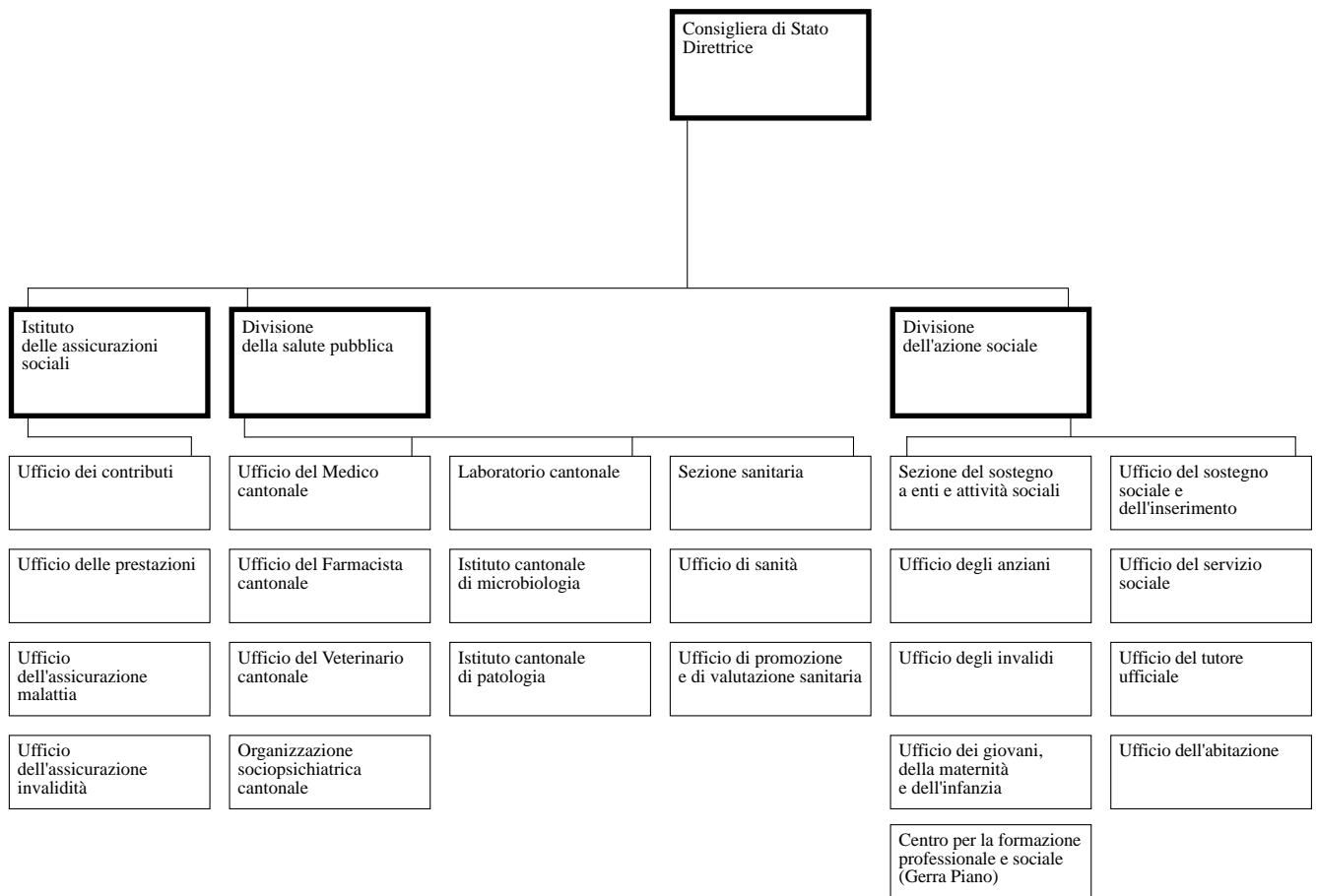


4. Dipartimento della sanità e della socialità



4.1 Considerazioni generali

L'attività svolta dal Dipartimento della sanità e della socialità nel 2004 è stata impostata in base al programma d'azione stabilito dalle misure dell'obiettivo salute e benessere (n. 8) delle nuove Linee Direttive per il periodo 2004-2007 del dicembre 2003.

Per la sua portata generale, nel rispetto del Rapporto degli indirizzi dicembre 2003, va innanzitutto menzionato il perseguimento di uno **sviluppo sostenibile**. Con questo principio si vuole favorire un equilibrio tra capacità economica, solidarietà sociale e rispetto dell'ambiente. A seguito del loro sviluppo socioeconomico i paesi avanzati, dopo una prima fase di importanti vantaggi soprattutto di ordine materiale, oggi sono confrontati con un'impressionante serie di nuovi bisogni che toccano tutti i settori di interesse pubblico: ambiente, territorio, trasporti, educazione, formazione, sanità, socialità, sicurezza e giustizia.

