va prestata un' attenzione particolare al promovimento del volontariato. Le associazioni devono essere in stretto contatto con la popolazione e viceversa. Si deve fare in modo di non creare associazioni troppo grandi al fine di mantenere il contatto desiderato tra le parti interessate".

Tenendo conto dell' entità del sussidio, che può raggiungere anche un terzo dei costi del personale (quindi della quota preponderante dei costi totali dei SACD), il Consiglio di Stato ritiene di non dover precludere questa possibilità a causa della forma istituzionale inadeguata e propone, accanto alla forma consortile, altre forme istituzionali tra le quali l' associazione, suscettibile di ottemperare alle condizioni necessarie per l' ottenimento del sussidio federale. Di questa possibilità, come si vedrà in seguito, potranno beneficiare in particolare i Comuni, a patto che siano essi stessi

ad assumere il SACD nella forma opportuna.

In secondo luogo, come è stato detto all' inizio di questo Messaggio, e come è stato comunicato alla Presidenza del Gran Consiglio con lettera del 12 gennaio scorso, il Consiglio di Stato ha intravisto delle nuove possibilità di ripartire gli oneri e le competenze tra il Cantone e i Comuni sulla base di un' estensione del discorso sul finanziamento dell' assistenza e cura a domicilio ad altri due settori socio sanitari, vale a dire al settore degli istituti per anziani e al settore degli ospedali pubblici.

In quest' ambito e soprattutto il problema della corrispondenza tra livelli decisionali (competenza) e livelli di assunzione del finanziamento (oneri) ad avere dei risvolti istituzionali.

Infine, anche la questione di una migliore perequazione degli oneri tra i Comuni, questione principalmente di ordine finanziario e rimasta parzialmente insoddisfatta, non avrebbe potuto essere disgiunta dall' esame di un adeguato assetto istituzionale dei servizi che permettesse di superare la rigidità della forma consortile.

Pertanto, rispetto al progetto presentato dal Gruppo di lavoro, il Consiglio di Stato propone le seguenti scelte.

a - La scelta Istituzionale: l' associazione, il consorzio o la convenzione con un Comune polo

Il riconoscimento dei servizi di assistenza e cura a domicilio, ai fini del sussidiamento cantonale e comunale, si estende a più forme istituzionali, vale a dire agli enti organizzati nelle forme:

- dell' associazione ai sensi degli artt. 60 e segg. del Codice civile svizzero e con finalità di utilità pubblica;
- del consorzio di Comuni in base alla legge sul consorzio dei Comuni, del 21 febbraio 1974;
- oppure anche gestite direttamente da un Comune polo convenzionato con gli altri Comuni di un determinato comprensorio in base all' art. 193 della legge organica comunale del 10 marzo 1987.

Mentre si ritiene indispensabile mantenere la competenza pianificatoria a livello cantonale, per cui sarà il Consiglio di Stato a stabilire i comprensori d' intervento dei SACD al fine di assicurare il servizio su tutto il territorio, a riconoscere l' ente che dovrà assumere il servizio per l' intera zona, e a decidere la forma istituzionale in caso di divergenza tra i Comuni, ai Comuni resta la facoltà di decidere autonomamente la forma istituzionale che riterranno opportuna. E' quindi garantita dal Cantone la possibilità di organizzarsi nella forma dell' associazione, vale a dire in un ente che, pur non assicurando di per sé i sussidi federali (poiché le direttive dell' UFAS impongono altre condizioni) ne costituiscono nondimeno l' indispensabile premessa. Siccome questa scelta implicherà per i Comuni, rispetto alla forma consortile, una perdita di controllo diretto sul servizio in cambio della possibilità di beneficiare del sussidio federale, spetterà ai Comuni stessi valutare se seguire o meno questa strada, mentre l' impegno finanziario del Cantone sarà comunque assicurato nella stessa misura, indipendentemente dalla forma istituzionale scelta.

La legge prevede infine dei requisiti particolari per ognuna delle forme istituzionali per l' illustrazione dei quali rimandiamo al commento degli articoli (art. 19, 20 e 21).

Va rilevato che l' apertura della forma istituzionale ad enti di diritto privato non permette, contrariamente a quanto previsto nel progetto del Gruppo di lavoro, di garantire la riassunzione del personale impiegato presso gli attuali servizi. Una siffatta disposizione costituirebbe un' inammissibile ingerenza del diritto pubblico nel diritto privato.

b - Il finanziamento: SACD, CPA, EOC e accesso ai sussidi federali (art. 101 bis LAVS)

Il potenziamento dei servizi di assistenza e cura a domicilio consente un consolidamento delle altre pianificazioni settoriali (case per anziani e ospedali pubblici) e quindi una stima con una certa attendibilità dei costi per i prossimi anni. Su questa base, il Consiglio di Stato propone una diversa ripartizione degli oneri tra il Cantone e i Comuni, limitatamente ai campi summenzionati, formulando altresì una proposta di attuazione dell' iniziativa Donadini.

La proposta, illustrata in dettaglio nel prossimo capitolo, può essere così anticipata:

- il finanziamento del fabbisogno dell' Ente ospedaliera cantonale è assicurato direttamente dal Cantone ed è pertanto abolita la partecipazione finanziaria dei Comuni in base all' attuale art. 34 della legge sugli ospedali pubblici; resterà il tetto

massimo del 18% del gettito dell' imposta cantonale;

- il finanziamento del disavanzo di gestione dei servizi di assistenza e cura a domicilio sarà ripartito nella misura del 20% a carico del Cantone e dell' 80% a carico dei Comuni. La quota dei Comuni sarà ripartita tra gli stessi nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d' imposta cantonale. Per i Comuni situati in comprensori dove sono costituite delle associazioni che permettono di accedere al sussidio federale di cui all' art. 101 bis LAVS il contributo comunale verrà diminuito proporzionalmente;

- il finanziamento del disavanzo di gestione delle case-per anziani sussidiate sarà ripartito anch' esso nella misura del 20% a carico del Cantone e dell' 80% a carico dei Comuni; metà del contributo comunale è a sua volta ripartito tra i Comuni in base all' interessenza (giornate di presenza) e fino al limite del 6% del gettito d' imposta cantonale del singolo Comune; le quote eccedenti vengono sommate all' altra metà del contributo comunale complessivo e ripartite in base al gettito di imposta cantonale dell' anno precedente di ogni singolo Comune.

Senza considerare i sussidi federali di cui potranno beneficiare i Comuni che si costituiranno in forma associativa, e in base ai valori attesi stimati per i settori interessati, queste proposte porteranno a uno sgravio complessivo a favore dei Comuni dell' ordine di ca. 14 mio di franchi per il 1995, di ca. 8 mio per il 2000 e di ca. 18 mio per il 2010, rispetto alla proiezione per gli stessi anni del meccanismo di ripartizione attuale.

Inoltre, il nuovo meccanismo di perequazione permette una ripartizione pressoché uniforme dello sgravio su tutti i Comuni, sia su quelli finanziariamente deboli che su quelli più forti. Questa uniformità è data dalla sostituzione della partecipazione attuale al fabbisogno finanziario dell' EOC corrispondente a una percentuale uniforme del gettito dell' imposta cantonale di ogni Comune con una partecipazione comunale ai servizi di assistenza e cura a domicilio e alle case per anziani sussidiate concepita in modo analogo (ossia basata in gran parte sul gettito) per un importo globale inferiore a quello attuale e futuro per l' EOC.

3. NUOVA MODALITÀ' DI RIPARTIZIONE TRA IL CANTONE E I COMUNI DI ALCUNI ONERI SOCIO-SANITARI

3.1. Introduzione

a - I termini dell' iniziativa Donadini

Il 2 giugno 1993 il Consiglio di Stato licenziava un rapporto sull' iniziativa parlamentare del 18 dicembre 1988 dell' on. Carlo Donadini, per il gruppo PPD, concernente la revisione della legge sugli ospedali pubblici.

L' atto parlamentare in oggetto, che per praticità chiameremo qui di seguito "iniziativa Donadini", era stato presentato nella forma generica e chiedeva di rivedere Le norme che prevedono la partecipazione dei Comuni al finanziamento parziale" (del fabbisogno finanziario dell' EOC "ed alla gestione (indiretta) degli ospedali " .

Il testo dell' iniziativa rilevava inoltre che l' instaurazione di assemblee distrettuali (con competenze assai ridotte) motivata da considerazioni puramente finanziarie, non si giustifica nell' ambito di una corretta ripartizione dei compiti fra i Comuni e lo Stato,..." postulando quindi uno spostamento delle competenze verso il Cantone, fermo restando l' esigenza di regolamentare nella Legge le modalità di nomina dei Consigli ospedalieri.

Il mandato del Gran Consiglio

Il Gran Consiglio nella seduta del 20 marzo 1990 aderiva all' iniziativa con l' invito, sollecitato dalla Commissione della gestione, con rapporto del 22 febbraio 1990, a voler procedere oltre che alle modifiche prospettate dall' iniziativa, anche ad altre finalizzate allo spostamento di competenze ed oneri sui Comuni a titolo di compensazione.

Ad un Gruppo di lavoro all' uopo costituito fu quindi affidato il compito di effettuare uno studio per l' elaborazione di proposte di riordino di oneri e competenze tra il Cantone e i Comuni così come indicato dal Gran Consiglio.

Il rapporto dello speciale Gruppo di lavoro

Il rapporto dello speciale Gruppo di lavoro, presieduto dall' allora direttore della Divisione giustizia lic. Tour. G. Gianella, fu rassegnato nel gennaio del 1993.

Il rapporto premetteva tre constatazioni:

- avantutto che la situazione economica era peggiorata rispetto al momento in cui era stata presentata l' iniziativa Donadini;
- che la situazione organizzativa e funzionale dei Comuni ticinesi era molto eterogenea

sussistendo in Ticino oltre 60 Comuni non più funzionali, cosa che ostacolava l'attribuzione di maggiori competenze ai Comuni;

- che stante la connotazione dei Comuni ticinesi sarebbe stato quasi inevitabile giungere ad un relativo accentramento di compiti presso il Cantone, mentre i Comuni sono molto spesso chiamati unicamente a farsi carico del finanziamento. La partecipazione finanziaria dei Comuni, graduata secondo la forza finanziaria, rappresenta comunque uno strumento molto incisivo di compensazione intercomunale. Pertanto, l'attribuzione al Cantone dell'intero fabbisogno finanziario dell'Ente ospedaliero cantonale senza un'adeguata compensazione avrebbe rappresentato un indebolimento della compensazione finanziaria intercomunale.

Il Gruppo di lavoro esaminò in particolare un riordino di oneri e competenze per i compiti a carattere sociale (assistenza, asili nido, servizio profilattico, materno e pediatrico, aiuto domiciliare); per il settore degli anziani (case per anziani) e per le scuole elementari e dell'infanzia.

Per i compiti a carattere sociale il Gruppo di lavoro riteneva che l'assegnazione di ulteriori competenze ai Comuni (accanto ai relativi oneri) sarebbe stata per principio problematica, essendo il Comune parte direttamente interessata al finanziamento. Si ravvisava pure il rischio di una involuzione rispetto alle conquiste sociali raggiunte (assistenza).

Caricare interamente ai Comuni gli oneri di questi settori in cambio dell'assunzione cantonale integrale del fabbisogno finanziario dell'EOC avrebbe globalmente portato ad uno sgravio per i Comuni di oltre 7,5 milioni di fr. che però sarebbe andato quasi esclusivamente a beneficio dei Comuni finanziariamente forti, mentre che per diversi grossi Comuni di capacità finanziaria media si sarebbero avuti forti incidenze negative sul fabbisogno d'imposta.

Per il settore delle case per anziani il Gruppo di lavoro, nel caso di un passaggio integrale di competenze, ravvisava per gli istituti gestiti da fondazioni il venir meno della garanzia alla copertura dei costi di gestione. Per i Comuni non proprietari sarebbero aumentate le difficoltà di collocamento dell'anziano, e a livello cantonale sarebbe venuto a mancare uno strumento importante (quello del sussidio) per promuovere interventi coordinati.

Globalmente l'assunzione da parte dei Comuni dell'intero fabbisogno finanziario del sistema di case per anziani sussidiate a compensazione degli oneri ospedalieri si sarebbe tradotto in uno sgravio di 17 milioni di fr. dove però molti Comuni periferici, finanziariamente deboli e con molti anziani da collocare si sarebbero trovati in una situazione peggiore rispetto all'attuale. A beneficiare sarebbero stati i Comuni finanziariamente forti, con uno sgravio netto valutato a quasi 13 milioni di franchi. Inoltre per il Cantone una simile compensazione sarebbe stata insufficiente. Per contro, la compensazione degli oneri ospedalieri attraverso la soppressione dei sussidi per la scuola elementare e la scuola per l'infanzia avrebbe portato globalmente ad una sostanziale neutralità, sebbene fosse evidenziata l'incidenza della compensazione verticale, nel senso che a beneficiare ancora una volta ed in misura ancora superiore che in precedenza sarebbero stati i Comuni finanziariamente più forti per i quali risultava uno sgravio netto di oltre 13 milioni di fr., mentre gli altri Comuni avrebbero dovuto fare i conti con pesanti aggravii.

La soppressione dei sussidi cantonali, a mente del Gruppo di lavoro, avrebbe potuto reintrodurre differenze importanti tra Comune e Comune, mentre la situazione di allora, grazie anche ai sussidi cantonali, garantiva un livello minimo decoroso ad ogni Comune del Cantone.

Per quanto riguardava le conseguenze finanziarie, il rapporto sintetizzava il problema asserendo che "per i Comuni più deboli nessuna delle tre varianti, anche se in misura diversa, è sostenibile senza opportuni correttivi" (di compensazione intercomunale).

Il rapporto concludeva prospettando tre possibilità

a) compensazione unicamente finanziaria: il Cantone si assumeva gli oneri ospedalieri ora comunali compensando lo sgravio con l'attribuzione ai Comuni di quelli per gli istituti degli anziani o attraverso la soppressione di sussidi per la scuola elementare e dell'infanzia. Le competenze di Comuni e Cantone sarebbero rimaste quelle attuali;

b) mantenimento dello status quo;

c) compensazione finanziaria con trasferimento di competenze. Questa variante, la più aderente all'iniziativa Donadini, applicata al settore anziani presentava inconvenienti non indifferenti legati all'evoluzione finanziaria (prevedibile aumento) ed anche ai

rapporti tra i Comuni per gestire il settore. Inoltre la separazione delle competenze del settore aiuto domiciliare dal settore anziani avrebbe presentato grossi problemi. Per quanto riguarda la compensazione nell' ambito scolastico, in sostanza solo competenze limitate avrebbero potuto essere affidate ai Comuni.

Il Gruppo di lavoro esprimeva una sua preferenza tecnica per la terza variante constatando comunque in chiusura che "il discorso di una diversa attribuzione di competenza non può essere disgiunto da uno studio attento, e più generale di quanto non lo fosse l' incarico affidato a questa commissione, della situazione istituzionale e amministrativa del Comune ticinese. Si impone una completazione a livello non solo politico del Rapporto Riva. che definisce il ruolo del Comune, i presupposti per la sua esistenza nel contesto istituzionale del nostro Cantone, i compiti e le competenze che gli possono venir affidati. Questo studio non potrà neppure prescindere dal riesaminare i sistemi o i meccanismi di finanziamento o sussidiamento del Comune; considerando in questo contesto il progetto di legge sui sussidi ed il riesame del sistema della compensazione intercomunale".

Il rapporto del Consiglio di Stato del 2 giugno 1993 sull' iniziativa Donadini

Il rapporto del Consiglio di Stato del 2 giugno 1993, preso atto della problematicità di un trasferimento di importanti competenze ai Comuni e dei pregiudizi alle finanze dei Comuni più deboli che avrebbe causato la messa in atto di ognuna delle varianti di compensazione considerate, proponeva al Gran Consiglio di abbandonare l' indicazione data in relazione all' iniziativa Donadini rivelandosi, a quel momento, la decisione adottata difficilmente realizzabile.

Nel suo rapporto il Consiglio di Stato caldeggiava il mantenimento dello stato quo rimandando e condizionando tutto il tema della ripartizione di oneri e compiti fra Cantone e Comune solo dopo una ideale completazione del "Rapporto Riva".

b - Una proposta di attuazione dell' iniziativa Donadini

In data 12 gennaio 1994 il Consiglio di Stato comunicava al Presidente del Gran Consiglio di voler ritirare il rapporto del 2 giugno 1993.

Nuovi spazi operativi si erano aperti nell' ambito del potenziamento dei servizi di aiuto domiciliare (SPITEX) che permettevano di riesaminare il mandato assegnato dal Parlamento con la decisione del 22 marzo 1990 (accoglimento dell' iniziativa Donadini).

Infatti il progetto SPITEX, trattato nella prima parte di questo Messaggio, permetterà avantutto di migliorare l' assistenza all' anziano, potenziando il servizio di assistenza e cura a domicilio e coordinandolo meglio con i servizi offerti dagli istituti per anziani. La messa in atto di questo progetto da un lato consentirà di rinunciare alla costruzione di nuove case per anziani e quindi di prospettare un aumento dei costi più contenuto.

Inoltre, l' eventuale aumento degli istituti per anziani sussidiati permetterà di diffondere in modo più omogeneo sul territorio cantonale gli stessi standard qualitativi, pur assegnando un importante compito complementare di offerta di posti letto agli istituti non sussidiati.

La formula di finanziamento scelta per il comparto istituti per anziani e servizi di assistenza e cura a domicilio, e cioè l' 80% del fabbisogno finanziario a carico dei Comuni e il 20% a carico del Cantone, permette di reperire degli spaziconvenienti per riaprire il discorso proposto dall' iniziativa Donadini.

Infatti, globalmente l' evoluzione dei costi delle case per anziani e dei servizi di assistenza e cura a domicilio, per raffronto con l' evoluzione prevedibile per gli oneri ospedalieri, è tale da permettere una compensazione (parziale) il cui saldo anche nel medio-lungo termine sarà comunque favorevole ai Comuni.

Il metodo adottato per ripartire il fabbisogno finanziario delle case per anziani - che ha tenuto conto delle osservazioni contenute nel rapporto del Gruppo di lavoro circa la modalità di riparto dei nuovi oneri accollati ai Comuni - e cioè la metà dell' onere a carico dei Comuni finanziato con un prelievo sul gettito e l' altra metà secondo l' interessenza, fermo restando un tetto massimo del 6% per la parte da finanziare secondo l' interessenza, permette di scongiurare gli effetti penalizzanti sui Comuni di forza finanziaria media e debole.

Il Cantone inoltre rimane legittimato a portare avanti la necessaria politica di coordinamento e di pianificazione visto il suo contributo del 20% alla copertura del fabbisogno finanziario.

A proposito delle competenze da attribuire ai Comuni assieme agli oneri, si ritiene che per gli istituti per anziani gestiti da Comuni o da consorzi di Comuni, le

competenze fondamentali già erano dei Comuni, per cui si tratta piuttosto di adeguarvi il riparto degli oneri, riparto che risultava piuttosto sbilanciato in senso sfavorevole al Cantone.

Nel settore dei servizi domiciliari la ridefinizione dei comprensori d' intervento potrà migliorare il peso del singolo Comune laddove si sono costituiti comprensori più ridotti. I Comuni potranno inoltre definire per il proprio comprensorio eventuali progetti specifici o supplementari rispetto alla pianificazione cantonale. Il finanziamento di questi progetti avverrà in modo distinto, così da non addossarlo ai servizi di altri comprensori. Il Cantone potrà comunque partecipare al finanziamento di questi progetti specifici e supplementari, previa richiesta di autorizzazione. Quanto menzionato e il prevedere infine tre possibilità per la forma giuridica che potrà assumere il SADC (consorzio, associazione privata e convenzione con un Comune polo) è da valutare positivamente in un discorso di competenze e di autonomia comunale.

In modo più generale si ritiene che l' attribuzione ai Comuni di una forte analoga quota dell' onere a carico dell' ente pubblico per i settori delle case per anziani e dell' assistenza e cura a domicilio sia una chiara indicazione di una nuova ripartizione di compiti tra Cantone e Comuni. Spetterà dunque anche ai Comuni valutare nel tempo quale allocazione delle risorse tra questi due settori, complementari per quanto concerne la presa a carico della popolazione anziana, sia da perseguire.

c - Le implicazioni finanziarie

Vengono qui di seguito riassunte le principali indicazioni elaborate in questo Messaggio a proposito dell' evoluzione attesa sino al 2010 per i fabbisogni finanziari implicati nel nuovo meccanismo di ripartizione. Le previsioni per il 2000 e soprattutto quelle per il 2010 vengono date con dei margini di incertezza che verranno commentati più avanti.

Nei primi due specchietti viene riportata l' evoluzione attesa per i contributi del Cantone e dei Comuni nello stato quo (permanere degli attuali meccanismi) e con la nuova ripartizione proposta (avariante 80%) in questo stesso Messaggio. I valori qui riportati sono nominali, attualizzati cioè ai prezzi correnti tramite un' ipotesi relativa al futuro andamento del tasso di inflazione (ipotesi commentata più avanti). Le grandezze finanziarie citate precedentemente erano invece tratte direttamente dal Rapporto Spitex e consistevano in valori reali (a prezzi 1992).

"Statu quo": Evoluzione prevista nella ripartizione del finanziamento dell' Ente ospedaliero cantonale (EOC), case per anziani (CPA) e Servizi di assistenza e -a a domicilio (SADC) sino al 2010, secondo i meccanismi di finanziamento vigenti, Un mio. fr. a prezzi correnti .

(inserire tabella superiore pag. 71)

"Variante 80%": Evoluzione prevista nella Ripartizione del finanziamento dell' Ente ospedaliero cantonale (EOC), case per anziani (CPA) e Servizi di assistenza e cura a domicilio (SADC) sino al 2010, secondo l' entrata in vigore nel 1995 della nuova proposta di ripartizione, in mio. fr. a prezzi correnti.

(inserire tabella inferiore pag. 71)

L' accettazione del nuovo meccanismo di ripartizione degli oneri a carico dell' ente pubblico conduce al seguente sgravio nella partecipazione comunale. Le previsioni per il 2000 ed il 2010

vengono date con dei margini di incertezza che verranno commentati più avanti.

Sgravio concesso ai Comuni tramite la "Variante 30%" rispetto all' evoluzione nello "Statu quo" della ripartizione del finanziamento, in mio. fr. a prezzi correnti.

	Sgravio a favore dei Comuni
valore atteso nel 1995 (in mio. fr.1995)	13.8
valore atteso nel 2000 (in mio. fr. 2000)	7.8
limiti 10%-90%	5.6-10.1
valore atteso nel 2010 (in mio. fr. 2010)	17.8
limiti 10%-90%	12.8-22.8

d - Modifica parziale della regge sugli ospedali pubblici

Ritenuto che aumentando l'onere a carico dei Comuni per la gestione degli istituti per anziani e per il servizio di assistenza e cura a domicilio all'80% del fabbisogno finanziario risulta possibile dare seguito alla decisione del Gran Consiglio del 22 marzo 1990 di accogliere l'iniziativa Donadini del 18 dicembre 1988; premesso che le modifiche relative al finanziamento del fabbisogno finanziario delle case per anziani e per i servizi di assistenza e cura a domicilio sono contenute in questo Messaggio, si propone la seguente modifica della Legge sugli ospedali pubblici (L.Osp.):

Art. 34

Il finanziamento del fabbisogno finanziario dell'Ente è assicurato dallo Stato.

Il fabbisogno finanziario assunto dallo Stato non può superare il 18% del gettito dell'imposta cantonale nei modi e per l'anno fissati dal Consiglio di Stato.

Occorre qui rammentare che le strutture funzionali e decisionali dell'EOC, con gli organi previsti dalla L.Osp., sono strettamente dipendenti dal regime di finanziamento. Al momento dell'adozione della L.Osp., chiamando i Comuni ad assumere un terzo del fabbisogno finanziario dell'EOC, si ritenne di conseguentemente riconoscere loro uno spazio partecipativo e di controllo "affinché ogni Ospedale sia condotto nel modo più razionale possibile ed in consonanza alle realtà sanitarie locali" (cfr. rapporto della Commissione speciale del Gran Consiglio sul Messaggio concernente la Legge sugli ospedali pubblici del 30 novembre 1982). Ora, venendo meno la partecipazione finanziaria dei Comuni, occorre ricreare equilibrio e corrispondenza tra livelli decisionali e livelli di assunzione degli oneri finanziari. Rimangono per contro le realtà sanitarie locali che vanno comunque considerate nell'ambito di organi centrali deputati ad affrontare temi di questa natura ed a creare consenso attorno alla politica ospedaliera e non già a livello di organi locali ai quali sono demandati compiti di natura operativa.

L'inevitabile modifica delle strutture funzionali e decisionali dell'EOC, dipendenti dalla modifica del regime di finanziamento va affrontata in ossequio a questi principi nell'ambito di una revisione generale della L.Osp. intesa anche a dotare l'EOC di strutture di governo chiare e funzionali e a ridefinire le responsabilità di natura politica e di natura tecnica.

Questo Consiglio intende infine ancora ribadire che rimane comunque irrinunciabile una ridefinizione sia da un punto di vista politico che tecnico del ruolo del Comune, dei presupposti per la sua esistenza, dei compiti e quindi degli oneri che gli possono essere affidati.

3.2. Identificazione degli oneri socio-sanitari sui quali agire

Come visto, il Gruppo di lavoro istituito nel 1991 dal Consiglio di Stato per effettuare uno studio per l'elaborazione di proposte di riordino di oneri e competenze tra il Cantone e i Comuni presentò, nel gennaio del 1993, un rapporto che esaminava, tra le altre possibilità, un riordino di oneri e competenze per i compiti a carattere sociale (assistenza, asili nido, servizio profilattico, materno e pediatrico, aiuto domiciliare) e per il settore degli anziani (case per anziani).

Sulla base di questo rapporto il Consiglio di Stato giunse nel giugno 1993 alla conclusione che attraverso queste sole voci non era pensabile, a quel momento, mettere in atto l'iniziativa Donadini senza suscitare grosse ripercussioni sulla perequazione intercomunale implicitamente attuata per il tramite dei differenti meccanismi di ripartizione del finanziamento di questi oneri socio-sanitari.

a - Ente ospedaliero cantonale, case per anziani e servizio aiuto domiciliare

Il presente Messaggio propone una nuova ripartizione del finanziamento degli oneri a carico dell'ente pubblico (Cantone e Comuni) per la copertura del fabbisogno finanziario dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC), delle case per anziani (CPA) e del servizio di assistenza e cura a domicilio (SAD/SACD) (incluse le attività sinora di competenza del servizio profilattico, materno e pediatrico).

Le considerazioni che hanno portato ad identificare queste tre voci quali le più adatte sono state:

- di ordine finanziario: l'entità del fabbisogno finanziario dei tre settori in questione (nel 1992: EOC 122.3 mio., CPA 39.1 mio., SAD 12.6 mio. di fr.), unitamente al completamento in corso del programma di costruzione delle ultime case per anziani e al prospettato potenziamento dei servizi di assistenza e cura a domicilio, permette infatti di prefigurare l'attuazione dell'iniziativa Donadini facendo capo anche solo a queste tre voci;

- di ripartizione dei compiti tra Cantone e Comuni per quanto attiene al settore sanitario
- configurato su scala cantonale - e il settore dell' assistenza e cura a domicilio della popolazione in genere e degli anziani ospiti in cane per anziani: settore maggiormente decentralizzato e più vicino alle realtà comunali;
- e infine di esclusione: le altre voci di spesa in campo socio-sanitario considerate non si sono rivelate adatte, soprattutto a causa dei differenti meccanismi di finanziamento, ad un utilizzo nell' attuazione dell' iniziativa Donadini.

b - Nessun cambiamento nella partecipazione comunale all' assistenza, agli asili nido e agli istituti sociali e AI

Sono state escluse da questo cambiamento nella ripartizione tra Cantone e Comuni del finanziamento di oneri socio-sanitari le voci: assistenza, asili nido, istituti sociali e AI. Per tutte queste voci i motivi che hanno portato ad un' esclusione sono analoghi: l' attuale partecipazione comunale a questi oneri avviene in base all' interessenza, dipende cioè dal numero di cittadini di un dato Comune che vi fanno ricorso e dall' intensità delle prestazioni erogate. Un semplice aumento della quota di partecipazione comunale a questi oneri allo scopo di compensare almeno parzialmente lo sgravio attuato tramite l' assunzione dell' intero fabbisogno finanziario dell' Ente ospedaliero cantonale da parte del Cantone avrebbe portato a favorire solo quei Comuni che fanno capo in minor misura a questi servizi.

L' introduzione di meccanismi di finanziamento basati non più sull' interessenza ma sul gettito avrebbe snaturato l' attuale politica di cofinanziamento di questi compiti a carattere sociale che prevede una forte copertura cantonale ma anche una partecipazione diretta di quei Comuni che fruiscono di questi servizi.

L' importo globale pagato dai Comuni per queste voci non è inoltre tale da renderne necessario l' inserimento nel riordino del finanziamento. Si trattava infatti per il 1992 di 4.6 mio. per l' assistenza (0.58% del gettito di imposta cantonale 1991), 3.1 mio. per gli asili nido (0.39%), 2.0 mio. per gli istituti sociali e AI (0.25%).

c - Nessun cambiamento nella partecipazione comunale alle prestazioni complementari AVS/AI

E' stata parimenti analizzata l' opportunità di agire su di un' altra importante voce a carattere socio-sanitario al finanziamento della quale intervengono in larga misura tutti i Comuni: le prestazioni complementari AVS e AI. In questo caso l' onere complessivo a carico dei Comuni ammontava nel 1992 a 76.3 mio. fr. (9.68% del gettito di imposta cantonale 1991). L' entità di quest' onere avrebbe potuto giustificare l' intervento su questa voce per compensare almeno parzialmente lo sgravio dovuto all' assunzione da parte del Cantone dell' intero fabbisogno finanziario dell' Ecc.

Il meccanismo di finanziamento di tale onere, basato sulla capacità finanziaria, prevede però un tetto massimo del 10% del gettito di imposta cantonale dei singoli Comuni. Nel 1992 questo tetto massimo (riferito al gettito dell' anno precedente) risultava raggiunto per la quasi totalità dei Comuni, ad eccezione di una ventina di piccoli Comuni e della città di Lugano (8.41%). Una verifica ha confermato come il semplice innalzamento di questo tetto massimo porterebbe ad un aumento consistente della partecipazione comunale (dell' ordine di alcuni mio. per ogni aumento del tetto di un punto percentuale), ma questo maggiore onere ricadrebbe dapprima su tutti i Comuni attualmente al beneficio del limite del 10% (quindi su quasi tutti i Comuni con la notevole eccezione di Lugano), e in seguito su un numero sempre minore di Comuni, cioè con l' esclusione di quelli che man mano si troverebbero ad essere al di sotto del tetto massimo. Altre soluzioni concernenti l' onere complementare comunale, che comporterebbero forti cambiamenti nell' attuale meccanismo di partecipazione (capacità finanziaria e tetto massimo del 10 %) non lasciano prefigurare una reale opzione nell' ambito della compensazione di oneri qui ricercata.

3.3. Gli attuali meccanismi di ripartizione degli oneri sociosanitari tra Cantone e Comuni

I meccanismi che regolano attualmente la partecipazione comunale agli oneri socio-sanitari ritenuti per un' attuazione dell' iniziativa Donadini si basano su due distinti principi: il riferimento alla capacità impositiva (per l' EOC è il gettito di imposta cantonale, per il servizio aiuto domiciliare è la forza finanziaria) o un indicatore dell' interessenza (nelle case per anziani è il numero di giornate di degenza). L' unica eccezione, che presenta un meccanismo misto, è il Consorzio aiuto domiciliare di Bellinzona, il quale corregge lievemente gli importi ottenuti in base alla forza finanziaria con degli indicatori dell' interessenza.

Più precisamente i meccanismi vigenti sono i seguenti:

- Ente ospedaliero cantonale: i Comuni concorrono alla copertura del fabbisogno finanziario (che a sua volta non può superare il tetto massimo del 18% del gettito di imposta cantonale) nella misura di un terzo. L'importo globale viene poi suddiviso tra i Comuni in base al loro gettito di imposta cantonale dell'anno precedente; tutti i Comuni si trovano dunque a pagare una medesima percentuale sul gettito di imposta. Nel 1992 i Comuni contribuivano con 40.8 mio. fr. corrispondenti al 5.17% del gettito di imposta cantonale 1991: il Cantone si assumeva i rimanenti due terzi del fabbisogno, Ostia 81.5 mio. fr.;

- case per anziani sussidiate: dopo le recenti modifiche di legge (lanzi) i Comuni sono tenuti a coprire sino ad un massimo del 20% dei costi riconosciuti a livello cantonale (attualmente vige il limite massimo, corrispondente nel 1992 a ca. il 52% del fabbisogno finanziario). La ripartizione avviene in base alle giornate di presenza effettuate: per ogni giornata di presenza viene quindi fatturato lo stesso importo a Comuni con capacità impositive differenti: per i bienni 1991-1992 e 1993-1994 il Cantone ha limitato ad un massimo del 6% del gettito di imposta la partecipazione di ogni singolo Comune. Gli importi eccedenti questo limite vengono assunti direttamente dal Cantone.

Nel 1992 il 20% dei costi riconosciuti per ca. 671'400 giornate di presenza conteggiate ammontava a 20.4 mio. fr., corrispondenti a ca. 30 fr. per giornata di presenza. I Comuni pagavano un contributo di 19.1 mio. fr. in quanto 52 Comuni beneficiavano del limite del 6% (l'importo supplementare a carico del Cantone era pertanto di 1.3 mio. fr.). A carico del Cantone restavano 20.0 mio. fr. corrispondenti alla copertura del fabbisogno finanziario;

- servizio aiuto domiciliare: I Comuni pagano in base alla loro popolazione e alla loro forza f. finanziaria.

Nel 1992 risultava un disavanzo di 12.6 mio. fr., per il 55% ca. - pari a 7.0 mio. fr. - a carico dei Comuni e per il 45% - pari a 5.6 mio. fr. - a carico del Cantone: questa media cantonale derivava però da situazioni differenti nelle 5 regioni nelle quali è organizzato attualmente il servizio, come illustrato nella tabella seguente:

(inserire tabella 17 pag. 76)

- poliambulatori profilattici, materni e pediatrici: i Comuni contribuiscono a coprire i costi di questo servizio - gratuito per l'utenza anche in quanto denotato da una forte componente preventiva - in base alla loro popolazione e alla loro forza finanziaria. Nel 1992 il costo di tali servizi ammontava a 0.856 mio. fr., di cui 0.405 mio. (47% ca.) a carico del Cantone e 0.451 (53% ca.) mio. a carico dei Comuni.

3.4. L' attuale ripartizione tra Cantone e Comuni degli oneri socio- sanitari

Nel 1992 il fabbisogno finanziario a carico dell' ente pubblico per il settore ospedaliero (EOC), per il sistema sussidiato di case e appartamenti per anziani (CPA) e per il servizio aiuto domiciliare (SAD) ammontava a 174.0 mio. fr. ed era suddiviso tra Cantone e Comuni nel modo riportato nella tabella seguente.

(inserire tabella 18: pag. 77)

La partecipazione comunale globale agli oneri socio-sanitari espressa in mio., in punti percentuali del gettito di imposta cantonale e sotto forma di quote - nel 1992 era composta nel modo seguente.

(inserire tabella 19: pag. 77)

Si noti come l' onere complementare comunale - escluso dall' ipotesi di nuova ripartizione - da solo ammonti a quasi il 50% del contributo comunale totale per il settore sociosanitario, e come le voci scelte (EOC, CPA, SAD e servizio profilattico, materno e pediatrico) per l' attuazione dell' iniziativa Donadini assommino la quasi totalità dei rimanenti oneri a carattere socio-sanitario.

I valori illustrati nella tabella valgono unicamente quale media cantonale: infatti solo il finanziamento dell' EOC avviene attualmente tramite un contributo comunale commisurato al gettito e quindi uguale percentualmente per tutti i Comuni. La quota globale di partecipazione agli oneri socio-sanitari varia dunque da Comune a Comune e, in seguito all' evoluzione soprattutto degli anziani ricoverati in case sussidiate, può variare di anno in anno.

3.5. L' evoluzione attesa sino al 2000 degli oneri sociosanitari

Al fine di ipotizzare una nuova ripartizione degli oneri necessari ad assicurare la copertura del fabbisogno finanziario nel medio/lungo periodo si rende necessaria un' analisi dell' evoluzione attesa per i settori in esame. Si è deciso di operare con tre anni

di riferimento: 1995, 2000 e 2010.

Per quanto attiene al 1995 ci si è basati in parte su piani finanziari (Ente ospedaliero cantonale) e in parte sui preventivi 1994 (servizi assistenza e cura a domicilio e case per anziani), mentre per l'anno 2000 ci si trova confrontati con la necessità di procedere ad alcune ipotesi, illustrate qui di seguito. Per l'anno 2010 il numero di ipotesi che ci si trova costretti ad assumere aumenta notevolmente, ragione per la quale i valori riferiti a questo anno - e che servono essenzialmente solo per un controllo di massima delle tendenze prevedibili - vengono stimati in un capitolo a parte.

a - Ente ospedaliero cantonale

Secondo il piano finanziario dell'Ente ospedaliero cantonale si attende un fabbisogno finanziario di 143.0 mio. fr. nel 1995 e di 181.9 mio. fr. nel 2000. Questi valori sono in valuta corrente (1995 risp. 2000) e sono stati stimati ipotizzando un aumento annuo pari a ca. il 5% dei costi del personale (scomponibili in 2% di aumento reale e 3% di inflazione) e al 4% per gli altri costi (ammortamento degli investimenti compreso) e per le entrate.

A carico dei Comuni risultano dunque (valori a prezzi correnti) 40.8 mio. fr. nel 1992, una stima di 47.7 mio. nel 1995 e 60.6 nel 2000; a carico del Cantone 81.5 mio. fr. nel 1992, una stima di 95.4 mio. nel 1995 e 121.3 nel 2000.

b - Case per anziani

La stima dei costi di questo settore si rivela complessa in quanto dipende da più fenomeni. Tra il 1992 ed il 1995 vengono aperte delle nuove case per anziani sussidiate ed entrano al beneficio del sussidio delle case che sino al 1992 non lo erano. L'evoluzione degli oneri comunali sino al 2000 dipenderà non solo dall'evoluzione dei costi e delle entrate previste in questo specifico settore, ma anche da fattori in parte aleatori. Mentre avverrà infatti la completazione del programma di costruzione di case per anziani sussidiate, il numero di posti letto sinora non sussidiati che, seguendo l'evoluzione degli ultimi anni, passerà al beneficio del sussidio non può essere stimato se non in termini di probabilità.