Per quanto concerne la sanità e la socialità basta pensare ai problemi della terza età (allungamento della vita), della popolazione attiva (mondo del lavoro), delle famiglie, dei bambini e dei giovani.

Più concretamente nel 2004 si è dovuto constatare che il Cantone da un punto di vista sanitario e sociale è confrontato a reali emergenze. A livello di inquinamento per polveri

fini il Ticino presenta le zone con l'inquinamento più alto della Svizzera. A un tasso di disoccupazione elevato (dopo Ginevra, con Vaud è il più alto) si sono aggiunte definitivamente nuove forme di precarietà. Secondo l'Ufficio federale di statistica il Ticino con il 12,9 % è il Cantone con la quota più elevata di lavoratori poveri, il doppio della media svizzera (6,7 %). D'altra parte il reddito medio procapite dal 1998 al 2002 (ultimi dati USTAT disponibili) ha registrato una diminuzione (in termini nominali!) di fr. 2.933.- (quello svizzero se nel 1998 era del 19 % superiore, nel 2002 lo era del 30 %). La serietà di questa situazione è confermata dall'evoluzione delle prestazioni sociali alle persone (AI, prestazioni complementari, riduzione premi casse malattia, assegni figli, assistenza), sia a livello del numero di beneficiari che della spesa (si veda ad esempio 4.4.4 e 4.4.5.4). Per rispondere positivamente, anche da un punto di vista finanziario, a questi bisogni è evidente che si debba agire prima di tutto **sulle loro cause**. Il benessere di una popolazione dipende innanzitutto da fattori quadro quali la formazione, le condizioni di lavoro, l'ambiente. Nell'ambito delle sue competenze, le principali azioni del Dipartimento in questa direzione sono le seguenti tre.

La prima riguarda l'attuazione di una **promozione e di una protezione della salute basate su un intervento multisettoriale**. Si tratta di fare in modo che le decisioni delle politiche non sanitarie siano compatibili con la salute dei cittadini.

La seconda riguarda la promozione di **nuove forme di sicurezza sociale**, quale risposta alla flessibilizzazione del mercato del lavoro. Le trasformazioni del mercato del lavoro e, più in generale, dell'economia causano precarietà, instabilità e insicurezza dell'impiego. Si tratta pertanto di elaborare misure in grado di mutualizzare soluzioni per problemi quali la ricerca di lavoro, l'aggiornamento professionale, la prevenzione delle patologie, l'insufficiente copertura assicurativa, la cura dei figli.

La terza azione è costituita dalla promozione di **una politica familiare globale**. Le famiglie sono profondamente mutate: dimensione, forme, grado di stabilità. Questa trasformazione, dovuta a radicali cambiamenti delle condizioni quadro socioeconomiche e dei comportamenti individuali, genera nuovi fenomeni e bisogni a livello relazionale, organizzativo e finanziario. Si tratta dunque di attuare una politica che sappia coordinare i diversi tipi di misure (regole, servizi, prestazioni che incidono sul tempo, qualità e risorse finanziarie) al fine di promuovere il benessere delle famiglie e dei loro membri.

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

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

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

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

Infine per le strutture e i servizi, quale misura di razionalizzazione, va menzionata l'introduzione delle nuove modalità di finanziamento basate sui contratti di prestazione.

Le misure di dimensionamento dell'offerta secondo i bisogni e di razionalizzazione sono poi state promosse anche per tutte **le prestazioni dirette alle persone**. Questo lavoro è stato attuato tramite il Progetto "Intervento sociale". Questo progetto, di carattere globale e inter-

dipartimentale ha due obiettivi principali: il coordinamento delle **prestazioni finanziarie** di complemento (contributi agli individui) e il coordinamento delle **prestazioni reali** (informazione, consulenza, sostegno, accompagnamento e inserimento degli individui).

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

Per quanto concerne le prestazioni reali (non finanziarie) agli individui, due sono le aree principali d'intervento: da una parte l'orientamento, l'inserimento e il collocamento professionale tramite una struttura di coordinamento che coinvolge i servizi competenti (DSS, DFE, DECS); d'altra parte le famiglie e i minorenni sulla base di alcuni scenari di coordinamento esaminati dal Governo all'inizio del 2004.

Nel 2004 l'elaborazione delle misure di risanamento finanziario ha comportato per la Direzione e i funzionari dirigenti del Dipartimento della sanità e della socialità un impegno importante.

Come richiesto dal Gran Consiglio con il Preventivo 2004, ha innanzitutto elaborato misure di contenimento nell'ambito sociale, riguardanti in particolare enti e associazioni. Il Dipartimento, nei termini fissati (coinvolgimento parti interessate, presentazione con il Consuntivo 2003), per la seduta governativa del 22 marzo 2004 ha poi presentato due varianti di Messaggio. A seguito dell'incontro del Governo con la Commissione della gestione e delle finanze del 30.03.2004 questi progetti sono però stati definitivamente rinviati dal Consiglio di Stato nella seduta del 6.04.2004.