Il rapporto Spitex del 13 dicembre 1993 indicava come i posti letto in case per anziani fossero (a fine 1992) 3'370, di cui 2'257 sussidiati e 1'113 non sussidiati.

Alcune case sussidiate da poco ultimate erano già contenute nei dati riportati nel Rapporto Spitex ma non nei costi relativi all'esercizio 1992: si tratta della casa Giardino (Chiasso) e della casa per anziani comunale di Bellinzona; nelle stime dei costi a partire dal 1995 si deve quindi tener conto anche di questi istituti.

Altre case per anziani sussidiate entrano invece in funzione solo tra il 1992 ed il 1995 e non erano quindi ancora considerate nei posti letto riportati nel rapporto Spitex per il 1992: si tratta (con indicazione dei posti letto) delle costruzioni consortili di Agno (72), Sementina (80), Valcolla (42), Paradiso (84) e Loreto (69), per un totale di 347 nuovi posti letto sussidiati. Tre case private hanno invece chiesto ed ottenuto di aderire al sistema cantonale di case sussidiate: l'istituto Cinque Fonti Di S. Nazzaro (120), le due case Riziero-Rezzonico a Lugano (50) e l'istituto Tusculum di Arogno (32).

Tra il 1995 ed il 2000 avverrà l'edificazione delle ultime quattro case consortili previste nel programma cantonale: Claro (50), Massagno (70), Torriani II (Mendrisio, 50) e Novazzano (54), per un totale di 224 nuovi posti letto sussidiati. Non invece possibile prevedere quante e quali case per anziani private chiederanno il sussidio cantonale. Sui 911 posti letto non sussidiati nel 1995 si può dare quale indicazione un minimo di 0 ed un massimo di 300, per i calcoli del costo del settore sussidiato ci si è rifatti ad un valore atteso di 150 posti letto che passerebbero dal settore non sussidiato -, settore sussidiato, lasciando oscillare questa variabile tra il limite minimo e quello massimo. Le tabelle seguenti illustrano l'evoluzione che sta avendo luogo nel settore dal 1992 al 1995 e quella probabile sino al 2000. La prima tabella riporta i posti letto in costruzione e quelli per i quali è stato chiesto - rispettivamente si ipotizza verrà chiesto - il sussidio; la seconda (che in parte deriva dalla prima) riporta i posti letto presenti (sussidiati e non). Per la stima del costo del settore sussidiato fa naturalmente stato solo il totale delle giornate di degenza effettuate in istituti sussidiati, e quindi solo il contingente di posti letto sussidiati.

Tabella 20: posti letto sussidiati: nuove costruzioni e richieste di sussidio

Posti letto	Sussidiati costruiti	Richieste di sussidio	Totale
1992-1995	347	202	549

1995-2000	224	0-300	224-524
-----------	-----	-------	---------

Tabella 21: Posti letto : evoluzione 1992-2000

Posti letto	Sussidiati	Non sussidiati	Totale
1992	2'257	1'113	3'370
1995	2'806	911	3'717
2000	3'030-3'330	911-611	3'941

Dai posti letto sussidiati si possono derivare le giornate di presenza (g.d.p.) effettive e quelle che entrano nel conteggio per la determinazione della partecipazione comunale. Queste ultime si compongono di giornate effettuate in case per anziani - fatturate a prezzo pieno - e di giornate in appartamenti, per due terzi fatturate a metà del Scosto medio. e per un terzo (Losone e Tesserete) fatturate ad una tariffa forfettaria non collegata ai costi cantonali. Ne derivano le g.d.p. effettive e computabili per il Scosto medio. riportate nella seguente tabella.

Tabella 22: Giornate di presenza in case e appartamenti per anziani: evoluzione 1992-2000, in migliaia

	In case per anziani	In appartamenti	Totale effettivo	Conteggiate per il calcolo del "costo medio"
1992	650.0	68.3	718.3	671.4
1995	860.8	74.4	935.2	885.3
2000	966-1'061	74.4	1'040-1'140	990-1'085

I costi, i ricavi ed il disavanzo del settore case per anziani sussidiate per il 1995 sono stati derivati sulla base del preventivo 1994 - corrispondente ad un costo di fr. 166.- ca. per giornata di presenza conteggiata -, dell' aumento reale previsto dei costi e di un adattamento al rincaro (queste due voci sommate sono state supposte comportare un aumento del 31, giungendo casi a fr. 170.- ca. per g.d.p.).

Per il 2000 la stima è più complessa in quanto una volta determinato il numero di posti letto sussidiati ed il totale di giornate di presenza conteggiate, per poter pervenire ad una stima del "costo medio", e del corrispondente disavanzo totale del settore, necessitano alcune considerazioni relative alla casistica ospitata, alla conseguente medicalizzazione degli istituti, all' evoluzione relativa di costi, ricavi e disavanzo, alle giornate di presenza e all' inserimento di istituti non sussidiati nel sistema sussidiato.

Le stime per il 2000 sono inoltre tutte da intendersi quale valore atteso se il numero di posti letto per il quale verrà chiesto il sussidio dovesse effettivamente essere di 150. Avendo supposto che esso possa variare da 0 a 300 - e di conseguenza il numero di letti sussidiati da 3'030 a 3'330 siamo confrontati con un' oscillazione delle stime di ca. il 5% in ambedue le direzioni.

Le ipotesi assunte sono le seguenti:

- casistica ospitata: si è aggravata rapidamente, sia l' età media che il grado di dipendenza degli ospiti sono andati aumentando in quasi tutti gli istituti, e ciò ha spesso reso necessaria una rapida medicalizzazione con conseguente aumento dei costi per giornata di presenza. Questa evoluzione comporta che il grado medio di dipendenza dovrebbe stabilizzarsi - ad un alto livello - attorno al 2000;
- costi: le ultime case per anziani costruite e previste sono tutte altamente medicalizzate; di conseguenza si suppone che l' aumento del Scosto medio. per g.d.p. prosegua per un certo periodo per poi stabilizzarsi entro il 2000;
- ricavi e disavanzo: il rapido aumento dei costi negli ultimi anni ha condotto - di fronte ad un' evoluzione più lenta dei ricavi - ad una crescita relativa del disavanzo; l' aumento dei costi per g.d.p. dovrebbe stabilizzarsi attorno al 2000, mentre l' evoluzione dei ricavi dovrebbe in futuro essere più favorevole a causa soprattutto della maggiore frequenza di ospiti con rendite provenienti dal cosiddetto Il pilastro; i ricavi - ancora sopra il 62% dei costi nel 1992 scenderanno al 55% ca. dei costi nel 1995 per poi raggiungere un minimo del 54% ca. nel 2000; di conseguenza il disavanzo salirà 38% dei costi nel 1992 sino a raggiungere il 45% ca. nel 1995 e un massimo del 461 nel 2000;
- giornate di presenza (g.d.p.): aumentano a causa dell' inserimento nel sistema sussidiato di nuove case per anziani o di istituti privati che chiedono il sussidiamento. Ca. 74'400 g.d.p. verranno effettuate in appartamenti, con costi minori di quelle in

istituti;

- inserimento di istituti sinora non sussidiati: per vari fattori (minore medicalizzazione, presenza di personale meno qualificato e di personale religioso) presentano solitamente costi minori che gli istituti sussidiati. Questo inserimento avverrà di pari passo con la costruzione di case sussidiate altamente medicalizzate; inoltre si è notato come la struttura dei costi degli istituti privati che sono già passati al beneficio del sussidio sia mutata rapidamente avvicinandosi a quella degli istituti sussidiati (assunzione di personale mediamente più qualificato, adattamento del livello di stipendio, aggravamento della casistica). Non si ritiene dunque che questo inserimento possa portare ad una diminuzione del costo medio per giornata di presenza;

- "costo medio" per g.d.p.: in base ai precedenti assunti si è adottato un "costo medio" per giornata di presenza pari a ca. 170.- fr. nel 1995 e a ca. 200.- fr. per il 2000, dato ottenuto applicando ai costi del 1995 un aumento reale annuo dell' 1.5% ed un tasso di inflazione del 2.0%. Si noti come l' aumento dell' indice dei prezzi è quello utilizzato anche per i costi dei servizi domiciliari e per il gettito di imposta.

L' evoluzione attesa per il settore delle case per anziani sino al 2000 così ottenuta viene riportata nella seguente tabella, completata dal contributo comunale commisurato all' interessenza (20% del "costo medio" cantonalizzato).

Tabella 23: Case e appartamenti per anziani: evoluzione 1992-2000

	costi (mio. fr.)	ricavi (mio. fr.)	Disavanzo (mio. fr.)	Letti suss.	g.d.p. (1'000) effettive	"costo medio"/ g.d.p	20% "costo medio"/g.d.p.
1992	103.9	64.8	39.1	2'257	718	150.55	30.11
1995	159.0	87.1	71.9	2'806	935	170.-	34.-
2000	214 205-224	116 111- 121	98 94-103	3'180 3'030- 3'330	1'090 1'040- 1'140	200.- 200.-	40.- 40.-

Note:

1) Il "costo medio" è una media ponderata: le giornate in appartamento vengono conteggiate in modo differente da quelle in casa per anziani; ad porta ad uno scostamento tra il "costo medio" addebitato per g.d.p. conteggiata - riportato nella tabella - e il costo medio aritmetico riferito alle g.d.p. effettive;

2) per il 2000 le stime dei costi, dei ricavi e del disavanzo del settore sussidiato variano di ca. 0 10% a causa dell' incenerita relativa alle richieste di sussidio da parte di istituti privati; i limiti riportati corrispondono ad minimo (3'030) e al massimo (3'330) dei posti letto sussidiati.

Permanendo il meccanismo di finanziamento attuale ai Comuni verrà teoricamente addebitato un onere - per giornata di presenza - corrispondente al 20% del costo medio. cantonalizzato. L' esistenza di un limite del 6% del gettito di imposta quale contributo del singolo Comune costringe però ad una stima dell' evoluzione delle giornate di presenza da addebitare ai Comuni e del- gettito di imposta cantonale degli stessi, elementi che concorrono nel determinare quanti e quali Comuni potrebbero beneficiare del citato limite.

Per quanto concerne le giornate di presenza si è partiti dalla situazione attuale e si è stimata l' occupazione dei nuovi posti letto (ipotizzata uguale alla media attuale).

Per ripartire queste "nuove giornate di presenza" sui Comuni si è tenuto conto dei Comuni consorziatisi per edificare queste case per anziani, identificando così un bacino d' utenza; le giornate dei singoli nuovi istituti sono poi state ripartite sul bacino d' utenza in base alla popolazione dei Comuni.

La stima dell' evoluzione del gettito di imposta è stata fatta a partire dall' ultimo gettito disponibile (1991, determinante per i contributi 1992) e riferita agli anni 1994 e 1999 (per i contributi 1995 e 2000); essa è avvenuta sulla base delle seguenti ipotesi:

- uguale aumento della popolazione in ogni Comune, + 0.46% annuo (tratto dalle previsioni demografiche URE, 1988);

- aumento del gettito reale pro capite di 0.5% all' anno nel periodo 1991-1994, 2.0% nel periodo 1994-1999;

- aumento dell' indice dei prezzi del 3.0% all' anno nel periodo 1991-1994, del 2.0% nel periodo 1994-1999.

Queste ipotesi conducono ad una stima di una crescita reale annua del gettito di imposta dello 0.96% nel periodo 1991-1994 e del 2.47% nel periodo 1994-1999, e ad

una crescita annua in termini nominali del 3.99% nel primo periodo e del 4.521 nel secondo periodo. I tassi di crescita sono stati applicati indistintamente a tutti i Comuni. Partendo dal gettito di imposta cantonale del 1991 - pari a 788.6 mio. fr. ca. - ne deriva una stima di 886.9 mio. fr. nel 1994 e di 1'106.2 mio. fr. nel 1999.

Queste stime sono da ritenersi prudenziali e il loro impiego resta confinato all'applicazione del limite del 6%: le inevitabili imprecisioni - sia a livello globale che nella distribuzione regionale dell'importo globale - non condizionano più di tanto i risultati globali delle simulazioni. Nel 1992 52 Comuni beneficiavano del limite del 6% con un importo supplementare a carico del Cantone di 1.3 mio. fr.; si stima che questi valori aumenteranno nel 1995 a ca. 65 Comuni e ca. 2.7 mio fr., rispettivamente a ca. 80 Comuni e ca. 5.5 mio. fr. nel 2000.

Tenuto conto del limite del 6% si ottiene l'evoluzione prevista del contributo comunale per le case per anziani sussidiate secondo il meccanismo vigente (valori a prezzi correnti): 19.1 mio. fr. nel 1992, con una stima di 27.9 mio. nel 1995 e con una stima media di 35.5 mio. nel 2000. A carico del Cantone restano 20.0 mio. fr. nel 1992, ne vengono previsti ca. 44.0 mio. nel 1995 e in media 62.5 nel 2000.

Per il 2000 anche queste stime sono da intendersi quale valore atteso se il numero di posti letto per il quale verrà chiesto il sussidio dovesse effettivamente essere di 150. Avendo supposto che esso possa variare da 0 a 300 - e di conseguenza il numero di letti sussidiati da 3'030 a 3'330 - siamo confrontati con un'oscillazione di ca. il 5% al di sopra e al di sotto del valore atteso.

c - Servizio di assistenza e cura a domicilio

Si è convenuto di adottare lo Scenario 2 del rapporto Spitex del 13 dicembre 1993 - redatto dal Gruppo di lavoro interdipartimentale "assistenza e cura a domicilio. - quale base di calcolo per il costo dei nuovi servizi. Alcune verifiche hanno permesso infatti di confermare come tale scenario di potenziamento non sia da considerare né irrealistico né eccessivo.

Dapprima una semplice estrapolazione della crescita del personale che ha avuto luogo nel periodo 1990-1993 mostra come l'eventuale prosecuzione sino al 2000 della tendenza di crescita riscontrata negli ultimi quattro anni conduca già a degli effettivi di personale che si situano tra gli scenari di potenziamento 1 e 2. I due scenari di potenziamento citati nel rapporto Spitex non fanno dunque altro che prendere atto di questa tendenza e darle un quadro organico.

Inoltre, il confronto degli effettivi proposti per il personale di cura attuale (infermieri, aiuto familiari formati e ausiliari) con il numero di utenti porta a constatare come il tempo di cura messo a disposizione del singolo caso non arrivi a raddoppiare. Questo avviene partendo da una situazione di organico ritenuta insufficiente e per di più in presenza di una casistica che si aggraverà sempre di più, soprattutto per il pronunciato invecchiamento secondario e per l'insorgere di nuove patologie invalidanti anche in altre fasce di età - quali i casi terminali oncologici e dovuti all'AIDS - dalle quali deriva una presa a carico particolarmente intensiva.

Già il Rapporto Spitex del 13 dicembre 1993 aveva permesso di verificare come lo scenario 2 di potenziamento ci porterà a raggiungere nel 2000 ciò di cui altri Cantoni hanno fruito già nel periodo 1990-1992. Le seguenti tabelle - estratte dal rapporto Spitex, p. 27 e 34 - illustrano questo confronto.

(inserire tabelle 24-25-26 pag. 84)

La stima dei costi del settore per il 1995 è stata ottenuta partendo dal preventivo 1994 dell'attuale servizio aiuto domiciliare (costi per 19.7 mio. fr.) e applicandovi un tasso di crescita del 2.0%. Si giunge così a costi per 20.1 mio. a prezzi 1995 e ad un corrispondente disavanzo di ca. 16.1 mio. (80% dei costi), coperto dal Cantone per ca. 7.1 mio. e per ca. 8.9 mio. dai Comuni.

Per il 2000 si è invece supposto il potenziamento e la trasformazione dei servizi di aiuto domiciliare (SAD) nei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) descritti nello Scenario 2 del rapporto Spitex del 13 dicembre 1993. Quanto ai costi, tale scenario dava per il 2000 quale indicazione di massima un importo di 38.4 mio. fr. a prezzi 1992; non aumentando la quota coperta dai ricavi (variante A dello Scenario 2) ne risulta un disavanzo pari a ca. 30.8 mio. a prezzi 1992 (80% dei costi).

Questi valori a prezzi 1992 devono venir attualizzati a prezzi 2000 al fine di confrontarne l'evoluzione con quella degli altri settori (EOC e CPA). A questo scopo si è fatto ricorso alle seguenti ipotesi:

- inflazione media annua pari al 3.0% nel periodo 1992-1995 e al 2.0% dal 1995 al

2000;

- aumento medio annuo reale dei costi (scatti di anzianità) pari all' 1.0% durante tutto il periodo 1992-2000;

- il potenziamento qualitativo (inserimento di figure professionali maggiormente formate) e quantitativo (numero di casi da seguire e leggero aumento dell' intensità della presa a carico) del personale, casi come l' apparato tecnico (capi-équipes) e amministrativo (direttori e segretariato) previsti nel rapporto Spitex sono già contenuti nella valutazione globale dei costi;

- dato che le indicazioni del rapporto Spitex non possono venir utilizzate se non come delle prime indicazioni relative ai costi di una realizzazione del potenziamento proposto, si è adottata la stima del rapporto Spitex quale valore medio, lasciandolo poi variare del 20% verso l' alto e verso il basso..

Si ottengono così per l' anno 2000 i seguenti valori: un costo atteso di ca. 51.2 mio. fr. a prezzi 2000 (oscillante tra 41.0 e 61.4 mio.) ed un disavanzo atteso di ca. 40.2 mio. fr. a prezzi 2000 (oscillante tra 32.2 e 48.2 mio.).

Ipotizzando che resti inalterata la proporzione attuale di copertura del disavanzo (ca. 5% il Cantone, ca. 55% i Comuni) si ottengono i seguenti oneri (a prezzi 2000): ca.18.1 mio. fr. a carico del Cantone (oscillante tra 14.5 e 21.7 mio.) e ca. 22.1 mio. fr. a carico dei Comuni (oscillanti tra 17.7 e 26.5 mio.). Si noti che, siccome il meccanismo vigente utilizza la forza finanziaria media dei singoli comprensori, si ottiene una ripartizione Cantone/Comuni diversa a seconda della suddivisione regionale attuata nell' istituzione del servizio.

d - Poliambulatori profilattici, materni e pediatrici

Nel 1992 il costo di tali servizi - forniti gratuitamente alla popolazione - ammontava a 0.856 mio. fr., di cui 0.405 mio. a carico del Cantone e 0.451 mio. a carico dei Comuni. Adottando le ipotesi di aumento di un' immutata ripartizione dell' onere complessivo, di un aumento dei costi dell' 1.0% reale annuo e del 3.0% di tasso di inflazione annuo medio otteniamo per il 1995 un costo di ca. 0.963 mio., di cui ca. 0.456 mio. a carico del Cantone e ca. 0.507 mio. a carico dei Comuni.

Nel rapporto Spitex si prevedeva - dato il postulato dell' iniziativa popolare omonima, che chiedeva esplicitamente un allargamento dei settori d' intervento del servizio sul territorio che rispondesse ai bisogni di tutte le fasce d' età della popolazione. - che questo servizio per la prima infanzia confluisse nei nuovi SACD durante la loro ristrutturazione. La stima dei costi specifici e quindi già contemplata nella stima del costo dei SACD.

3.6. Riepilogo dei contributi comunali e cantonali previsti sino al 2000 per il settore ospedaliero (EOC), case per anziani (CPA), assistenza e cura a domicilio (SAD/SACD) mantenendo inalterati i meccanismi di finanziamento vigenti

Sulla base delle precedenti considerazioni si può ora illustrare il quadro completo dell' evoluzione attera sino al 2000 degli oneri socio-sanitari a carico dell' ente pubblico e della ripartizione fra Cantone e Comuni che si avrebbe mantenendo i meccanismi di finanziamento attualmente vigenti.