Il Dipartimento ha inoltre partecipato ai diversi gruppi di lavoro (Riesame servizi, compiti e attività; Offerta e contributi; Riduzione standard investimenti; Piano risparmi Confederazione; Personale) creati dal Consiglio di Stato alla fine del 2003 per riorientare la spesa pubblica. Sulla base di queste analisi ha poi elaborato, per i settori di sua competenza, le misure presentate dal Governo nel Messaggio 15.10.2004 concernente il Preventivo 2005 (punto 10.2 pag. 84-97) per un miglioramento finanziario totale di 46 mio. di franchi.

In materia sanitaria e sociale la promozione e l'esecuzione dei compiti sono fortemente condizionate dalla legislazione federale. Al riguardo si segnalano tre consultazioni principali: Nuova perequazione finanziaria (con incidenze molto rilevanti a livello delle prestazioni individuali delle assicurazioni sociali e del settore invalidi; finanziariamente il saldo sarà in ogni caso decisamente a favore del Cantone); Modifica Legge assicurazione invalidità; nuova strategia 2.a Revisione Legge assicurazione malattia. Per le prime due si veda il punto 4.2, per la terza si rimanda al punto 4.3.1.

Sempre a livello della Confederazione si osserva che il progetto di Politica nazionale della sanità, conclusosi nel 2003, è proseguito nel 2004 come piattaforma stabile di dialogo e concertazione in materia di salute pubblica tra Confederazione e Cantoni. Il primo incontro ha avuto luogo a fine aprile 2004.

A partire dal 1. gennaio 2004 la Consigliere di Stato avv. Patrizia Pesenti ha assunto la funzione di Presidente della Commissione sulla LAMal della Conferenza dei direttori cantonali della sanità.

4.1.1 La politica sociale

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

Rapporto degli indirizzi e Linee direttive mettono le famiglie al centro del progetto sociale per il Ticino del futuro. Il consolidamento della Legge sugli assegni familiari e la nuo-

va Legge per le famiglie (Lfam: adottata il 15 settembre 2003) sono la base per promuovere una politica moderna di compensazione degli oneri delle famiglie con figli, di sostegno delle funzioni essenziali delle famiglie e di protezione dei minorenni.

Nel 2004 sono stati effettuati i lavori di preparazione all'entrata in vigore della Lfam, in vigore dal 1° dicembre 2004, limitatamente alla concessione di sussidi per le spese di esercizio dei nidi dell'infanzia (Regolamento del 5 ottobre 2004). La messa in vigore completa della Lfam prevista per il gennaio 2006 è confermata.

Gli indirizzi legislativi saranno resi operativi attraverso una riorganizzazione amministrativa, un miglior coordinamento, un Osservatorio della politica familiare, l'appoggio ad attività complementari alle famiglie e ad attività di incontro e socializzazione, lo sviluppo di progetti per l'accesso all'informazione, alla formazione, alla prevenzione e alla consulenza, la riorganizzazione dei provvedimenti di protezione e dei flussi di finanziamento del Cantone e dei Comuni.

Integrazione sistematica della prospettiva di genere nelle politiche sanitarie e sociali (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 2)

Le politiche sociali e sanitarie possono promuovere le pari opportunità e migliorare la condizione sociosanitaria della popolazione femminile, nelle diverse fasi di vita, come auspicato dal "Piano d'azione della Svizzera per la parità fra donna e uomo".

Tra le strategie più adatte vi sono: lotta contro la povertà, promozione della salute, prevenzione e lotta contro ogni forma di violenza, sostegno alle famiglie e compatibilità fra responsabilità famigliari e attività professionali.

Misure e progetti potranno essere meglio sostenuti tramite la messa in vigore della Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minori (del 15 settembre 2004) e della revisione della Legge sugli assegni di famiglia. Altrettanto prioritaria sarà la sensibilizzazione del personale del settore socio-sanitario verso una maggiore attenzione sulla realtà femminile, sulla base del rapporto 2003 sulla "Parità nella sanità e nella socialità".

La politica degli anziani (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 3)

L'accresciuta longevità comporta la necessità di rispondere ai bisogni della componente più fragile degli anziani, favorendo al contempo una buona qualità di vita per tutti gli anziani. Per questo il 19 novembre 2004 si è costituito il Consiglio degli anziani (organo consultivo del Consiglio di Stato) chiamato a pronunciarsi sulle questioni attinenti alla terza età.

Per prevenire la perdita di autonomia, assistere e curare, il Cantone valorizza la solidarietà familiare (tramite gli aiuti diretti al mantenimento a domicilio) e promuove servizi e strutture di assistenza, cura e riabilitazione (ambulatoriali, domiciliari e stazionari). Obiettivi prioritari sono lo sviluppo dell'assistenza e cura a domicilio e della capacità d'accoglienza nelle case per anziani, in accordo con la pianificazione ospedaliera anche per contenere i costi d'investimento.

La Pianificazione degli istituti per anziani fino al 2010 è stata adottata dal Consiglio di Stato nel gennaio 2004: dovranno essere creati 500 posti supplementari, mentre entro fine 2006 si verificherà l'andamento dell'offerta e della domanda, anche tramite una banca dati. Gli ampliamenti delle strutture esistenti sono occasioni per differenziare l'offerta, con l'inserimento di unità abitative per le persone colpite da demenza senile.

Tutti gli istituti per anziani, sussidiati e non, hanno aderito all'introduzione del medesimo strumento multidimensionale di valutazione dei bisogni (RAI-NH). La generalizzazione dei contratti di prestazione, di cui nel 2004 è proseguita la sperimentazione, è prevista nel 2006.

Integrazione degli invalidi (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 4)

Il Cantone continua a impegnarsi a favore dell'integrazione sociale e professionale dei disabili per tradurre in concrete opportunità i loro diritti, sanciti dalla nuova legge federale in materia.

Al disabile minorenne, occorre garantire pari opportunità. Ai minorenni affetti da infermità tali da necessitare il ricorso a prestazioni d'assistenza e cura altamente qualificate, occorre riservare ambienti di vita sostitutivi di famiglia e scuola, capaci pure di erogare terapie specialistiche.

Inoltre, occorre prevenire il ricorso alle rendite AI quando il problema è l'esclusione dal mercato del lavoro, mentre per i casi di handicap si devono valorizzare gli aiuti diretti al mantenimento a domicilio, il supporto dei servizi di assistenza e cura a domicilio e dei servizi di appoggio, e mantenere un'adeguata capacità di accoglienza in strutture ambulatoriali e istituti.

Prosegue il ritiro della Confederazione dal settore delle strutture per invalidi, di competenza del Cantone a partire dal 2008. Il Cantone provvederà allo sviluppo indispensabile delle strutture, d'intesa con il DECS per i minorenni e secondo gli indirizzi della pianificazione triennale 2004-2006 per invalidi adulti accolta dall'UFAS (Ufficio federale delle assicurazioni sociali) a fine 2003 e che prevede abitazioni protette per gli invalidi meno dipendenti.

Presso il Centro di formazione professionale e sociale di Gerra Piano, inizieranno nel 2005 i lavori per l'inserimento di un Centro di accertamento professionale (CAP) della Svizzera italiana, finanziato dall'UFAS. I crediti necessari sono stati accordati con il Decreto legislativo del 3.12.2004.

Promozione dell'inserimento professionale di categorie a rischio elevato di esclusione dal mercato del lavoro (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 5)

Nel 2004 il numero medio di disoccupati (6.749) è ulteriormente aumentato, raggiungendo un tasso medio annuo del 4,5%, contro il 4,2% nel 2003 e il 3,5% nel 2002. Le condizioni del mercato del lavoro accentuano la concorrenza fra cercatori d'impiego, aumentando i rischi di compromissione della salute e delle capacità lavorative e, di fatto, la tendenza a ricorrere alle prestazioni dell'assicurazione invalidità. Ne conseguono un rischio di esclusione sociale e una accresciuta pressione sui servizi.

Per sostenere il reinserimento professionale dei disoccupati di lunga durata, con scarsa formazione o in situazioni personali e sociali precarie, nonché delle persone con problemi di salute e invalidità parziale, nel 2004 si sono imboccate due vie.

Da un lato, il coordinamento dei servizi di inserimento, orientamento e collocamento nell'ambito del progetto promosso dal SECO e dall'UFAS e coordinato in Ticino dalla Divisione dell'azione sociale, con nuove procedure di scambio d'informazioni fra servizi e di collaborazione per aumentare le chances d'inserimento professionale.

D'altra parte, la collaborazione con la Fondazione "Intégration pour tous" (IPT), già attiva in Romandia e che offre una prestazione globale: bilancio socioprofessionale, stage in azienda, formazione, collocamento fisso o temporaneo, accompagnamento sul posto di lavoro.

Assicurazione invalidità (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 6)

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

Il medico riveste un ruolo importante nell'accertamento dell'invalidità e l'attività intrapresa dal servizio medico regionale dell'AI, soprattutto con gli incontri informativi e formativi, con le varie categorie di operatori sanitari va consolidata.

I cambiamenti del mondo del lavoro e la precarietà economica e sociale vengono assorbiti dall'assicurazione invalidità. Per la valutazione delle patologie invalidanti di natura psichica, è allo studio la creazione di un centro di competenza che si occupi dell'attività peritale in campo psichiatrico per l'Ufficio cantonale AI.

Per affrontare questi problemi sociali occorre un approccio più globale e meno settoriale e quindi una buona collaborazione tra i diversi enti e servizi attivi in Ticino. In una regione transfrontaliera con molti lavoratori frontalieri si deve pure coinvolgere gli istituti italiani competenti.