Si noti come i valori riportati siano espressi a prezzi correnti (1992, 1995 e 2000). I valori CPA per il 2000 oscillano attorno ad un valore atteso a causa dell' incertezza relativa alle richieste di riconoscimento ai fini del sussidio da parte di istituti privati. I valori SACD per il 2000 variano invece del 20% attorno alle prime indicazioni del rapporto Spitex a causa dell' incertezza relativa alla loro connotazione di scenario. Si noti come a partire dal 2000 i costi del servizio profilattico, materno pediatrico siano qui contenuti nei costi dei SACD.

(inserire tabella 27: pag. 86)

Note:

1) Per le Riace per anziani la stima del disavanzo del settore sussidato nel 2000 varia da causadell' incertezza relativa ape richieste di sussidio da parte di istituti privati: i limiti riposti escludono il 10% delle simulazioni con i valori più bassi ed il 10% con i valori più alti;

2) per i servizi di assistenza e cura a domicilio l' escursione della stima del disavanzo del settore nel 2000 è, ex ipotesi, di +/-20%.

3.7. L' evoluzione attesa tra il 2000 e il 2010 degli oneri EOC, CPA e SACD a carico dell' ente pubblico

Se le previsioni relative all' evoluzione dal 1995 al 2000 risultano già più incerte di quelle riferite al solo 1995, l' evoluzione attesa dopo il 2000 è ancora più aleatoria.

Essa viene qui definita, sulla base di diverse ipotesi, per i tre settori in esame e per i due anni di riferimento 2000-2010, attraverso delle stime sotto forma di distribuzione in termini statistici dei valori finanziari in gioco.

Il tasso annuo medio di inflazione nel periodo 2000-2010 è stato assunto essere pari al 2.0%; questo valore è stato utilizzato per tutti e tre i settori. Le ipotesi stocastiche utilizzate vengono commentate separatamente per settore; alcune di loro sono comunque correlate.

a - Ente ospedaliero cantonale (EOC): tasso reale medio di crescita annuo 2000-2010 del fabbisogno finanziario tra 2.0% e 3.0% (centrato attorno al 2.5%); tasso di crescita inversamente correlato con l' analogo valore CPA (-0.80)

- il tasso medio di crescita reale annua del fabbisogno finanziario dell' EOC. derivabile dal consuntivo 1992 e dalla previsione 1995 del piano finanziario è del 2.3% ca.; la crescita reale 1995-2000 dovrebbe - secondo il piano finanziario - proseguire con un tasso medio di crescita reale di ca. il 2.9% all' anno;

- per gli anni 2000-2010, partendo dal valore previsto per il 2000 nel piano finanziario, si cerca di prevedere il tasso di crescita corrispondente. È pensabile che - come avvenuto degli ultimi anni - la durata media della degenza continui a diminuire, ma probabilmente ci si sta avvicinando ad un minimo non superabile. I giorni di degenza rimanenti sono comunque i più costosi, ne consegue che i costi complessivi non potranno essere compressi ulteriormente. Se non interverranno cambiamenti drastici al momento non prevedibili nell' evoluzione dei ricavi, il tasso reale medio di crescita annuo per il fabbisogno finanziario di questo settore ormai consolidato può venir stimato ad un livello costante di ca. il 2.51. L' aumento sarà dovuto non solo agli scatti di anzianità del personale ma anche al costante allargamento dello spettro degli interventi effettuabili, con un conseguente aumento reale dei costi medi di intervento e cura. L' aumento reale medio annuo del fabbisogno finanziario è stato ipotizzato oscillare attorno al 2.5% con dei limiti tra il 2.0% ed il 3.0%;

- un fattore determinante per l' aumento dei costi - e di conseguenza del disavanzo - del sistema sussidiato delle case per anziani sarà l' atteggiamento dell' Ente ospedaliero cantonale nei confronti delle lungodegenze di anziani. L' attuale pianificazione prevede di non creare nuovi reparti di lungodegenza, ma neppure di diminuire l' attuale numero di lungodegenti anziani. Il rapporto Spitex del 13 dicembre 1993 riportava una stima massima di 558 posti letto nel 1992 per lungodegenze di anziani nel settore ospedaliero (283 in quello pubblico e 275 in quello privato). Il rapporto ipotizzava che tale valore restasse immutato sia nel 2000 che nel 2010. Se invece la politica dell' Ente ospedaliero cantonale dovesse essere molto più restrittiva ciò porterebbe sì ad una diminuzione del tasso di crescita del fabbisogno finanziario dell' EOC. ma ad un aumento del corrispondente tasso per il settore delle CPA. Si è incorporata tale riflessione nell' analisi ipotizzando una correlazione negativa (coefficiente di correlazione: -0.8) tra i due tassi. In altre parole: quando, nelle simulazioni effettuate, il tasso di aumento del fabbisogno finanziario del settore ospedaliero pubblico e al di sotto del suo valore medio, il corrispondente valore per il settore delle case per anziani sussidiate e tendenzialmente sopra il suo valore medio e viceversa.

b - Case per anziani (CPA) : posti letto immutati; tasso reale di crescita annuo 2000-2010 del fabbisogno finanziario tra 1.0% e 2.0% (centrato attorno all' 1.5%); tasso di crescita inversamente correlato con l' analogo valore EOC (-0.80)

- i posti letto sussidiati sono stati ipotizzati restare al livello raggiunto nel 2000 (da un minimo di 3'030 a un massimo di 3'330);

- il grado medio di dipendenza degli ospiti dovrebbe stabilizzarsi - ad un alto livello - attorno al 2000; la medicalizzazione media degli istituti dovrebbe raggiungere grazie al completamento del programma di costruzioni - il suo massimo entro il 2000, così che pure l' aumento del "costo medio" per giornata di presenza (g.d.p.) dovrebbe stabilizzarsi attorno al 2000. Il ricavo medio per g.d.p. dovrebbe crescere - grazie al cosiddetto Il pilastro permettendo casi di ipotizzare un contenuto aumento reale del disavanzo del settore dopo il 2000, aumento dovuto essenzialmente agli scatti di anzianità del personale. Tale aumento medio annuo è stato ipotizzato oscillare attorno all' 1.5%; quali limiti dell' oscillazione sono stati ritenuti l' 1.01 ed il 2.0%;

- inoltre vale necessariamente l' ipotesi già assunta di una correlazione negativa (coefficiente di correlazione: -0.8) tra il tasso di crescita del fabbisogno finanziario dell' EOC e quello del sistema sussidiato di case per anziani.

c - Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD): potenziamento come da Scenario 2 del rapporto Spitex; ulteriore aumento reale annuo dei costi dell' 1.0%; costi e disavanzo 2010 oscillanti del 20% e correlati con l' analogo valore nel 2000

- anche per il 2010 si utilizza lo Scenario 2 del rapporto Spitex del 13 dicembre 1993. Quanto ai costi, tale scenario dava per il 2010 quale indicazione di massima un importo di 46.8 mio. fr. a prezzi 1992; non aumentando la quota coperta dai ricavi (variante A dello Scenario 2) ne risulta un disavanzo pari a ca. 37.3 mio. a prezzi 1992 (80% dei costi). Tali valori a prezzi 1992 devono però venir attualizzati a prezzi 2000. A questo scopo si è fatto ricorso - oltre che a quelle già effettuate per attualizzare i costi sino al 2000 - alla seguente ipotesi: aumento reale dei costi (scatti di anzianità) pari all' 1.0% annuo durante il periodo 2000-2010. Il potenziamento qualitativo e Quantitativo del personale, casi come l' apparato tecnico (capi-équipes) e amministrativo (direttori e segretariato) previsti nel rapporto Spitex sono già contenuti in questa valutazione globale dei costi;

- dato che le indicazioni del rapporto Spitex devono essere considerate delle prime indicazioni relative ai costi del potenziamento proposto, si è convenuto di adottare la stima del rapporto Spitex quale valore medio, lasciandolo poi variare anche nel 2010 del 20% verso l' alto e verso il basso;

- si ottengono così per l' anno 2010 i seguenti valori: un costo atteso di ca. 82 mio. fr. a prezzi 2010 (oscillante tra 66 e 99 mio.) ed un disavanzo atteso di ca. 66 mio. fr. a prezzi 2010 (oscillante tra 53 e 79 mio.). Ipotizzando che resti inalterata la proporzione attuale di copertura del disavanzo (ca. 45% il Cantone, ca. 55% i Comuni) si ottengono i seguenti oneri (a prezzi 2010): ca. 30 mio. fr. a carico del Cantone (oscillante tra 24 e 36 mio.) e ca. 36 mio. fr. a carico dei Comuni (oscillanti tra 29 e 43 mio.);

- i valori per il 2010 sono stati ipotizzati essere correlati (coefficiente di correlazione: +0.8) con i corrispondenti valori per il 2000; in altre parole: quando, nelle simulazioni effettuate, il disavanzo SACD nel 2000 è al di sopra del suo valore medio, il corrispondente valore per il 2010 è tendenzialmente pure sopra il suo valore medio e viceversa;

- si noti che - come per il 2000 - nei costi del SACD sono contenuti anche i costi dell' attuale Servizio profilattico, materno e pediatrico.

3.8. Riepilogo dei contributi comunali e Cantionali previsti sino al 2010 per il settore ospedaliero (EOC), canoe per anziani sussidiate (CPA), assistenza e Anca a domicilio (SAD/SACD) m' astenendo inalterati i meccanismi di finanziamento vigenti

Le simulazioni appena descritte, e in parte correlate tra loro, portano alla descrizione statistica riportata nella tabella seguente dell' evoluzione prevedibile sino al 2010 per i contributi a carico dell' ente pubblico necessari per coprire il fabbisogno finanziario dei settori ritenuti idonei ad un' attuazione dell' iniziativa Donadini.

(inserire tabella 28: pag. 90)

Note:

1) I limiti riportati escludono il lodi delle simulazioni con i valori più bassi ed il 10% con i valori più alti. Unica coazione: per i SACD l' escursione 2000 e 2010 è ex ipotesi di +/- 20%.

2) Il fabbisogno EOC del 2000 non è sottoposto ad oscillazioni in quanto estratto direttamente dal piano finanziario.

3) Nel 2000 e in modo particolare nel 2010 i totali oscillano meno delle singole componenti; ciò avviene per due motivi: le variazioni SACD sono indipendenti da quelle negli altri settori e i tassi di crescita 2000-2010 del fabbisogno dei settori EOC e CPA sono inversamente correlati tra di loro.

4) Le distribuzioni statistiche risultano dalle ipotesi stocastiche assunte sono state derivate effettuando 104000 simulazioni del funzionamento dell' intero sistema (i 3 settori in esame e i 2 anni di riferimento 2000 e 2010) condotte utilizzando la tecnica cosiddetta di " Monte Carlo".

Nella tabella seguente viene illustrato il quadro completo dell' evoluzione attesa 1995-2000-2010 degli oneri sociosanitari a carico dell' ente pubblico e della ripartizione fra Cantone e Comuni che si avrebbe mantenendo i meccanismi di finanziamento

attualmente vigenti.

(inserire tabella 29: pag. 91)

Nota:

1) Per le CPA si è adottata per il 2010 la ripartizione fu amento risultante nel 2000 (ca 64% a carico del Cantone e ca. 36% a carico dei Comuni), rinunciando ad una ulteriore stima dell'effetto del limite del 6% del gettito di imposta cantonale dei singoli Comuni a quella data.

3.9. L' assunzione completa del fabbisogno EOC da parte del Cantone e la "Variante 80%" di ripartizione degli oneri CPA e SADC a carico dei Comuni

Vengono qui esaminati in dettaglio il nuovo meccanismo proposto, il valore atteso e - per il 2000 ed il 2010 - la distribuzione di probabilità dello sgravio globalmente concesso ai Comuni. Infine vengono date delle indicazioni sull' effetto della nuova ripartizione sulle finanze dei singoli Comuni.

a - Il meccanismo proposto

Il problema principale nel postulare una nuova ripartizione degli oneri EOC, CPA e SADC tra Cantone e Comuni che comporti l' assunzione da parte del Cantone dell' intero fabbisogno finanziario dell' Ente ospedaliero cantonale accompagnata da una compensazione (parziale) con altri oneri attualmente a carico del Cantone, consiste nel valutare le ripercussioni che si possono avere sulla perequazione intercomunale implicitamente attuata tramite i diversi meccanismi di ripartizione del finanziamento. L' EOC viene attualmente finanziato dai Comuni in base al loro gettito di imposta. Togliendo ai Comuni un onere di questo tipo, la compensazione, completa o parziale, deve avvenire con un onere anch' esso commisurato al gettito di imposta, al fine di evitare un impatto eccessivo sulla partecipazione comunale agli oneri compensatori nei confronti della situazione attuale.

I termini del problema possono venir riassunti come segue:

- l' iniziativa Donadini propone di togliere ai Comuni l' onere EOC, onere che nel 1992 ammontava al 5.17% del gettito di imposta 1991 e che è limitato per legge ad un massimo del 6% (corrispondente ad un terzo del 18% del gettito di imposta cantonale definito per legge quale fabbisogno finanziario massimale per l' EOC);
- nel contempo occorre che la compensazione con altri oneri conceda ai Comuni uno sgravio complessivo, senza però mutare gli equilibri in vigore tra Comuni finanziariamente forti e Comuni finanziariamente deboli;
- per questa operazione si sono identificati i settori delle case per anziani (CPA) e dell' assistenza e cura a domicilio (SADC, compresi i servizi profilattici, materni e pediatrici) quali oneri socio-sanitari idonei per l' attuazione dell' iniziativa Donadini.

Ne consegue la necessità di trasferire dal Cantone ai Comuni degli oneri:

- relativi alle CPA e ai SADC;
- complessivamente minori del 5.17% attualmente versato dai Comuni per l' EOC;
- la cui evoluzione futura prevedibile resti al di sotto del 6% del gettito di imposta;
- che, per principio, vengano ripartiti fra i Comuni in base al gettito di imposta.

Il nuovo meccanismo dovrà inoltre permettere di consolidare il limite - istituito temporaneamente per i bienni 1991-1992 e 1993-1994 - del 6% del gettito di imposta di ogni Comune per il contributo comunale da pagare in base all' interessenza (giornate di presenza di domiciliati) per le case per anziani sussidiate.

Data l' evoluzione prevista sino al 2000 nei tre settori in esame, per quanto concerne l' onere complessivo si propone la seguente nuova ripartizione del finanziamento a carico dell' ente pubblico:

- il Cantone si assume tutto il fabbisogno EOC e un quinto dei disavanzi complessivi del settore case per anziani e servizi di assistenza e cura a domicilio (compresi i servizi profilattici, materni e pediatrici);
- i Comuni finanziano con un importo pari ai quattro quinti dei disavanzi a carico dell' ente pubblico per il settore case per anziani sussidiate e per i servizi di assistenza e cura a domicilio (compresi i servizi profilattici, materni e pediatrici);
- la medesima ripartizione ha luogo per il finanziamento dei servizi di appoggio riconosciuti nella pianificazione (Centri diurni, Centri Alzheimer, Telesoccorso, Servizio pasti a domicilio, Servizio pedicure, ecc.): un quinto a carico del Cantone e quattro quinti a carico dei Comuni.

Per quanto concerne la ripartizione fra i Comuni della partecipazione comunale complessiva si propone il seguente meccanismo:

- metà del contributo comunale complessivo per le case per anziani (corrispondente al

40% del disavanzo del settore) viene ripartito in base all' interessenza (giornate di presenza di ospiti domiciliati nel Comune); gretto contributo viene limitato al 6% del gettito di imposta cantonale (dell' anno precedente 1' esercizio) del singolo Comune, le quote eccedenti tali limiti vengono sommate all' altra meta del contributo comunale complessivo per le case per anziani;

- la seconda metà del contributo comunale complessivo per le case per anziani (corrispondente al 40% del disavanzo del settore), sommata alle eccedenze rispetto al limite del 6% sul contributo ripartito in base all' interessenza, viene poi ripartita fra i Comuni in base al loro gettito di imposta cantonale dell' anno precedente l' esercizio;
- la partecipazione comunale alla copertura del disavanzo SADC viene ripartita in base al gettito di imposta cantonale dell' anno precedente l' esercizio;
- la partecipazione comunale alla copertura del disavanzo dei servizi di appoggio viene ripartita in base al gettito di imposta cantonale dell' anno precedente l' esercizio.

b - Lo sgravio globale concesso ai Comuni L' applicazione di questo meccanismo conduce ad una nuova ripartizione - illustrata nella tabella seguente - del fabbisogno finanziario dei settori EOC, CPA, SADC (compreso l' attuale servizio profilattico, materno e pediatrico) fra il Cantone ed i Comuni

(inserire tabella 30: pag. 93)

Note:

1) I limiti riposti escludono 0 10% delle simulazioni con i valori più bassi ed il 10% con i valori più alti. Unica eccezione: per i SADC l' escursione 2000 e 2010 l. ex ipotesi di +/- 20%.

2) Nel 2000 e in modo particolare nel 2010 i totali oscillano meno delle singole componenti; ciò avviene per due motivi: le variazioni SADC sono indipendenti da quelle negli altri settori e i tassi di crescita 2000-2010 del fabbisogno dei settori EOC e CPA sono inversamente correlati tra di loro.

3) Le distribuzioni statistiche risultanti dalle ipotesi stocastiche assunte sono state derivate effettuando 10'000 simulazioni del funzionamento dell'intero sistema (i 3 settori in esame e i 2 anni di riferimento 2000 e 2010) condotte utilizzando la tecnica cosiddetta di "Monte Carlo".

Un confronto tra questa tabella e quella relativa all' evoluzione in assenza di cambiamenti nei meccanismi di ripartizione del f. finanziamento a carico dell' ente pubblico (v. tabella precedente) permette di stimare lo sgravio previsto per il 1995 e gli sgravi mediamente attesi per la partecipazione comunale nel prossimo futuro. La simulazione stocastica basata sulle ipotesi citate in precedenza permette inoltre di dare delle indicazioni relative ai limiti minimi e massimi attesi in futuro per questi sgravi.

(inserire tabella 31: pag. 94)

I valori medi ed i limiti riportati tengono implicitamente conto anche di una nuova ripartizione - quattro quinti a carico dei Comuni ed un quinto a carico del Cantone - degli oneri del servizio profilattico, materno e pediatrico (attualmente solo per il 53\ca. a carico dei Comuni). Questo avviene in quanto i costi del servizio profilattico, materno e pediatrico sono già contenuti negli scenari Spitex. Ciò presuppone che per questo servizio avvenga l' incorporazione nei SADC e quindi implicitamente l' introduzione della nuova chiave di ripartizione.

Il valore atteso per lo sgravio 1995 non è accompagnato da indicazioni relative a sue possibili oscillazioni in quanto esso - nei limiti di precisione delle grandezze che lo determinano (preventivi 1994 attualizzati per CPA e SAD e piani finanziari EOC) - è da considerarsi sicuro. Gli sgravi 2000 e 2010 sono incerti nella loro ampiezza, incertezza dovuta non solo ai margini previsionali ma essenzialmente a scelte future sia nel settore ospedaliero come in quello delle case per anziani attualmente non sussidiate. Il meccanismo di ripartizione proposto, che prevede un finanziamento comunale al settore delle case per anziani sussidiate basata sul disavanzo e non più sui soli costi, consentirà inoltre ai Comuni di partecipare all' evoluzione dei ricavi che si ritiene diverrà - grazie al cosiddetto Il pilastro - maggiormente favorevole attorno al 2000. La quota del disavanzo sui costi totali, destinata ad aumentare ancora per qualche anno, tenderà infatti a ridursi gradualmente a partire da quella data.

c - L' effetto sulle finanze dei singoli Comuni

La tabella precedente mostra qual è l' entità globale dello sgravio concesso dal

Cantone ai Comuni; essa non dice però nulla sull'effetto che la nuova ripartizione potrà avere sulle finanze dei singoli Comuni.