Regionalizzazione delle agenzie comunali della cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 7)

Secondo la legislazione federale sull'AVS, le Casse cantonali di compensazione devono usufruire nell'applicazione dei loro compiti di agenzie comunali, che fungano da antenne sul territorio cantonale. Nel passato, il nostro Cantone ha istituito un'agenzia in ogni Comune e ora la loro struttura deve essere adeguata ai tempi. Nel 2004 ci si è apprestati a rivederne le mansioni e ridurre il numero, con lo scopo di migliorare il servizio al cittadino/assicurato nel settore della sicurezza sociale, come è stato fatto con l'apertura di sportelli regionali per le prestazioni sociali di natura finanziaria.

Le nuove agenzie regionali AVS assorbiranno l'organizzazione degli sportelli regionali attuati nell'ambito della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (LAPS), entrata in vigore il 1° febbraio 2003. La presentazione della Legge regionalizzazione agenzie AVS è prevista per il 2005. Il Ticino potrà così usufruire di agenzie regionali competenti in materia di sicurezza sociale.

Innovazione e contrattualizzazione del sostegno al volontariato e a istituti e servizi di organizzazioni private senza scopo di lucro, di Comuni e enti autonomi di diritto pubblico (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 8)

Prosegue il passaggio ai nuovi sistemi di finanziamento: contratti di prestazione associati a contributi globali. In particolare, sono stati perfezionati gli strumenti di gestione del contratto di prestazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale (finanziamento per caso e non più in base alle giornate di cura a partire da gennaio 2005) e il contratto di prestazione è stato esteso ai centri residenziali per tossicodipendenti e alle antenne per tossicodipendenti.

Nei settori sociosanitari (istituti per anziani, invalidi, minorenni, servizi di assistenza e cura a domicilio), è proseguita la graduale introduzione del nuovo strumento di finanziamento tramite il monitoraggio e controllo di 10 contratti pilota (5 con istituti per anziani, 2 con istituti per invalidi, 2 con istituti per minorenni e 1 con un servizio di assistenza e cura a domicilio) e, in base alle esperienze fatte (catalogo di servizi e prestazioni, fattori di qualità, contabilità analitica, definizione di prezzi standard), si conferma l'obiettivo di generalizzare entro il 2006 il nuovo sistema di finanziamento a tutto il settore socio-sanitario.

4.1.2 La politica sanitaria

Nell'ambito della salute e benessere, lo Stato è chiamato non solo a mantenere il suo impegno verso le componenti più fragili della società, assicurando un sistema sanitario efficace e garantendo l'equità dell'accesso alle cure, ma anche a coordinare le politiche degli altri settori (ambiente, territorio, lavoro, formazione) con gli obiettivi della politica della salute.

Riorientamento dell'offerta e dei consumi sanitari (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 9)

I margini di manovra a livello cantonale per incidere sull'offerta sanitaria, contenendo i costi e favorendo un uso razionale delle risorse sul territorio, dipendono essenzialmente

dagli strumenti giuridici offerti dalla LAMal e in particolare:

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

Si mira a riorientare l'offerta ospedaliera verso:

- i bisogni emergenti legati all'invecchiamento della popolazione;
- il contenimento delle prestazioni inappropriate, in particolare chirurgiche ed invasive, anche tramite mandati e contratti di prestazione orientati anche alle singole prestazioni offerte;
- il raggruppamento delle casistiche secondo criteri di promozione della qualità delle prestazioni e della sicurezza per gli utenti ("reti" di cura, *managed care*).

Nella prima parte dell'anno è stato ultimato il progetto di Pianificazione ospedaliera LAMal (art. 39). Dopo il preavviso delle Conferenze regionali della sanità, è stato sottoposto al Parlamento con Messaggio del 7.12.2004. Per la descrizione della proposta pianificatoria si rimanda al punto 4.3.1. Inoltre, è proseguito l'adeguamento alle risorse disponibili della diffusione dell'alta tecnologia, in particolare di quella che genera costi elevati a carico dell'assicurazione di base nonché di quella di difficile verifica dell'indicazione medica.

Il settore sanitario è caratterizzato dall'asimmetria informativa tra domanda e offerta di prestazioni, nonché da incentivi economici inflazionistici che impediscono l'autoregolazione del mercato. Il Dipartimento ha dunque continuato la sua opera di sensibilizzazione per un consumo più adeguato di prestazioni sanitarie, quale misura di contenimento dei costi sanitari.

Infine, proseguono le azioni culturali e informative sui fattori che determinano una buona salute al fine di permettere scelte consapevoli e una migliore autogestione della salute. Per questi aspetti si rimanda ai punti 4.3.1 e 4.3.2.1.

Carta sanitaria (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 10)

Questo progetto è entrato nella fase operativa con la sperimentazione della carta sanitaria nella zona urbana di Lugano. A partire dall'8 novembre 2004 e per 18 mesi un numero ristretto di pazienti e operatori sanitari volontari sta contribuendo a identificare e valutare le difficoltà insite nel suo utilizzo nonché a creare le premesse per una sua diffusione in tutto il Cantone. La messa in rete degli operatori sanitari è infatti prevista in più tappe.

La fase sperimentale della Carta sanitaria rappresenta un progetto pilota su scala nazionale siccome, nell'ambito del primo pacchetto di riforma della LAMal (ottobre 2004), la Confederazione ha adottato il principio di una Carta d'assicurato sulla quale, oltre ai dati amministrativi del paziente, sarà possibile registrare anche quelli sanitari (si veda punto 4.3.3).

Una politica sanitaria fondata sui determinanti della salute (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 11)

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

Una politica sanitaria moderna deve considerare che l'ambiente, la condizione socioeconomica, il grado di integrazione sociale, il livello di istruzione influenzano lo stato di salute di una popolazione più delle cure sanitarie che hanno essenzialmente un obiettivo, anche se importante, di tipo "riparatore". Occorre quindi assicurare condizioni di vita favorevoli alla promozione e al mantenimento dello stato di salute: azione che richiede la

collaborazione e l'attenzione di tutti i settori per le conseguenze che nuove leggi o decisioni possono avere sulla salute della popolazione.

Nel 2004 è stata affinata la proposta dipartimentale di sperimentare una procedura per la valutazione sistematica dell'impatto sulla salute di nuove leggi o altre importanti decisioni prese nell'ambito delle politiche settoriali dello Stato. Nel gennaio 2005, il Consiglio di Stato ha approvato la proposta dipartimentale, che sarà messa in pratica a titolo sperimentale nel corso di questa legislatura.

Inoltre, al fine di monitorare l'evoluzione dell'impatto dei problemi ambientali sulla salute in collaborazione con gli altri dipartimenti interessati, si è consolidata l'iniziativa inter-settoriale del Gruppo operativo salute & ambiente (GOS&A, punto 4.3.1) e sono state poste le basi per una "Rete InfoAmianto" (punto 4.3.2.1).

Lavoro e benessere socio-sanitario (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 12)

Il lavoro e le condizioni in cui esso è svolto influenzano il benessere individuale e familiare definendo lo statuto della persona e la sua integrazione sociale. Il lavoro costituisce un determinante fondamentale del benessere sanitario e, in funzione delle sue forme o della sua assenza, può avere effetti nocivi diretti o indiretti sulla salute.

Oltre ai già noti infortuni e malattie professionali, emergono "nuovi rischi" che peggiorano la qualità di vita, aumentano il consumo di prestazioni sanitarie e le manifestazioni patologiche, in particolare di natura psichica. Le trasformazioni nei modi di lavorare, la precarietà, l'insicurezza e la paura di perdere il posto di lavoro danneggiano la salute. Inoltre, la frammentazione del lavoro e la discontinuità della vita lavorativa mettono a dura prova il sistema della previdenza sociale. Solo stress, assenteismo e perdita di produttività costano al sistema sanitario e a quello produttivo nazionali da 1,5 a 2,5 miliardi di franchi all'anno.

Uno studio condotto nel settore bancario (Domenighetti, Quaglia, Fahrlander, M. Tomamichel e Kiener, Hec Lausanne, 2004) dimostra che a maggiori livelli di stress corrispondono condizioni di salute peggiori, mentre un altro studio sulla "impresa della flessibilità" (Marazzi e Lepori, Supsi 2004) sostenuto dal Dipartimento giunge alla conclusione che precarietà e flessibilità sono ormai normalizzate, le aziende considerano scontato impiegare forza lavoro in modo flessibile. Lo stress sul lavoro causa spese per malattia che sono socializzate, pagate da tutti, pertanto la frammentazione del lavoro sta effettivamente scuotendo l'edificio della sicurezza sociale.

Promozione della salute mentale (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 13)

La salute mentale riflette la capacità degli individui e dei gruppi di interagire tra di loro e con il proprio ambiente in modo da promuovere il benessere soggettivo ed il raggiungimento di obiettivi individuali e collettivi. La salute mentale della popolazione è specchio del funzionamento della società. Inoltre, una parte dei disturbi psichici evolve verso una cronicità e una incapacità lavorativa permanente, con crescenti costi nel settore dell'assicurazione invalidità.

Le misure di rilevamento precoce assumono grande importanza. In questo ambito, nel 2004 l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) ha aperto un Laboratorio di psicopatologia del lavoro che permetterà di incrementare le conoscenze. Inoltre, è allo studio la creazione di una fondazione che si occupi dell'attività peritale per l'Ufficio dell'assicurazione invalidità (AI) assumendosi il coordinamento di tutti i mandati dell'AI in campo psichiatrico. Si vuole favorire un'unità di dottrina.