È stata condotta a questo scopo una verifica dell'impatto puntuale sulle finanze comunali nel 1995 e nel 2000. Lo sgravio risulta - soprattutto per il 1995 - essere pressoché uniforme in termini di percentuale sul gettito di imposta per tutti i Comuni del Cantone, globalmente esso ammonta all'1.5% ca. del gettito di imposta stimato per il 1994. Questa uniformità viene leggermente allentata nel 2000 e può essere attribuita al fatto di aver ripartito in modo forse troppo circoscritto le giornate di presenza che verranno effettuate nelle nuove case per anziani in costruzione.

Questa uniformità nella ripartizione dello sgravio globale non è da considerarsi casuale ma è dovuta alla sostituzione della partecipazione comunale all'EOC commisurata al gettito di imposta cantonale con una partecipazione comunale ai SACD e al sistema delle case per anziani sussidiate analogamente concepita e pari ad un importo minore di quella relativa all'EOC (da qui lo sgravio totale). In questo modo tutti i Comuni del Cantone ricevono, in termini percentuali sul gettito di imposta, l'identico sgravio.

Neppure il contributo alle case per anziani sussidiate basato sull'interessenza muta la situazione attuale siccome esso - pur essendo basato con il nuovo meccanismo sul disavanzo del settore e non più sui costi - è dello stesso ordine di grandezza di quanto si avrebbe avuto lasciando permanere lo stato quo nei meccanismi di ripartizione del finanziamento (si veda però a questo proposito il prossimo punto). Infine, la situazione attuale delle finanze dei singoli Comuni viene mutata uniformemente anche perché il nuovo meccanismo proposto permette di mantenere - rendendolo anzi permanente - il limite istituito provvisoriamente del 6% sul gettito di imposta del singolo Comune per quella parte di contributo basata sull'interessenza (giornate di presenza) nelle case per anziani sussidiate).

Leggere modifiche nella compensazione intercomunale implicitamente effettuata tramite la ripartizione degli oneri a carico dei Comuni si avranno invece a causa della nuova formula adottata per la copertura del finanziamento dei servizi d'appoggio.

Questo in quanto alcuni Comuni - proprietari di centri comunali - hanno sinora finanziato in maniera sostanziale i propri centri, mentre secondo il nuovo meccanismo proposto questi oneri verranno distribuiti per i 4/5 su tutti i Comuni in base al loro gettito fiscale.

Apparentemente saranno quindi questi Comuni a venir sgravati maggiormente dall'adozione del nuovo meccanismo, ma la completazione della rete di Centri diurni terapeutici - non ancora omogenea sul territorio cantonale - nell'ambito della pianificazione cantonale aiuterà a riequilibrare queste differenze iniziali.

d - Effetti della nuova ripartizione dell'onere relativo ai servizi di appoggio

Gli oneri sinora a carico del Cantone (preventivo 1994) sono ca. fr. 740'000.- per i Centri diurni sussidiati ca. fr. 650'000.- per una serie di servizi (servizio pasti a domicilio, Telesoccorso, servizio carrozzelle, servizio pedicure, ginnastica per anziani, corsi aiuto alla memoria, ecc.) e ca. fr. 200'000.- per il Centro Alzheimer di Lugano, per un totale di ca. 1.6 mio fr..

Circa 1.1. mio- fr. restano a carico dei Comuni e sono assunti in modo preponderante dai Comuni proprietari.

L'adozione del nuovo meccanismo (somma dei disavanzi del settore, copertura per 1/5 da parte del Cantone e per 4/5 da parte dei Comuni in base al gettito) comporterebbe quindi per la copertura del disavanzo 1994 (ca. 2.7 mio fr.) i seguenti nuovi oneri: ca. 0.55 mio a carico del Cantone e ca. 2.15 mio a carico dei Comuni. Lo sgravio per le finanze cantonali - ed il corrispondente aggravio per quelle comunali - ammonta quindi a ca. 1.0 mio fr. e va a parzialmente ridurre lo sgravio ottenuto tramite la nuova ripartizione degli oneri EOC, CPA e SACD.

Si noti infine come la nuova ripartizione riguardi solo gli oneri di gestione e come gli aiuti diretti restino completamente a carico del Cantone. Questi ultimi hanno conosciuto una rapida evoluzione (preventivo 1994: 750'000 fr.).

e - La nuova ripartizione prevista degli oneri socio-sanitarie le convenzioni con case per anziani non sussidiate dallo Stato

Il meccanismo di ripartizione del finanziamento previsto non influenzerà il confronto con i contributi richiesti ai Comuni dalle case non sussidiate. Il contributo chiesto per le case per anziani sussidiate in base all'interessenza (giornate di presenza) sarà della metà del contributo totale, mentre attualmente il meccanismo è basato sul 20% del

cosiddetto "costo medio" cantonalizzato (leggermente minore del costo medio non ponderato). L'evoluzione prevista dei costi (ca. 159 mio. nel 1995 e 205-224 mio. nel 2000) e del disavanzo (ca. 72 mio. nel 1995 e 94-103 mio. nel 2000) porta ai seguenti contributi a carico dei Comuni da versare in base all'interessenza:

statu quo: ca. 30 mio. nel 1995, ca. 39-43 mio. nel 2000

nuova proposta: ca. 29 mio. nel 1995, ca. 38-41 mio. nel 2000

L'introduzione di un nuovo meccanismo non toccherà dunque il parametro economico fondamentale per la scelta tra un ricovero in una casa sussidiata e in una casa non sussidiata, vale a dire il costo per il Comune - per giornata di presenza - di un ricovero in una casa sussidiata. La quota di partecipazione comunale al finanziamento del sistema delle case per anziani sussidiate basata sul gettito non sarà quindi influenzata da un maggiore o minore ricorso al sistema di case sussidiate.

3.10. Ripartizione dei sussidi federali versati ai Servizi di assistenza e cura a domicilio gestiti da associazioni private

Il passaggio da un SADC gestito da un consorzio o tramite una Convenzione con un Comune-polo ad un servizio gestito da un'associazione di diritto privato comporta una perdita di controllo diretto da parte dei Comuni del comprensorio che si orientasse in tal senso. Tuttavia è questa una condizione necessaria affinché il nuovo SADC venga riconosciuto dall'UFAS ai sensi dell'art. 101bis LAVS: è infatti richiesto che nell'associazione i Comuni non posseggano la maggioranza né assembleare né negli organi direttivi.

Far confluire i sussidi erogati in base all'art. 101bis LAVS direttamente nei conti dei SADC porterebbe a sgravare il disavanzo complessivo cantonale e quindi sia il contributo del Cantone che quello di tutti i Comuni, e ciò non sarebbe corretto nei confronti di quei Comuni che hanno effettuato tale scelta di fattiva rinuncia al controllo diretto. Se si ritiene che la decisione di accettare o meno tale rinuncia spetti ai singoli comprensori, allora sembra giusto richiedere che gli eventuali sussidi federali vadano a diretto beneficio solo dei comprensori che si sono fatti carico di questa rinuncia.

Il meccanismo proposto al fine di assicurare che gli eventuali sussidi federali non vadano né a beneficio del Cantone né dei Comuni degli altri comprensori e il seguente. Sulla base dei rendiconti d'esercizio - nei quali non verranno in un primo momento inseriti i sussidi federali - verrà stabilito il disavanzo complessivo cantonale. Il Cantone si assumerà un quinto di questo importo. I restanti quattro quinti sono (teoricamente) interamente a carico dei Comuni: dividendo questo importo per il gettito di imposta cantonale dell'anno precedente si ottiene il "contributo comunale teorico", pari ad un'uguale percentuale del gettito di imposta per tutti i Comuni.

I Comuni situati in comprensori nei quali non sono state costituite associazioni in grado di ottenere sussidi federali pagheranno l'intero contributo comunale teorico così determinato. Si tiene però conto dei Comuni che - grazie alla costituzione di associazioni al beneficio del sussidio federale - hanno rinunciato a parte del loro influsso sulla gestione del servizio: per questi Comuni il contributo comunale teorico del comprensorio viene ridotto in proporzione ai sussidi federali pervenuti. La formula di calcolo è la seguente:

La quota a carico del Cantone risulta in ogni caso essere un quinto dell'onere a carico dell'ente pubblico. La somma dei contributi comunali effettivi e dei sussidi federali sarà pure costante a quattro quinti, ma la sua ripartizione tra Comuni e Confederazione varierà a seconda di quanti comprensori si costituiranno in associazioni private per gestire i rispettivi SADC.

Secondo le ultime statistiche note (Ufficio federale delle assicurazioni sociali, 1993) per le ca. 900 organizzazioni operanti sul campo per le quali sono disponibili dati completi (sulle quasi 1'000 riconosciute dall'UFAS ai sensi dell'art. 101bis LAVS) i sussidi federali erogati nel 1992 corrispondono in media a quasi 1/4 dei costi generali nel 1991 e a circa 1/3 dei costi del personale impiegato nella presa a carico degli anziani (corrispondente mediamente a ca. il 75 % del carico di lavoro). Inoltre per le ca. 50 organizzazioni con compiti di consulenza e di segretariato i contributi federali arrivano a coprire ca. l'80 % dei costi del personale.

4. COMMENTO AI SINGOLI ARTICOLI

Nota: Il presente progetto di legge ed il relativo commento ricalcano parzialmente il testo elaborato dal Gruppo di lavoro in risposta all'iniziativa SPITEX. Per facilitare la lettura s. è comunque preferito riprendere qui anche il testo integrale del commento, aggiornato secondo le modifiche proposte da questo progetto di legge rispetto al

progetto presentato dal Gruppo di lavoro. Queste differenze sono opportunamente commentate.

TITOLO I: PARTE GEMELLE

Art. 1

L' art. 1 vuole sottolineare da una parte l' obiettivo di permettere al cittadino la scelta della permanenza a domicilio e dall' altra il fatto che questa scelta è e sarà può sempre condizionata dalle risorse, sia umane che logistiche che finanziarie, presenti sul territorio. Il termine "Sul territorio" può indicare sia tutto il cantone sia il tessuto locale nel quale vive l' utente. Il cpv. 2 specifica inoltre che le cure e l' assistenza a domicilio sono sussidiarie rispetto alle risorse dell' individuo e della famiglia. L' intento è di evitare una pura e semplice delega ai servizi e pertanto una deresponsabilizzazione dei potenziali beneficiari fintanto che questi sono in grado di provvedere in prima persona e/o nell' ambito familiare ai propri bisogni.

Art. 2

E' parsa evidente la necessità di fornire una definizione legale del concetto di "SPITEX"; il Servizio di assistenza e cura a domicilio (di seguito: SACD) deve infatti poter disporre di una linea di guida che gli permetta di valutare con una certa oggettività quali sono i bisogni di cui farsi carico. Considerati i molteplici concetti ricorrenti e i conseguenti problemi di definizione e delimitazione posti dal concetto di "SPITEX", e ancor più dal termine di "aiuto domiciliare.", si è optato per una definizione analitica dei possibili beneficiari, elencando i bisogni che devono permettere al cittadino di far ricorso al SACD. La definizione è comunque abbastanza ampia ed è stata estesa a tutta la comunità domestica: con questa scelta si è voluto dare un segnale in particolare a sostegno della famiglia (non escludendo però altre forme di comunità domestica) e rendere possibile esplicitamente, ad esempio, il ricorso al SACD in caso di impedimento del genitore e conseguente necessità di aiuto in casa per accudire i figli, così come pure in caso di malattia del figlio in particolare in famiglie monoparentali.

Il cpv. 2 richiama i diritti dei pazienti istituiti esplicitamente dalla Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (di seguito: Legge sanitaria), ricordando che questi vanno evidentemente rispettati anche nell' intervento a domicilio.

Art. 3 - 5

Questi articoli danno una definizione delle varie prestazioni nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio. Vengono distinte le prestazioni di assistenza e cura a domicilio vere e proprie (art. 3), vale a dire le prestazioni fornite presso l' abitazione dell' utente, e le cosiddette prestazioni di supporto (art. 4), che, pur favorendo la permanenza a domicilio, non vengono fornite direttamente presso l' abitazione dell' utente. Tra queste ultime si possono annoverare ad esempio i centri diurni, i soggiorni temporanei che permettono di scaricare la famiglia per brevi periodi, o il servizio trasporti per motulesi. La distinzione permetterà di identificare più facilmente quali sono i compiti minimi che i Servizi di assistenza e cura a domicilio dovranno essere in grado di offrire (art. 22). Si attira l' attenzione sul fatto che le prestazioni fornite a domicilio comprendono pure le misure di prevenzione, atte a evitare un peggioramento della situazione dell' utente. Per ragioni di tecnica legislativa si è però evitato di riprendere i concetti più ampi, riferiti anche all' educazione e alla promozione della salute, già contenuti nella Legge sanitaria, ove hanno la loro sede ideale.

L' elenco di cui all' art. 3 cpv. 2 non è evidentemente esaustivo, trattandosi di una esemplificazione delle principali misure.

L' art. 5 riprende il concetto degli aiuti attualmente disciplinati dall' art. 8 cpv. 1 lett. b) della Legge sull' integrazione sociale e professionale degli invalidi del 14 marzo 1979 (di seguito: LISPI) e dall' art. 2 lett f) e g) della Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973 (di seguito: Legge anziani). Per motivi di sistematica legislativa è infatti preferibile trasferire nella nuova legge tutti i concetti relativi all' assistenza e cura a domicilio. Il tenore letterale della norma corrisponde a quello della LISPI, poiché più flessibile e confacente alle situazioni variegate riscontrate.

Art. 7 e 8

Gli articoli 7 e 8 definiscono, nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio, le competenze dei Comuni, rispettivamente del Cantone.

Soprattutto l' art. 8 è evidentemente influenzato dalle due scelte che differenziano in

modo sostanziale il presente progetto da quello presentato dallo speciale Gruppo di lavoro in risposta all' iniziativa SPITEX:

- la proposta di far assumere al Cantone l' intero disavanzo dell' EOC, caricando di riflesso sui Comuni i quattro quinti del disavanzo delle case per anziani e dei SACD
- la possibilità di sussidiare pure i SACD gestiti da associazioni di diritto privato e da un Comune polo convenzionato con gli altri Comuni del comprensorio.

Per quanto riguarda la forma istituzionale va ricordato come -siano in pratica i Comuni a poter scegliere tra la forma privata (associazione) e quella pubblica (Comune polo o Consorzio) dell' Ente cui affidare il SACD. Il Cantone, in base all' art. 19, può infatti riconoscere unicamente le associazioni di cui fanno parte, al momento della presentazione dell' istanza di riconoscimento, tutti i Comuni del comprensorio (cfr. commento agli art. 17 - 21).

Per questi motivi si giustifica la norma secondo cui i Comuni partecipano e parteciperanno in ogni caso al finanziamento degli enti riconosciuti dal Cantone, anche se non ne dovessero (più) far parte (cfr. art. 8 lett. b).

Detto disposto ha infatti lo scopo di garantire al SACD il finanziamento necessario per il suo funzionamento e trova la sua motivazione nel fatto che l' opzione tra ente di diritto pubblico e ente di diritto privato risale alla libera scelta di tutti i Comuni del comprensorio. D' altra parte la scelta dell' associazione quale forma istituzionale gerente il SACD comporta, in modo diretto per la stessa associazione, e di riflesso indirettamente per i Comuni che ne assumono una buona parte del disavanzo, la possibilità di accedere al sussidio federale secondo l' art. 101bis LAVS.

Considerati questi aspetti, anche all' associazione deve essere garantito il finanziamento, almeno fino a quando non si è in presenza delle dimissioni di una cospicua fetta dei Comuni, ciò che porterebbe alla perdita del riconoscimento dell' associazione e, in ultima analisi, alla costituzione di un nuovo SACD gestito da un Comune polo o da un Consorzio al suo posto. Non si poteva del resto permettere che si instaurassero situazioni in cui per il volere di pochi Comuni la gestione del SACD oscilla continuamente tra le forme istituzionali dell' associazione da una parte e quella del consorzio o del convenzionamento tra Comuni dall' altra.

L' art. 8 lett c) precisa che i SACD possono mettere in opera, su richiesta dei Comuni del comprensorio, anche progetti che vanno oltre allo standard minimo di pianificazione del Cantone. In questo caso saranno evidentemente solo i Comuni promotori del progetto ad assumersi l' onere supplementare, mentre una partecipazione del Cantone rimane possibile per i progetti di interesse regionale, ma pur sempre ritenuti conformi ad una pianificazione che vada oltre lo standard minimo (cfr. art. 36).

TITOLO II: DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL SUSSIDIAMENTO

Capitolo primo: Disposizioni comuni

Art. 9

Al fine di evitare che i medesimi servizi e le medesime strutture vengano sussidiati più volte dal Cantone, l' art. 9 statuisce il principio della sussidiarietà, fissando il sussidio previsto dalla legge come un tetto massimo per la somma dei diversi sussidi eventualmente concessi.

Art. 10

L' art. 10 richiama il rispetto della pianificazione cantonale quale requisito generale (oltre al rispetto delle altre disposizioni di legge) ai fini del sussidiamento. Ciò significa che il Cantone potrà rifiutare il sussidiamento a enti che, pur rispettando i requisiti formali, non rientrano nella pianificazione o non si conformano alle indicazioni date dal Cantone per un servizio coordinato ed efficiente su tutto il territorio cantonale. Una deroga a questo principio vale per i progetti specifici o supplementari di cui all' art. 8 lett. c) e non sussidiati dal Cantone in base all' art. 36.

Trattandosi di progetti promossi dai Comuni e finanziati unicamente da questi ultimi una loro conformità alla pianificazione non può essere esatta.

Per statistiche ai sensi del cpv. 3 non si intendono solo quelle amministrative inerenti al funzionamento del Consorzio, ma pure le statistiche relative alle prestazioni effettuate, statistiche necessarie per l' elaborazione della pianificazione cantonale.

Art. 11

L' art. 11 statuisce il principio secondo il quale gli enti e servizi sussidiati non possono mettere a disposizione dell' utente le loro prestazioni in modo del tutto gratuito.

Per quanto concerne le prestazioni di supporto si è rinunciato a prescrivere un tariffario

che tenga conto delle condizioni di reddito e di sostanza dell' utente, poiché una tale verifica sarebbe amministrativamente troppo onerosa per un intervento puntuale (ad esempio per il servizio trasporti).

In deroga al principio appena enunciato viene mantenuta la gratuita dell' assistenza igienica, previdenziale e sociale in materia di maternità e infanzia in età prescolastica attualmente ancorata all' art. 3 della Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza del 15 gennaio 1963 e fornita attualmente dai Consorzi profilattici materni, che vengono integrati dal presente progetto di legge nei SADC.

Capitolo secondo: Servizi di assistenza e cura a domicilio

Art. 17 - 21

Si tratta delle norme riguardanti la forma istituzionale che permette ai SADC di accedere ai sussidi cantonali e comunali. Rispetto al progetto presentato in risposta all' iniziativa SPITEX, si è qui voluto permettere anche l' affidamento dei SADC a un Comune polo, convenzionato con i Comuni del comprensorio, ed a Associazioni di diritto privato, che possono beneficiare, a determinate condizioni, del sussidio federale di cui all' art. 101bis LAVS.

L' art. 17 riprende dapprima il principio già contenuto nel progetto summenzionato, secondo il quale spetta al Consiglio di Stato stabilire le giurisdizioni dei comprensori dei SADC, e ciò al fine di permettere una suddivisione del territorio in comprensori razionali, gestibili e che tengano conto delle specificità locali o regionali, nonché delle risorse già esistenti.

L' art. 18 stabilisce la forma istituzionale dei SADC necessaria per poter accedere al sussidio cantonale - (e comunale). Per motivi pianificatori è inoltre statuito il principio secondo cui ogni comprensorio viene affidato ad un solo SADC, che deve assumersi il servizio per l' intera zona.

Considerata la possibilità di sussidiamento federale prevista dall' art. 101bis LAVS, limitatamente però agli enti di diritto privato, il Consiglio di Stato ha deciso di proporre il sussidiamento anche di SADC organizzati nella forma dell' associazione. Tenuto conto del fatto che in Ticino non esistono però attualmente, salvo una eccezione, servizi al beneficio del sussidio federale e delle conseguenti difficoltà per promuovere detti enti, questa opzione viene legata a una serie di condizioni volte ad impedire che alcune zone del territorio cantonale siano in futuro sprovviste del servizio di assistenza e cura a domicilio, ritenuto essenziale negli anni a venire. Una soluzione improntata unicamente al settore privato avrebbe infatti lasciato sguarnite quelle zone in cui nessuno si sarebbe assunto l' onere di costituire le necessarie associazioni.

Per questo motivo già l' art. 8 stabilisce che ove mancano altri enti riconosciuti (associazioni) siano i Comuni a gestire direttamente il SADC nella forma del Consorzio o del convenzionamento tra Comuni.

Il Consiglio di Stato propone pertanto la seguente soluzione:

- possono essere riconosciuti ai fini del sussidiamento i seguenti enti:
 - SADC costituiti nella forma dell' associazione privata ai sensi del CCS (e di utilità pubblica)
 - SADC gestiti da un solo Comune "polo" su mandato dei Comuni del comprensorio (convenzionamento tra Comuni)
 - SADC gestiti da Consorzi di Comuni:
 - le associazioni private possono essere riconosciute dal Cantone unicamente se al momento della presentazione dell' istanza di riconoscimento ne fanno parte tutti i Comuni del comprensorio. Questa scelta è dettata dalla considerazione che per poter godere dei sussidi federali l' associazione deve essere costituita, nella sua parte maggioritaria (sia nell' assemblea che nel comitato) da persone fisiche o giuridiche di diritto privato (cfr. direttive dell' UFAS). Ciò comporta evidentemente 1B perdita del controllo diretto sul Servizio di assistenza e cura a domicilio da parte dei Comuni. Si è pertanto ritenuto che tale perdita di controllo, compensata dalla riduzione del disavanzo del SADC a carico dei Comuni grazie ai sussidi federali, sia tollerabile unicamente se tutti i Comuni sono d' accordo, almeno inizialmente, con questa scelta (fermo restando i concetti che per comprensorio è possibile riconoscere un solo SADC e che tutti i Comuni del comprensorio partecipano al finanziamento del servizio).
- Considerata la scelta di escludere il Cantone dal beneficio di una eventuale diminuzione del disavanzo del SADC dovuto al sussidio federale, la perdita di controllo politico da parte dei Comuni è, oltre che voluta dagli stessi, compensata dai vantaggi

finanziari derivanti da detta diminuzione del disavanzo;

- in assenza nel comprensorio di un' associazione privata riconosciuta (di cui fanno parte dunque inizialmente tutti i comuni) il servizio deve essere gestito dai Comuni nella forma del Consorzio o del convenzionamento con un Comune polo, e ciò per garantire in tutto il Cantone una presenza nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio. In caso di assenza di associazioni private riconosciute e di divergenza tra 1 Comuni del comprensorio sulla forma pubblica da privilegiare, sarà il Consiglio di Stato a decidere in merito (art. 7 lett. d) e 18 cpv. 3);
- nel SACD gestito da un Comune polo la disdetta della convenzione da parte di singoli Comuni deve essere ratificata dal Consiglio di Stato;
- se in un secondo momento più della metà dei Comuni del relativo comprensorio danno le dimissioni dall' associazione riconosciuta o la disdetta della convenzione con il Comune polo, il relativo SACD perde il riconoscimento (art. 19 cpv. 2 e 3; art. 20 cpv. 3). A questo punto i Comuni hanno praticamente l' obbligo di istituire un consorzio. Si ritiene che il criterio dell' unanimità dei Comuni del comprensorio chiesto per l' istituzione dell' associazione) non possa più essere mantenuto dopo l' ottenimento del riconoscimento: bisogna infatti evitare il rischio di un continuo passaggio tra le tre forme istituzionali ammesse, passaggio che chiede tempo e energie
- quale compensazione dell' assunzione da parte del Cantone dell' intero fabbisogno finanziario dell' EOC, i Comuni coprono una consistente fetta del disavanzo del SACD, indipendentemente dalla forma istituzionale e dalla loro appartenenza all' ente gerente (cfr. anche artt. 8 lett. b) e 33 - 35 e Allegato III). Si ricorda che un Comune non appartenente ad un' associazione sarà tenuto alla copertura della sua quota poiché inizialmente ne era stato membro (in caso contrario un riconoscimento dell' associazione non sarebbe stato possibile). Al fine di garantire una continuità nel servizio, le dimissioni di più della metà dei Comuni dal SACD non portano alla revoca immediata del riconoscimento cantonale; questa interverrà solo al momento in cui sarà riconosciuto un nuovo ente.

L' art. 21 precisa poi quali sono i requisiti generali per la costituzione dei Consorzi di comuni. Rimane evidentemente impregiudicata la possibilità di un consorziamento coattivo, così come previsto dalla legge speciale vigente in materia.

Art. 22

L' art. 22 definisce in modo chiaro quali sono le prestazioni che i SACD dovranno proporre per garantire al cittadino un' offerta minima necessaria per raggiungere gli scopi prefissi dall' art. 1.

Il concetto elaborato fa dei SACD il perno di tutto il settore, affidando loro l' intera competenza per la gestione dei servizi. In questo senso il cpv. 2 dell' art. 22 prevede che siano i SACD stessi a decidere quali servizi, tra quelli che dovrebbero offrire in base all' art. 3, delegare a enti esterni. In questo ordine di idee rientra anche l' affidamento ai SACD della gestione dei mandati affidati a volontari di cui si parlerà più diffusamente commentando l' art. 28.

Art. 24

Per quanto concerne il coordinamento del SACD con altri enti e servizi esistenti vanno distinti due livelli:

- quello di coordinamento "strutturale" che viene effettuato a livello di SACD e disciplinato dall' art. 24 (in particolare la delega, mediante stipulazione di convenzioni con altri enti, di determinati servizi di competenza del Consorzio secondo l' art. 22 cpv. 2);
- quello dell' attività pratica, nell' ambito della presa a carico e del trasferimento degli utenti da una struttura ad un' altra (es. dimissioni dall' ospedale per tornare a domicilio o entrare in Casa per anziani). A questo riguardo fa stato l' art. 30 (cfr. il relativo commento).

Art. 25 - 26

I comprensori dei singoli SACD saranno ulteriormente divisi in cosiddette "zone d' intervento" gestite da una unità operativa. Dette zone d' intervento saranno stabilite tenendo conto della popolazione ivi residente (ca. 15'000 abitanti per zona, cifra ritenuta adeguata anche in base alle esperienze fatte in altri Cantoni), delle strutture già esistenti e delle particolarità topografiche del territorio. Ogni unità operativa disporrà di una sede di servizio e, se giustificato dalla situazione geografica, demografica o dalla morbidità locale, di una o più sotto-sedi.

L' unità operativa sarà gestita da un' équipe polivalente, garantendo in tal modo una

presa a carico globale dell' utente. Essa dovrà comprendere almeno le figure professionali dell' infermiera (nelle diverse formazioni di base e nelle specializzazioni in salute pubblica, pediatria e oncologia), dell' aiuto familiare, dell' ausiliario dell' assistenza a domicilio, dell' assistente sociale, del fisioterapista, dell' ergoterapista e del medico fiduciario (art. 26 cpv. 1). Mentre le prime tre figure sono già presenti negli attuali Servizi, l' introduzione dell' assistente sociale risponde a un bisogno sempre più sentito e ancora rafforzato dal fatto che gli assistenti sociali impiegati presso altri Servizi si occupano solo in misura minima della popolazione anziana e degli handicappati.

Il medico fiduciario infine ha, come chiaramente espresso dal tenore della norma, unicamente funzione consultiva e di coordinamento tra gli operatori del servizio e il medico curante, mentre la responsabilità per la cura rimane affidata esclusivamente al medico curante dell' utente.

Soprattutto i fisioterapisti, gli ergoterapisti ed il medico fiduciario non dovranno necessariamente essere alle dipendenze dirette del SACD; potranno invece essere incaricate su mandato secondo le effettive necessità del servizio.

Art 27

L' art. 27 disciplina il funzionamento, soprattutto interno, dell' unità operativa, statuendo il principio della collaborazione tra gli operatori dell' équipe e con le autorità comunali e cantonali (ad es. la delegazione tutoria, la magistratura ecc.) e richiamando le disposizioni relative agli operatori sanitari.

Art. 28

Questa disposizione prevede che al volontario formato può essere conferito dall' unità operativa, direttamente o per il tramite di un' organizzazione, un mandato mediante il quale egli diventa un partner che si assume esplicitamente una parte dell' assistenza o delle cure ritenute necessarie dall' équipe del servizio. I volontari formati che assumono un mandato non entrano direttamente a far parte dell' équipe del servizio. L' unità operativa associa il volontariato nella distribuzione delle misure di assistenza e cura, ma solo dove questo è possibile e compatibile con la qualità dell' intervento degli operatori professionisti del servizio. Spetterà quindi all' unità operativa discernere tra collaborazioni spontanee ma non inseribili nel piano generale di presa a carico, e interventi svolti da persone volontarie non-professioniste ma passibili di entrare a far parte a pieno titolo di specifici piani di cura stabiliti dall' équipe.

Il contratto tra il volontario e il SACD sarà stabilito su base temporale e dovrà prevedere in modo chiaro la formazione richiesta, i tempi e le modalità dell' intervento. Il mandato specifica inoltre le condizioni alle quali il consorzio è disposto ad assumersi la responsabilità nell' impiego di un volontario.

Infine, secondo il cpv. 3, il volontario che sottoscrive un contratto di collaborazione con un servizio per l' assistenza o la cura di un determinato utente può ricevere un indennizzo a titolo di rimborso delle spese vive sostenute.

Il Cantone subsidia - per il tramite del SACD - questo indennizzo. Si tratta a questo riguardo di una modifica del concetto presentato dal Gruppo di lavoro, che prevedeva la possibilità di versare al volontario un compenso orario corrispondente al massimo ad un quarto dello stipendio orario del personale ausiliario. Da più parti si è infatti paventato il rischio di creare, con la soluzione proposta dal Gruppo di lavoro, una nuova categoria di operatori sotto-pagati e di svuotare il carattere stesso dell' attività di volontariato.

Art. 29

Questa norma disciplina il rapporto tra l' unità operativa e l' utente: essa prevede in particolare la stipulazione di un accordo tra l' unità operativa e l' utente che contempli una presa a carico globale. Il cpv. 3 impone inoltre al SACD di organizzare l' unità operativa in modo da poter intervenire anche al di fuori degli orari d' ufficio per garantire prestazioni inderogabili o urgenti (si pensi ad esempio alle cure medicoterapeutiche necessarie tutti i giorni, o all' assistenza socio-familiare come nel caso dei bisogni dell' handicappato che il sabato si trova improvvisamente privato del coniuge ricoverato in ospedale e che lo sosteneva per alzarsi dal letto e per coricarlo). La norma risponde a una delle esigenze più sentite e coperte in modo insufficiente nella situazione attuale.

Art. 30

La pratica dimostra che il collegamento tra i vari Servizi e Istituti è essenziale per poter garantire un passaggio ideale dell' utente da un servizio all' altro, evitando ricoveri in

istituti che siano inutilmente lunghi e dovuti unicamente alla mancanza di una continuità nelle cure di base a domicilio. L' art. 30 stabilisce pertanto che ogni unità operativa deve designare al suo interno il responsabile dei contatti con gli altri servizi. La norma viene inserita pure nelle altre leggi che disciplinano i settori a stretto contatto con l' assistenza e cura a domicilio (cfr. Allegato III, art. II; VII, art. 16.; cfr. anche il commento relativo all' allegato). Questo articolo riguarda il coordinamento a livello pratico, riferito al singolo utente, e non quello a livello generale, che è di competenza dell' ente (cfr. art. 23 cpv. 3, e 24).

Art. 32

Si tratta di una norma destinata a colmare eventuali lacune di tipo logistico dei SACD, senza che si voglia per questo dare un "taglio di struttura stazionaria" ai Servizi di assistenza e aiuto a domicilio. Si noti che i sussidi alle spese d' investimento non rientrano nella nuova distribuzione degli oneri tra Cantone e Comuni: il Cantone si assumerà anche in futuro il 70% del sussidio d' investimento.

Art. 33 - 35

Il finanziamento dei costi di gestione dei SACD rientra nella compensazione da parte dei Comuni dell' assunzione del Cantone dell' intero fabbisogno finanziario dell' Ecc. Ritenuto inoltre che i SACD, anche ove fossero gestiti da Associazioni di utilità pubblica, svolgono un compito fondamentale nell' assetto socio-sanitario cantonale dei prossimi anni, è opportuno garantire loro la copertura del disavanzo d' esercizio da parte del Cantone e dei Comuni.

L' art. 34 stabilisce come viene determinato il disavanzo riconosciuto ai fini del sussidiamento. Si noti che gli eventuali sussidi federali di cui all' art. 101bis LAVS non vengono considerati tra i ricavi, e ciò al fine di poter accreditare la relativa diminuzione del disavanzo del SACD ai soli Comuni situati nel comprensorio in questione.

La formulazione dell' art. 35 prevede la cantonalizzazione del contributo dei Comuni (stabilito in una percentuale uniforme del loro gettito d' imposta cantonale); questo concetto subisce però una deroga per quei Comuni situati in un comprensorio il cui SACD è al beneficio del sussidio federale (cpv. 3): la diminuzione del disavanzo dovuta al sussidio federale va al beneficio dei soli Comuni situati in questi comprensori.

Art. 36

Questa norma permette al Cantone di sussidiare dei progetti proposti dai Comuni in base all' art. 8 lett. c) e messi in atto dai rispettivi SACD. Il sussidiamento cantonale presuppone comunque che il progetto rientri nella pianificazione cantonale, anche se supera lo standard minimo sussidiato in base agli artt. 33-35, il cui costo viene distribuito su tutti i Comuni del Cantone, mentre i progetti oggetto di questa norma vengono finanziati unicamente dai Comuni promotori del progetto.

Capitolo terzo: Servizi d' appoggio

Art. 37 - 39

Per raggiungere gli scopi prefissi dalla nuova legge non è evidentemente sufficiente potenziare unicamente i SACD. Per poter rimanere a domicilio l' utente necessita infatti anche di una serie di prestazioni di supporto, offerte prevalentemente dai Servizi d' appoggio, che pur non essendo dispensate direttamente presso l' abitazione dell' utente ne favoriscono il mantenimento a domicilio (cfr. sopra). Questi servizi necessitano evidentemente a loro volta di un sussidiamento per poter svolgere la loro funzione.

Considerato che si tratta di servizi complementari all' assistenza e cura a domicilio vera e propria si è ritenuto, per coerenza, di adottare il medesimo meccanismo di finanziamento previsto per i SACD.

Capitolo quarto: Sussidi particolari

Art. 40

Questa disposizione permette al Cantone di riconoscere e sussidiare pure delle attività particolari nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio, senza per questo dover riconoscere l' ente che offre tali prestazioni. In questo modo è garantita la necessaria flessibilità nell' affidare per esempio alcune attività ad enti che non si occupano prevalentemente di assistenza e cura a domicilio.

TITOLO III: VIGILANZA E PIANIFICAZIONI CANTONALI

Nessuna osservazione particolare

TITOLO IV: RIMEDI DI DIRITTO

Nessuna osservazione particolare

TITOLO V: DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 44

Con l'entrata in vigore della presente legge quale lex specialis saranno abrogate tutte le disposizioni concernenti l'assistenza e cura a domicilio sparse nelle altre leggi cantonali.

Art. 45 - 46

L'entrata in vigore del presente testo di legge sarà stabilita dal Consiglio di Stato, tenuto conto della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio, in particolare della definizione dei comprensori d'intervento dei SACD e dei tempi necessari per adeguare i servizi attualmente esistenti alle nuove esigenze. Al fine di evitare la farraginosa procedura di scioglimento degli attuali Consorzi di aiuto domiciliare prevista dalla Legge sul consorzio dei Comuni del 21 febbraio 1974, l'art. 45 dà al Consiglio di Stato la competenza di scioglierli con decreto governativo. Si rileva infine che il presente disegno di legge, contemplando anche l'associazione privata tra gli enti suscettibili di gestire i SACD, non può garantire per legge un passaggio del personale dagli attuali Consorzi ai futuri servizi; si tratterebbe infatti di un'imposizione contraria al diritto privato.

ALLEGATO

Nell'ambito della nuova redistribuzione degli oneri dell'Ente ospedaliero cantonale, delle case per anziani e dei SACD il presente disegno di legge prevede pure la modifica delle norme finanziarie contenute nella Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973 (Lanziani) e nella Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982 (cfr. Allegato III, art. 34; V, art. 6 - 6c). Per i dettagli si veda il messaggio.

Per quanto riguarda le prestazioni inserite all'art. 12a LCAM (Allegato VI) si tratta di prestazioni già oggi fornite dalle infermiere a domicilio.

Oltre alla modifica degli articoli di legge prevista nell'allegato, il Consiglio di Stato dovrà in un secondo tempo provvedere alla modifica delle disposizioni contenute nei regolamenti d'applicazione a varie leggi settoriali.

(per i dettagli si confronti il rapporto del Gruppo di lavoro).

5. RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO

Queste proposte corrispondono a quanto previsto nelle Linee direttive 1992-1995 (ottobre 1991) al Cap. 3.5, "politica sociale", pag. 42-47, in particolare al par. 3.5.3 (Anziani).

I successivi aggiornamenti (ottobre 1992 e 1993) hanno confermato gli obiettivi e le misure

d'intervento previsti.

Esse determinano le seguenti conseguenze di natura finanziaria:

- spese d'investimento:

Per la costruzione, la ricostruzione, l'adeguamento, l'ammodernamento e l'acquisto di locali destinati ad ospitare le attività dei servizi di assistenza e cura a domicilio e dei servizi di appoggio, così come per l'acquisto di attrezzature, il Cantone concede un sussidio fino ad un massimo del 70 % della spesa preventivata, da adeguare alle variazioni dell'indice medio dei costi di costruzione.

- spese correnti annue:

Il Cantone si assume un quinto della somma dei disavanzi dei Servizi di assistenza e cure a domicilio riconosciuti e un quinto del disavanzo complessivo di tutti gli istituti per anziani riconosciuti dal Cantone.

Il fabbisogno dell'Ente ospedaliero cantonale è coperto integralmente dallo Stato. Si stima che nel 1995 per questi tre settori l'onere complessivo per il Cantone salirà da ca. 147 mio fr. a ca. 161 mio fr. (+ 14 mio fr.).