Infine, si avverte la necessità di creare dei "centri di competenza" intersettoriali per differenti quadri psicopatologici. Al riguardo l'OSC si è assunta il compito di fungere da capoprogetto AMTiTox (Approccio multidisciplinare ticinese per le tossicodipendenze) e nel progetto BOA (Bulimia, Obesità, Anoressia) per la cura dei disturbi alimentari.

Dipendenze e salute (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 14)

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

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

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

Per il programma di azioni promosse nel 2004 si rimanda ai punti 4.3.2.1 e 4.3.2.2.

Nei capitoli che seguono, riguardanti i settori di competenza delle tre Divisioni, si presenta nel dettaglio le azioni concrete promosse dal Dipartimento della sanità e della socialità nel corso del 2004.

4.2 Istituto delle assicurazioni sociali (IAS)

4.T1-23

L'anno 2004 può essere considerato, a livello cantonale, come un anno di consolidamento e senza grandi novità dal punto di vista legislativo. Oltre alle usuali attività produttive, molte energie sono state dedicate alla valutazione ed alla stesura del preventivo 2005.

Novità molto rilevanti sono giunte però a livello federale. Il 28 novembre 2004 il Popolo ed i Cantoni hanno infatti approvato le modifiche costituzionali della nuova perequazione finanziaria, dando così il via ad un importantissimo progetto che cambierà in modo importante le competenze ed i flussi finanziari tra la Confederazione ed i Cantoni (a questo progetto dedichiamo un capitolo di approfondimento).

Sempre a livello federale è da segnalare l'avvio delle procedure di consultazione per il risanamento dell'AI, i cui contenuti vengono spiegati in un apposito capitolo.

La perequazione finanziaria

La nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC) intende eliminare in modo puntuale le lacune dell'attuale perequazione finanziaria. La capacità concorrenziale dei Cantoni e della Svizzera non ne deve essere pregiudicata.

Gli obiettivi in sintesi sono i seguenti:

- La NPC deve migliorare l'efficacia dello Stato e promuovere l'efficienza delle prestazioni statali,
- deve eliminare le grosse differenze di situazione finanziaria dei Cantoni,
- deve disciplinare in modo chiaro la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni,
- deve rafforzare la collaborazione intercantonale.

Per raggiungere questi obiettivi, il progetto di riforma fa leva con cinque diversi strumenti su due aspetti:

- In ambito di finanze
- Strumento 1: la perequazione delle risorse garantisce a ogni Cantone un volume minimo di mezzi propri.

- Strumento 2: la perequazione degli oneri indennizza gli oneri speciali dei Cantoni di montagna e dei Cantoni delle agglomerazioni.
- In ambito di compiti
- Strumento 3: la dissociazione dei compiti e del loro finanziamento: laddove possibile la competenza deve spettare alla Confederazione o ai Cantoni.
- Strumento 4: sono introdotte nuove forme di collaborazione per i compiti in comune.
- Strumento 5: una maggiore collaborazione tra i Cantoni rende possibile un adempimento vincolato dei compiti e l'indennizzo di prestazioni reciproche.

Il terzo ed il quarto strumento interessano in particolare le assicurazioni sociali.

Dissociazione dei compiti e del loro finanziamento (strumento 3)

Numerosi compiti dello Stato sono attualmente adempiti in comune dalla Confederazione e dai Cantoni. Sovente però, chi paga non decide. Talvolta poi il sistema attualmente in vigore promuove soluzioni dispendiose invece di soluzioni vantaggiose. La NPC intende ripartire e dissociare i compiti, come pure disciplinare le responsabilità in modo più chiaro ed efficiente. La NPC introduce un nuovo disciplinamento che definisce chi è competente e chi finanzia. Purché possibile e opportuno, un solo livello deve avere la competenza di un determinato compito: la Confederazione oppure i Cantoni. È inoltre ricompensato chi ricerca soluzioni vantaggiose. La nuova ripartizione dei compiti poggia sul principio secondo cui la Confederazione assume un determinato compito soltanto se non può essere adempito a livello cantonale (principio di sussidiarietà).

In questo senso la Confederazione si occuperà quindi in modo esclusivo delle prestazioni individuali dell'AVS, delle prestazioni individuali dell'AI e del sostegno alle organizzazioni di aiuto agli anziani e ai disabili.

I Cantoni saranno invece responsabili per i contributi per la costruzione e l'esercizio di case per invalidi, i laboratori e centri giornalieri, l'istruzione scolastica speciale, il sostegno alle organizzazioni di aiuto agli anziani e ai disabili (Spitex) e i contributi ai centri di formazione per specialisti delle professioni sociali.

Collaborazione più efficiente per i compiti in comune (strumento 4)

Non per tutti i compiti è opportuno attuare una rigida dissociazione. La Confederazione e i Cantoni continuano a ripartirsi la responsabilità e il finanziamento dei cosiddetti compiti in comune.