Il Cantone può inoltre partecipare al finanziamento di progetti specifici o supplementari decisi da singoli enti di assistenza e cure a domicilio con l'assunzione di un massimo del 20 % del disavanzo del relativo progetto. Sussidia infine la spesa d'esercizio dei servizi di appoggio riconosciuti con l'assunzione di un quinto del disavanzo d'esercizio (i centri diurni riconosciuti venivano fin'ora sussidiati in base alla forza finanziaria), e pro sussidiare fino ad un massimo del 75 % delle spese effettive le attività conformi alla pianificazione distribuita da enti pubblici o privati di interesse generale e senza scopo di lucro nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio.

- enti subalterni e Comuni:

I Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti della somma dei disavanzi dei Servizi di assistenza e cure a domicilio, ripartiti secondo una percentuale uniforme del loro gettito d' imposta cantonale.

I contributi dei Comuni situati in un comprensorio il cui servizio di assistenza e cure a domicilio è al beneficio del sussidio federale di cui all' art. 101bis LAVS saranno diminuiti in modo proporzionale.

I Comuni si assumeranno inoltre i quattro quinti del disavanzo complessivo di tutti gli istituti per anziani riconosciuti dal Cantone. La metà di questa quota viene ripartita tra i Comuni in base alle giornate di presenza, ritenuto un limite massimo del 6 % del gettito d' imposta cantonale. L' altra metà, maggiorata degli importi che superano questo limite, è assunta dai Comuni secondo una percentuale uniforme del loro gettito d' imposta cantonale.

E' eliminata la partecipazione dei Comuni alla copertura del fabbisogno dell' Ente ospedaliero cantonale.

Si stima che la partecipazione comunale ai tre settori citati risulterà essere nel 1995 di ca. 71 mio fr. invece di 85 mio fr. (./. 14 mio fr.) nel caso in cui fossero mantenuti gli attuali meccanismi di ripartizione.

I Comuni si assumeranno infine i quattro quinti del disavanzo dei servizi di appoggio in base al gettito di imposta.

- effettivo del personale:

E' prevista l' istituzione di un ufficio cantonale in seno alla Sezione degli istituti e dell' aiuto domiciliare per complessive 4 unità di personale. Il potenziamento dovrà avvenire parallelamente a quello dei Servizi di assistenza e cure a domicilio. Inizialmente si dovrà far capo agli effettivi attuali.

Per le ragioni illustrate in questo Messaggio vi invitiamo ad approvare l' annesso disegno di Legge sull' assistenza e cure a domicilio.

Vogliate gradire, onorevole signor Presidente e Consiglieri, l' espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente: R. Respini

Il Cancelliere: G. Gianella

Disegno di

Legge sull' assistenza e cura a domicilio del (Progetto governativo)

Il Gran Consiglio

della Repubblica e Cantone Ticino:

- richiamati gli artt. 2 e 3 lett. g.) della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989;
- esaminato il rapporto 13 dicembre 1993 elaborato su richiesta della Commissione sanitaria del Gran Consiglio dallo speciale Gruppo di lavoro interdipartimentale istituito dal Consiglio di Stato
- visto il messaggio 31 agosto 1994 n. 4287 del Consiglio di Stato

d e c r e t a:

TITOLO I: PARTE GENERALE

A. Scopo

Art. 1

1 Scopo della legge è permettere ad ogni cittadino/a domiciliato/a o dimorante nel Cantone di ricevere cure e assistenza a domicilio, compatibilmente con le risorse disponibili sul territorio.

2 Le cure e l' assistenza a domicilio sono sussidiarie alle risorse individuali e familiari.

B. Beneficiari

Art. 2

1 Le persone singolarmente, o le comunità domestiche per un loro membro, possono beneficiare dell' assistenza e della cura a domicilio ai sensi di questa legge per malattia, infortunio, handicap, maternità, vecchiaia o disagio sociale.

2 Le prestazioni avvengono nel rispetto dei diritti individuali sanciti dagli artt. 5 segg. della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario, del 18 aprile 1989.

C. Definizioni

Art. 3

I. Prestazioni

1. di assistenza e cura a domicilio:

1 L'assistenza e la cura a domicilio consistono nelle prestazioni, temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e atte a mantenerlo.

2 Sono considerate, in particolare, prestazioni di assistenza e cura a domicilio:

- a) le cure medico-terapeutiche
- b) le cure di base
- c) gli aiuti di economia domestica
- d) gli aiuti sociali
- e) l'informazione sulle risorse disponibili sul territorio
- f) l'attivazione delle risorse di cui alla precedente lettera.

Art. 4

2. di supporto dell'assistenza e cura a domicilio

Sono considerate prestazioni di supporto dell'assistenza e cura a domicilio (di seguito: prestazioni di supporto) quelle che, pur non essendo eseguite direttamente presso l'abitazione dell'utente, ne favoriscono il suo mantenimento a domicilio.

Art. 5

3. Aiuti diretti

E' considerato aiuto diretto il contributo finanziario versato all'utente e destinato all'organizzazione di soluzioni individuali di sostegno o d'abitazione.

Art. 6

II. Fornitori di prestazioni

1 Sono considerati Servizi di assistenza e cura a domicilio (in seguito: SACD) gli enti che offrono prevalentemente le prestazioni di assistenza e cura a domicilio previste all'art. 3.

2 Sono considerati Servizi d'appoggio gli enti che offrono prevalentemente prestazioni di supporto.

3 E' considerata volontario ai sensi di questa legge la persona che, di propria volontà, direttamente o tramite un'organizzazione, distribuisce misure di assistenza e cura a domicilio a favore di utenti determinati.

D. Competenze

Art. 7

I. Cantone

1 Il Gran Consiglio concede i sussidi per le spese d'investimento per importi superiori ai fr. 500'000.-

2 Il Consiglio di Stato:

- a) elabora una pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio;
- b) coordina le attività dei vari enti presenti sul territorio, anche se istituiti sulla base di altre leggi;
- c) decide sul riconoscimento degli Enti e delle prestazioni ai sensi di questa legge e stipula le relative convenzioni;
- d) decide, in caso di comprensorio privo di associazione riconosciuta e di divergenze tra i Comuni, la forma istituzionale pubblica da adottare;
- e) concede i sussidi per le spese d'investimento inferiori ai fr. 500'000.-, per le spese d'esercizio e quelle di cui all'art. 40;
- f) concede gli aiuti diretti previsti dall'art. 41;
- g) può promuovere, subsidiare e partecipare alla gestione di servizi e programmi di assistenza e cura a domicilio sperimentali;
- h) assicura la formazione del personale necessario e promuove quella dei volontari;
- i) esegue a intervalli regolari una valutazione dei risultati dell'attività degli enti sussidiati, sia dal profilo socio-sanitario che dal profilo economico;
- l) mette a disposizione degli Enti determinati servizi generali;
- m) vigila sulla corretta applicazione della presente legge;
- n) emana il regolamento d'applicazione e le necessarie direttive;
- o) esercita qualsiasi altra competenza non espressamente delegata ad altro ente.

3 Il Consiglio di Stato designa le unità amministrative a lui subordinate, competenti per l'esecuzione e la vigilanza sulla corretta applicazione della presente legge, alle quali può anche delegare propri compiti.

Art. 8

II. Comuni

I Comuni:

- a) collaborano con il Cantone al fine di adattare alla realtà locale la pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio;
- b) partecipano al finanziamento degli Enti riconosciuti dal Cantone;
- c) possono definire eventuali progetti specifici o supplementari per il proprio comprensorio, il cui finanziamento avviene in modo distinto;
- d) assumono direttamente, mediante l' istituzione di un Consorzio ai sensi della Legge sul consorzio dei Comuni del 21 febbraio 1974 o mediante l' accordo tra i Comuni, con convenzione approvata dal Consiglio di Stato, la gestione del SACD nei comprensori sprovvisti di Associazione riconosciuta dal Cantone.

TITOLO II: DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL SUSSIDIAMENTO

Capitolo primo: Disposizioni comuni

Art. 9

1. Principio della sussidiarietà

1 Le sovvenzioni possibili secondo la presente legge sono sussidiarie rispetto a quelle previste da altre leggi, cantonali e federali.

2 Il totale dei sussidi comunali, cantonali e federali per l' assistenza e cura a domicilio percepiti da un unico beneficiario, riconosciuto in base alla presente legge, non può superare il limite previsto dalla stessa.

Art. 10

2. Requisiti per il sussidiamento

1 Possono ottenere sussidi unicamente enti e prestazioni riconosciuti dal Cantone.

2 Il riconoscimento viene concesso solo a enti e prestazioni conformi alla legge e a quanto stabilito dalla pianificazione e dal coordinamento cantonali, tranne per i progetti specifici o supplementari di cui all' art. 8 lett. c) e non sussidiati dal Cantone secondo l' art. 36.

3 Per il riconoscimento e per tutta la sua durata, gli enti devono mettere a disposizione del Dipartimento i dati statistici necessari per l' elaborazione della pianificazione.

4 Fatta eccezione per gli aiuti diretti previsti dall' art. 41, i sussidi sono concessi unicamente a persone giuridiche.

Art. 11

3. Commisurazione dei contributi degli utenti

1 Gli enti sussidiati dal Cantone sono tenuti a prelevare un contributo dall' utente.

2 Il contributo, salvo quello per le prestazioni di supporto, è commisurato alle condizioni finanziarie (reddito e sostanza) dell' utente ed è stabilito da un tariffario approvato dal Consiglio di Stato.

3 L' assistenza igienica, previdenziale e sociale in materia di maternità e infanzia in età prescolastica è gratuita.

Art. 12

4. Verifica dei bilanci e preventivi

1 Gli enti sussidiati devono sottoporre ogni anno al Consiglio di Stato i conti di esercizio e i bilanci patrimoniali.

2 Essi devono presentare al Consiglio di Stato per approvazione il preventivo d' esercizio dell' anno successivo.

3 La delegazione consortile invia i preventivi e i consuntivi ai Comuni consorziati secondo quanto stabilito dalla Legge sul consorzio dei Comuni del 21 febbraio 1974. Questa procedura si applica per analogia anche al Comune pilota nei comprensori dove vige un accordo convenzionale.

4 Il Consiglio di Stato può ordinare le opportune verifiche e revisioni e dare istruzioni contabili.

Art. 13

5. Requisiti formali

Il regolamento di applicazione definisce le modalità e la documentazione necessaria per le richieste di sussidio.

Art. 14

6. Rappresentanza del Cantone negli enti sussidiati

Al Cantone deve essere garantita la possibilità di essere rappresentato nell' organo amministrativo degli enti sussidiati.

Art. 15

7. Revoca del riconoscimento

Il Consiglio di Stato può revocare il riconoscimento di un ente o di una prestazione

sussidiati, se non sono più adempiuti i requisiti stabiliti dalla legge, dalla decisione di riconoscimento o dalla convenzione o per grave irregolarità nella gestione.

Art. 16

8. Restituzione del sussidio

1 Il Consiglio di Stato, entro 20 anni dalla concessione dei sussidi per le spese d'investimento, rispettivamente entro 10 anni dalla concessione dei sussidi per le spese d'esercizio, ordina la restituzione parziale o totale dei sussidi:

- a) quando il sussidio sia stato usato per uno scopo diverso da quello per cui fu concesso;
- b) quando il beneficiario non si attenga alle disposizioni di questa legge ed alle condizioni specifiche fissate in base ad essa;
- c) quando il sussidio sia stato ottenuto con motivazione infondata, invertebra o con documentazione falsa;
- d) quando l'edificio sia destinato ad altro scopo o alienato.

2 E' riservata l'azione penale.

Capitolo secondo: Servizi di assistenza e cura a domicilio

A. Definizione dei comprensori

Art. 17

Per garantire un intervento efficace, efficiente e coordinato, il Consiglio di Stato stabilisce i comprensori d'intervento dei SACD (di seguito comprensori).

B. Requisiti per il riconoscimento dei SACD

Art. 18

I. Forma istituzionale

1 In generale:

1 Il Cantone riconosce, ai fini del sussidiamento, i SACD organizzati nella forma dell'associazione ai sensi degli artt. 60 e segg. del Codice civile svizzero, del Consorzio di Comuni in base alla Legge sul consorzio dei Comuni del 21 febbraio 1974- oppure gestiti direttamente da un Comune polo convenzionato con gli altri Comuni del comprensorio.

2 Per ogni comprensorio viene riconosciuto un solo SACD, che deve assumersi il servizio per l'intera zona.

3 In caso di divergenze sulla forma istituzionale da adottare, sorte tra i Comuni siti in un comprensorio privo di un SACD gestito da un'associazione riconosciuta, il Consiglio di Stato, nell'ambito della procedura di approvazione degli Statuti del Consorzio o della Convenzione, decide inappellabilmente la forma che deve essere adottata per il comprensorio in questione.

Art. 19

2. Requisiti particolari

a. Associazioni:

1 Per essere riconosciute ai sensi della presente legge, le Associazioni gerenti un SACD devono soddisfare i seguenti requisiti:

- a) non avere scopo di lucro;
- b) avere tra i loro membri, al momento della presentazione dell'istanza di riconoscimento, tutti i Comuni del comprensorio;
- c) permettere un'adeguata rappresentanza dei Comuni in seno ai propri organi.

2 Il SACD perde il riconoscimento, al momento in cui più della metà dei Comuni del relativo comprensorio hanno dato le dimissioni dall'associazione gerente.

3 La decisione con la quale viene revocato il riconoscimento interviene non appena sia stato riconosciuto un nuovo Ente.

4 Il Cantone e l'Associazione stipulano una convenzione il cui contenuto è disciplinato dal regolamento d'applicazione.

Art. 20

b. Comune polo

1 L'istituzione di un SACD tramite convenzionamento con un Comune polo è retta dalla Legge organica comunale del 10 marzo 1987.

2 La disdetta della convenzione tra Comuni è vincolata alla ratifica del Consiglio di Stato.

3 In caso di disdetta della convenzione da parte di più della metà dei Comuni del comprensorio valgono, per analogia, le regole di cui all'art. 19 cpv. 2 e 3.

Art. 21

c. Consorzi di Comuni

1 L' istituzione, la gestione e lo scioglimento dei Consorzi sono regolati, ove non altrimenti specificato, dalla Legge sul consorzio dei Comuni del 21 febbraio 1974. Lo Statuto deve essere approvato dall' istanza competente secondo la Legge sul consorzio dei Comuni, sentito l' avviso del Dipartimento competente per l' applicazione della presente legge.

2 In caso di necessità, il Consiglio di Stato può ricorrere al consorzio coattivo ai sensi dell' art. 4 della Legge sul consorzio dei Comuni.

3 Lo scioglimento totale o parziale del Consorzio deve essere ratificato dal Consiglio di Stato ai sensi degli artt. 40 e 41 della Legge sul consorzio dei Comuni del 21 febbraio 1974.

Art. 22

II. Campo d' intervento

1 Affinché possa essere riconosciuto, il SACD deve offrire almeno le prestazioni di cui all' art. 3. prestazioni ulteriori sono sussidiate solo se conformi alla pianificazione o nell' ambito di quanto statuito dagli art. 8 lett. c) e 36.

2 Previa stipulazione della relativa convenzione il SACD può delegare l' esecuzione di determinati servizi ad enti esterni senza scopo di lucro.

3 Il SACD può offrire, nel rispetto della pianificazione cantonale, determinate prestazioni di supporto.

4 Esso rende operativi i progetti specifici e supplementari di cui all' art. 8 lett. a).

Art. 23

III. Organizzazione

1. del SACD

a. Direzione:

1 Ogni SACD deve avere un direttore/trice, la cui nomina è ratificata dal Consiglio di Stato.

2 I requisiti professionali ed un elenco minimo dei compiti del/la direttore/trice sono stabiliti dal Consiglio di Stato.

3 Il/La direttore/trice è responsabile del rispetto della pianificazione cantonale, dell' organizzazione, dell' impostazione generale dell' attività, della gestione del personale, della preparazione dei preventivi e consuntivi e della gestione finanziaria. Assicura il coordinamento del SACD con altri enti e servizi e promuove la formazione e l' aggiornamento del personale.

Art. 24

b. Rapporti con altri enti

1 Nell' ambito della pianificazione cantonale, per ottimizzare i rapporti con altri enti operanti sul territorio, il SACD conclude le convenzioni necessarie per definire la distribuzione dei compiti e degli oneri finanziari; le convenzioni devono essere ratificate dal Consiglio di Stato.

2 Resta salva la legislazione in materia di assicurazione contro le malattie.

Art. 25

2. delle Unità operative

a. Zona d' intervento:

1 Di regola i comprensori dei SACD sono suddivisi, secondo la pianificazione cantonale, in zone d' intervento in base ai seguenti criteri indicativi:

- popolazione di ca. 15'000 persone per zona d' intervento;
- particolarità topografiche e distanze utili per una gestione razionale del servizio;
- presenza di prestazioni di supporto, Istituti e Ospedali.

2 Ogni zona d' intervento è gestita da un' unità operativa.

3 Se la situazione geografica, quella demografica o la morbidità locale lo richiedono, l' unità operativa viene dotata di sotto-sedi.

Art. 26

b. Composizione

1 L' unità operativa deve disporre di un' équipe polivalente composta da operatori/trici appartenenti ad ognuna delle seguenti categorie professionali:

- infermiere/a
- aiuto familiare
- ausiliario/a dell' assistenza a domicilio
- assistente sociale - fisioterapista
- ergoterapista

- medico fiduciario, che funga da consulente e garantisca il collegamento tra medici curanti, specialisti/e e operatori/trici dei diversi servizi.

2 Il Consiglio di Stato, dopo una prima fase di verifica, può modificare la composizione dell' équipe.

3 Gli/Le operatori/trici dell' unità operativa o sono dipendenti del SACD oppure vengono incaricati/e con un contratto di diritto privato.

Art. 27

c. Funzionamento

1 Gli/Le operatori/trici che lavorano per una medesima unità operativa (comprese le sotto-sedi), collaborano tra di loro.

2 L' unità operativa è diretta da una capo-équipe che vigila affinché gli interventi dei vari operatori/trici avvengano in modo coordinato e razionale. L' attività degli/le aiuto familiare e degli/le ausiliari/e dell' assistenza a domicilio è diretta da una capo-servizio.

3 L' unità operativa collabora con le autorità comunali e cantonali che ne fanno richiesta.

4 Per l' esercizio delle professioni sanitarie fanno stato gli articoli 53 e seguenti, in particolare l' art. 64, della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario, del 18 aprile 1989.

Art. 28

d. Coinvolgimento del volontariato

1 Ove possibile e compatibile con la qualità dell' intervento, l' unità operativa associa il volontariato nella distribuzione delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio.

2 A questo scopo essa può conferire al /la volontario/a , direttamente o tramite un' organizzazione, un mandato su base temporale, stabilendo il numero di ore d' intervento; il/la capo-équipe è responsabile e sorveglia l' operato del/la volontario/a nonché la sua istruzione.

3 A titolo di riconoscimento, per l' impegno assunto ai sensi del cpv. 2 il SACD può versare al/la volontario/a un indennizzo a titolo di rimborso per le spese vive sostenute.

Art. 29

e. Modalità d' intervento

1 Il/La capo-équipe, tenuto conto dei bisogni e delle richieste dell' utenza, delle priorità d' intervento del servizio e del parere dei membri dell' équipe, decide sulla presa a carico degli utenti.

2 Egli/Ella sovrintende affinché sia concluso un accordo con l' utente, che preveda una presa a carico globale e affinché questa venga costantemente aggiornata.

3 L' unità operativa deve garantire le prestazioni essenziali e la possibilità di intervento in caso di complicazioni o di emergenza.

Art. 30

f. Rapporti con altri enti

Al fine di poter seguire in modo coordinato, efficiente ed efficace il singolo utente, ogni unità operativa designa una responsabile che mantiene i contatti con i Servizi d' appoggio, gli Istituti o Ospedali, i servizi dell' OSC, l' Ufficio sociale cantonale e gli enti privati attivi nel settore.

Art. 31

IV. Ulteriori requisiti

Ulteriori requisiti possono essere stabiliti dal Regolamento d' applicazione.

Art. 31

C. Ammontare dei sussidi

I. Sussidi per le spese d' investimento:

1 Per la costruzione, la ricostruzione, l' ampliamento, l' ammodernamento e l' acquisto di locali destinati ad ospitare le attività del SACD, così come per l' acquisto di attrezzature, il Cantone concede un sussidio fino ad un massimo del 70% della spesa preventivata, da adeguare alle variazioni dell' indice medio dei costi di costruzione.

2 Il Consiglio di Stato stabilisce i criteri determinanti per la fissazione del sussidio.

Art. 33

II. Sussidi per le spese d' esercizio

1. Spese corrispondenti alla pianificazione cantonale

a. Principio:

1 Il sussidiamento delle spese di esercizio dei SACD riconosciuti ai sensi della legge, avviene con l' assunzione da parte del Cantone e dei Comuni del disavanzo di esercizio secondo le modalità di cui agli art. 34 e 35.

2 La relativa decisione è di competenza del Consiglio di Stato.

3 Il Consiglio di Stato designa un'istanza di compensazione, che riceve in pagamento i contributi del Cantone e dei Comuni e versa al SADC l'importo corrispondente al disavanzo di esercizio riconosciuto, dedotti i sussidi federali di cui all'art. 101bis LAVS.

4 Le ulteriori modalità di pagamento, in particolare quelle relative al versamento di acconti, sono stabilite dal regolamento.

Art. 34

b. Determinazione del disavanzo

1 Il disavanzo d'esercizio riconosciuto dal Consiglio di Stato è costituito dalle spese d'esercizio rispondenti alla pianificazione cantonale, dedotte le seguenti entrate:

- a) i contributi corrisposti dagli utenti in base all'art. 11
- b) la partecipazione delle Casse malati per prestazioni previste dalla legislazione federale e dalla legge cantonale sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie;
- c.) le prestazioni assicurative particolari, quali quelle previste dalle leggi sull'Ave, sull'Al e sulle PC;
- d) eventuali sussidi federali, ad eccezione di quelli erogati in base all'art. 101bis LAVS;
- e) eventuali donazioni, legati ecc.

2 Le spese d'esercizio riconosciute sono definite dal Regolamento d'applicazione, ritenuto che vengono riconosciute unicamente le unità di personale e la somma degli indennizzi ai/volontari/e che sottoscrivono un contratto di mandato con il SADC rispondenti alla pianificazione cantonale e approvati preventivamente dal Consiglio di Stato; sono escluse le spese derivanti dai progetti di cui all'art. 8 lett. a).

Art. 35

c. Ripartizione del disavanzo

1 Il Cantone si assume un quinto della somma dei disavanzi dei SADC riconosciuti secondo l'art. 34.

2 Riservato il cpv. 3, i Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti della somma dei disavanzi di cui al cpv. precedente, ripartiti nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d'imposta cantonale.

3 Per i Comuni situati in un comprensorio il cui SADC è al beneficio del sussidio federale di cui all'art. 101bis LAVS, il contributo comunale calcolato secondo il cpv. 2 (di seguito contributo comunale) viene corretto secondo la seguente formula:

$$\text{contributo comunale} \times$$

1- sussidio 101 bis LAVS somma dei contributi comunali del comprensorio

Art. 36

2. Sussidio d'esercizio per progetti secondo l'art. 8 lett. c

1 Il Cantone può partecipare al finanziamento di progetti specifici o supplementari decisi da singoli enti per il proprio comprensorio in base all'art. 8 lett. c) con l'assunzione di un massimo del 20% del disavanzo del relativo progetto.

2 Il Cantone sussidia unicamente i progetti autorizzati nell'ambito della pianificazione.

3 Il finanziamento di questi progetti non può essere accollato ai servizi di altri comprensori.

Capitolo terzo: Servizi d'appoggio

Art. 37

A. Principio

1 Il Cantone sussidia, nei limiti posti dall'art. 9, i servizi d'appoggio necessari al conseguimento dello scopo della legge e rispondenti alla pianificazione cantonale.

2 Esso stabilisce i requisiti necessari per l'ottenimento del riconoscimento.

Art. 38

B. Ammontare dei sussidi

I. Sussidi per le spese d'investimento:

1 Per la costruzione, la ricostruzione, l'ampliamento, l'ammodernamento e l'acquisto di locali destinati ad ospitare le attività del Servizio d'appoggio, così come per l'acquisto di attrezzature, è concesso un sussidio fino ad un massimo del 70% della spesa preventivata, da adeguare alle variazioni dell'indice medio dei costi di costruzione.

2 Nella commisurazione del sussidio si tiene conto di eventuali sussidi concessi da altri enti e delle esigenze pianificatorie regionali e cantonali.

Art. 39

II. Sussidi per le spese d'esercizio

1 Il sussidiamento delle spese d' esercizio dei Servizi d' appoggio riconosciuti avviene, per analogia, secondo gli artt. 33 e 35.

2 Il disavanzo d' esercizio è costituito dalle spese d' esercizio riconosciute, dedotte le seguenti entrate:

- a) i contributi corrisposti dagli utenti in base all' art. II;
- b) eventuali sussidi federali, ad eccezione di quelli erogati in base all' art. 101bis LAVS;
- c) ogni altro ricavo stabilito dal Regolamento d' applicazione.

3 Le spese d' esercizio riconosciute sono definite dal Regolamento d' applicazione, ritenuto che vengono sussidiate unicamente le unità di personale rispondenti alla pianificazione cantonale e approvate preventivamente dal Consiglio di Stato.

Capitolo quarto: Sussidi particolari

Art. 40

1 Il Cantone può sussidiare, nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio e nei limiti posti dall' art. 9, le attività conformi alla pianificazione distribuite da enti pubblici o privati di interesse generale e senza scopo di lucro.

2 E' comunque escluso un sussidiamento dell' attività individuale di assistenza e cura prestata direttamente presso l' abitazione dell' utente da parte di membri e operatori/trici di detti enti, oltre a quanto previsto agli artt. 22 cpv. 2 e 34 cpv. 2.

3 Il sussidio ammonta ad un massimo del 75% delle spese effettive, documentate e riconosciute fino alla copertura del deficit.

4 Il regolamento d' applicazione stabilisce i requisiti e la procedura per l' ottenimento del sussidio.

Capitolo quinto: Aiuti diretti

Art. 41

1 Il Cantone concede gli aiuti diretti di cui all' art. 5.

2 Il sussidio ammonta ad un massimo del 75% delle spese riconosciute e documentabili.

TITOLO III: VIGILANZA E PIANIFICAZIONE CANTONALI

Art. 42

Il Consiglio di Stato designa l' istanza- preposta alla vigilanza sulla corretta applicazione della presente legge.

TITOLO IV: RIMEDI DI DIRITTO

Art. 43

1 Contro le decisioni del Dipartimento dato ricorso al Consiglio di Stato nel termine di 15 giorni. Le decisioni del Consiglio di Stato sono definitive. La procedura è regolata dalla Legge di procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966.

2 Contro le decisioni del SACD concernenti la presa a carico dell' utente è dato ricorso all' istanza preposta alla vigilanza (art. 42), che decide rapidamente ed in modo definitivo.

TITOLO V: DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 44

Disposizioni abrogate

Con l' entrata in vigore di questa legge sono abrogate le seguenti norme:

- gli articoli 12 e 13 della Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza del 15 gennaio 1963;
- il Regolamento concernente l' istituzione di poliambulatori profilattici, materni e pediatrici del 20 giugno 1963;
- l' art. 12 cpv. 1 lett. d) della Legge sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie del 28 maggio 1986;
- l' art. 29 del Regolamento sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie del 25 novembre 1986;
- gli articoli 7 cpv. 1 lett. e), 7 cpv. 2 e 14 della Legge sull' integrazione sociale e professionale degli invalidi del 14 marzo 1979;
- gli articoli 29, 30 e 45 del Regolamento di applicazione della Legge sull' integrazione sociale e professionale degli invalidi del 26 febbraio 1980;
- gli articoli 2 lett. d) e f), 3 e 7 della Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973;
- gli articoli 7, 8, 9 e 23 del Regolamento di applicazione della legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle

persone anziane del 26 febbraio 1980.

Art. 45

Disposizioni transitorie

1 Il Consiglio di Stato stabilisce il termine entro il quale i Servizi di aiuto domiciliare attualmente esistenti devono conformarsi alla nuova legge per poter beneficiare del sussidiamento.

2 Egli può sciogliere con decreto governativo i Consorzi esistenti al momento dell'entrata in vigore della presente legge.

3 In caso di scioglimento del rapporto di impiego per mancata conferma o soppressione della funzione dovuti alla riorganizzazione dei Servizi secondo i comprensori stabiliti in base all' art. 17 della presente Legge e di conseguente riassunzione presso uno dei SADC costituiti, decade il diritto del personale a indennità d' uscita o rendite dovute alla mancata conferma o alla soppressione della funzione. Ciò vale anche in caso di ingiustificato rifiuto di un posto di lavoro offerto dai nuovi SADC o di ingiustificata mancata partecipazione al relativo concorso.

Art. 46

Entrata in vigore

1 Trascorsi i termini per l' esercizio del diritto di referendum, la presente legge, unitamente al suo Allegato, è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

2 Il Consiglio di Stato ne fissa la data dell' entrata in vigore.

Allegato

Modifica di Leggi

I.

Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989; modifica delmarginale invariata.

Art. 4

1 invariato

2 Esso, nei limiti del cpv. 3 di questo articolo, può sussidiare, partecipare alla gestione e, ove ve ne sia necessità, gestire in modo autonomo servizi e strutture sanitari di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, di ricerca e di formazione.

3 invariato

II.

Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza del 15 gennaio 1963; modifica delmarginale invariata.

Art. 3

Le gestanti e i genitori ricevono per sé e per i bambini in età prescolastica la consulenza sanitaria gratuita presso i Servizi di assistenza e cura a domicilio riconosciuti dallo Stato in base alla Legge sull' assistenza e cura a domicilio del

III.

Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982; modifica delmarginale invariata.

Art. 10

cpv. 1 - 2 invariati

3 Essa è coordinata con la pianificazione in materia socio- psichiatrica, con quella concernente l' assistenza e cura a domicilio e con la pianificazione cantonale.

cpv. 4 - 5 invariati

marginale l' avariata.

Art. II cpv. 9 (nuovo)

cpv. 1 - 8 invariati

9 Ogni ospedale regionale o di zona designa al suo interno un responsabile che mantiene i contatti con gli Istituti, i Servizi di assistenza e cura a domicilio, i Servizi d' appoggio, i servizi dell' OSC, l' Ufficio sociale cantonale e gli enti privati attivi nel settore.

Art. 33

Fabbisogno del settore ospedaliero

1. Definizione:

1 Il fabbisogno dell' Ente è pari alla somma dei costi di tutti gli ospedali nonché della sua amministrazione, fatta deduzione di tutte le entrate effettive d' esercizio, compresi gli utili delle gestioni estranee.

2 invariato

Art. 34**2. Copertura e limite**

1 Il fabbisogno dell' Ente è coperto dallo Stato.

2 Il fabbisogno non può oltrepassare il limite del 18% del gettito dell' imposta cantonale stabilito nei modi e per l' anno fissati dal Consiglio di Stato.

IV.

Legge sull' integrazione sociale e professionale degli invalidi del 26 febbraio 1980; modifica delmarginale invariata.

Art. 8

1 Sono considerati provvedimenti particolari d' integrazione sociale e professionale degli invalidi:

a) invariato

b) l' organizzazione di soluzioni associative d' abitazione, di sostegno e di ricreazione.

2 invariato

V.

Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973; modifica delmarginale invariata.

Art. 1

1 Avariato.

2 invariato

3 Il Cantone può stabilire una quota minima di posti letto, riferita alla popolazione anziana, che i Comuni devono garantire ai propri domiciliati.
marginale invariata

Art. 2

Sono considerate attività sociali a favore delle persone anziane:

lett. a), b), a), e) invariate ;

g) La creazione di soluzioni collettive d' abitazione.

Art. 6**b) per l' esercizio**

ba) Principio:

1 Il finanziamento delle spese di esercizio degli istituti riconosciuti ai sensi dell' art. 4 di questa legge, avviene mediante l' assunzione da parte dello Stato e dei Comuni del disavanzo di esercizio.

2 La relativa decisione è di competenza del Consiglio di Stato.

3 Il Consiglio di Stato designa un' istanza di compensazione, che riceve in pagamento (riscuote) i contributi del Cantone e dei Comuni e versa all' istituto l' importo corrispondente al disavanzo.

4. Le ulteriori modalità di pagamento, incluse quelle relative al versamento di acconti, sono stabilite dal regolamento.

Art 6a**bb) ripartizione del disavanzo**

1 I Comuni si assumono i quattro quinti del disavanzo complessivo di tutti gli istituti riconosciuti del Cantone.

2 La metà di questa quota viene ripartita tra i Comuni in base alle giornate di presenza di ciascun ospite domiciliato, fermo restando che per questa parte il contributo di ogni singolo Comune non può superare il 6% del suo gettito d' imposta cantonale.

3 L' altra metà, maggiorata degli importi che superano il 6% del gettito d' imposta cantonale del Comune di cui al capoverso precedente, viene assunta dai Comuni nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d' imposta cantonale.

4 Le ulteriori modalità sono stabilite dal regolamento.

Atr. 6b**bc) Determinazione del disavanzo**

1 Il disavanzo di esercizio è costituito dalle spese d' esercizio riconosciute dal Cantone, dedotte le entrate seguenti;

a) le rette praticate nei confronti degli ospiti secondo l' art. 6d;

b) le prestazioni assicurative particolari (oltre alle rendite) previste dalle leggi sull' Ave, sull' AI e sulle PC;

c) la partecipazione delle Casse malati per prestazioni speciali secondo la legislazione cantonale sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie;

d) i redditi del patrimonio dell' istituto;
e) una quota parte delle elargizioni o donazioni di enti pubblici o di enti privati sull' importo che verrà stabilito annualmente dal Dipartimento, tenuto conto della necessità dell' istituto di costituire una riserva finanziaria per nuove costruzioni o lavori di ammodernamento o ampliamento di fabbricati e acquisto di attrezzature ed arredamenti.

2 Le spese di esercizio computabili non comprendono gli interessi e gli ammortamenti derivati dagli investimenti a carico degli enti pubblici di cui all' art. 5.

3 Le spese d' esercizio sussidiabili sono definite dal Regolamento di applicazione.

Art.6c (nuovo)

bd) Partecipazione dei Comuni all' onere a carico dell' ente proprietario di un ente

1 Modifica della sistematica e numerazione. Il testo corrisponde a Quello attuale del art. 6b cpv. 3.

2 Modifica della sistematica e numerazione. Il testo corrisponde a quello attuale del art. 6b cpv. 4.

Art. ed (nuovo)

be) Rette

Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello invariato dell' attuale art. 6a marginale invariata.

Art. 8a

1 Per i procedimenti particolari previsti dall' art. 2 lett. g) di questa legge è concesso un sussidio fino ad un massimo del 75 % delle spese effettive, documentate e riconosciute.

2 invariato

marginale invariata

Art. 19a

1 Il Dipartimento competente, entro 5 anni dalla concessione, ordina la restituzione parziale o totale dei sussidi previsti dall' art. 2 lett. f) [nella versione della legge antecedente la presente modifica] e lett. g) nei casi specificati nell' art. 19 cpv. 1.

2 invariato

3 invariato

VI.

Legge sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie del 28 maggio 1986; modifica delmarginale invariata.

Art. 12 cpv. 1 e 2 invariati

3 L' estensione delle prestazioni elencate al cpv. 1 lett. e) e m) è definita nel regolamento di applicazione. Per la determinazione delle tariffe valgono, per analogia, le disposizioni della LAMI.

Art. 12a (nuovo)

Cure a domicilio e in case per anziani

1 Oltre alle prestazioni previste dalla legislazione federale, in particolare dall' Ordinanza 7 del Dipartimento federale dell' interno sull' assicurazione contro le malattie concernente le terapie scientificamente riconosciute che devono essere prese a carico delle Casse malati riconosciute del 13 dicembre 1965, le casse convenzionate devono assumere il pagamento delle cure prestate a domicilio o in casa per anziani da personale infermieristico diplomato, su prescrizione medica, nonché del materiale sanitario.

2 Esse devono in particolare assumere il pagamento delle seguenti prestazioni:

a) medicazioni

b) igiene personale del malato

c) ginnastica del piccolo bacino contro l' incontinenza

d) rifacimento del letto occupato

e) aspirazione delle secrezioni naso-bocca e endotracheale

f) cure della tracheotomia

g) alimentazione

h) somministrazione di terapia mediante infusione o pompe s/ci) iniezione mediante catetere epidurale

j) preparazione di vari tipi di pompa portabili sulla persona e per terapia continua

k) terapia mediante accesso venoso permanente e somministrazione di terapia mediante infusione o pompa

l) trasfusione di sangue o emoderivati mediante accesso venoso permanente

- m) lavaggio di un serbatoio per terapia
- n) prima visita dell' utente a domicilio
- o) visita di sostegno e visita di utenti degenti in una casa per anziani
- p) insegnamento al paziente ed alle persone a lui vicine
- q) insegnamento per l' alimentazione e la dieta
- r) controllo sonda naso-gastroduodenale a caduta libera
- s) cura della gastrostomia senza problemi
- t) cura della gastrostomia con complicazioni
- u) alzare ed aiutare durante la deambulazione
- v) fissaggio o medicazione di un ago di tipo Huber
- vv) prelievo mediante accesso venoso permanente
- x) assistenza per togliere l' ago da un serbatoio per terapia
- y) assistenza per urgenze
- z) procedura di valutazione per la presa a carico di un utente
- aa) trasporto tra domicilio ed ospedale di persone con difficoltà motorie bisognose di controlli o terapie ricorrenti di media o lunga durata.

3. Ulteriori prestazioni possono essere definite nel regolamento di applicazione. Per la determinazione delle tariffe valgono, per analogia, le disposizioni della LAMI.

4 Sono riconosciute solo le prestazioni eseguite da infermieri diplomati indipendenti o stipendiati da enti riconosciuti.

VII.

Legge sull' assistenza sociopsichiatrica del 26 gennaio 1983; modifica del
.....marginale invariata.

1 Il Consiglio di Stato, competente per approvarla, sottopone al Gran Consiglio per la discussione ogni 4 anni la pianificazione relativa agli interventi sociopsichiatrici che dev' essere coordinata con la pianificazione ospedaliera, con quella concernente l' assistenza e cura a domicilio e con la pianificazione cantonale.

2 invariato

marginale invariata

cpv. 1 e 2 invariati

Art. 16 cpv. 3 (nuovo)

3 Ogni UTR designa al suo interno un responsabile che mantiene i contatti con gli Ospedali, gli Istituti, i Servizi di assistenza e cura a domicilio, i Servizi d' appoggio, l' Ufficio sociale cantonale e gli enti privati attivi nel settore.