Attualmente la Confederazione indennizza i Cantoni per determinati compiti con circa 13 miliardi di franchi annui di sussidi. Al posto dei sussidi singoli, i Cantoni riceveranno in futuro dalla Confederazione sempre più contributi globali e forfettari. In altri termini: i Cantoni stabiliscono autonomamente secondo quale priorità assegnare i mezzi destinati a un determinato settore di compiti.

I compiti che continueranno ad essere gestiti in comune sono la riduzione dei premi nell'assicurazione contro le malattie, le prestazioni complementari e l'AVS/AI (dissociazione parziale dei compiti).

Infine una maggiore collaborazione tra i Cantoni sarà necessaria per nove settori, tra i quali le istituzioni per l'integrazione e l'assistenza di persone portatrici di handicap, la medicina di punta e le cliniche specializzate.

Risanamento dell'AI: avviate le procedure di consultazione

Il Consiglio federale ha inviato in consultazione tre progetti per il risanamento e il consolidamento dell'assicurazione invalidità: la 5a revisione AI, il finanziamento aggiuntivo in

favore dell'AI e la semplificazione delle procedure dell'AI. I tre progetti sono una conseguenza della precaria situazione finanziaria dell'AI ed hanno l'obiettivo di contenere i costi e di ridurre a lungo termine i passivi grazie a fondi supplementari.

La situazione dell'AI richiede un intervento urgente: il numero delle nuove rendite aumenta costantemente, non da ultimo a causa dell'aumento delle malattie psichiche, e i beneficiari di rendite AI sono sempre più giovani, il che comporta un aumento della durata del versamento delle rendite. I contributi non bastano più a coprire le crescenti spese. La conseguenza è che da diversi anni il deficit dell'AI è in costante aumento. Nel 2003 l'AI ha registrato un passivo di 1,5 miliardi di franchi e per la fine del 2004 si prevede che l'indebitamento salirà a circa 6 miliardi di franchi.

Dopo che il 16 maggio 2004 è stato respinto il progetto di finanziamento dell'AVS/AI mediante l'aumento dell'imposta sul valore aggiunto, il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di preparare entro l'autunno 2004 un progetto separato per l'aumento dello 0,8 per cento dell'IVA in favore dell'AI (finanziamento aggiuntivo) e di inviarlo in consultazione contemporaneamente al progetto della 5a revisione dell'AI. Nel giugno di quest'anno il Consiglio federale ha inoltre deciso che dovranno essere adottate con urgenza alcune misure di diritto procedurale inizialmente previste nel quadro della 5a revisione AI. Per queste misure, inviate in consultazione quale terzo progetto indipendente (semplificazione della procedura), è prevista un'introduzione entro termini più brevi.

Tre progetti che si completano a vicenda

Poiché il contesto demografico, sociale ed economico è mutato, è necessario avviare riforme. La riduzione dell'evoluzione del numero dei beneficiari di rendite non basta da sola a ristabilire l'equilibrio finanziario. A tal fine è anche necessario aumentare le entrate ed apportare correttivi alle procedure dell'AI. Il Parlamento deve avere la possibilità di decidere separatamente in merito ad ognuno di questi tre punti. I tre progetti (5a revisione AI, procedure AI e finanziamento supplementare dell'AI) sono pertanto stati inviati in consultazione contemporaneamente, ma separati l'uno dall'altro. L'obiettivo ultimo dei tre progetti sono la riduzione del 10 per cento del numero delle nuove rendite e la riduzione del deficit dell'AI.

5a revisione AI

L'obiettivo della 5a revisione AI è di ridurre del 10 per cento il numero delle nuove rendite, armonizzare la prassi e fornire un sostanziale contributo al risanamento della situazione finanziaria mediante misure di risparmio volte a ridurre il deficit annuo dell'AI.

Un sistema d'individuazione tempestiva dovrebbe fare sì che nel limite del possibile le persone divenute invalide non perdano il posto di lavoro. In caso di incapacità lavorativa di lunga durata, ma non definitiva, si vuole reintegrare gli interessati il più presto possibile nel mercato del lavoro grazie a provvedimenti di reinserimento e aumentare gli incentivi all'integrazione.

Sul fronte delle entrate, la 5a revisione AI prevede un aumento dell'1 per mille dei contributi salariali destinati all'AI, che passeranno dall'attuale 1,4 all'1,5 per cento. Questo compenserà lo sgravio del 2° pilastro ottenuto grazie ai provvedimenti di reinserimento e all'auspicata riduzione del numero delle rendite.

Finanziamento aggiuntivo dell'AI

Dal momento che le misure della 5a revisione AI da sole non sono sufficienti, la riduzione a lungo termine dell'enorme deficit sarà garantita per mezzo di un aumento dello 0,8% dell'imposta sul valore aggiunto. Per il Consiglio federale questo tipo di finanziamento aggiuntivo è prioritario. L'Esecutivo propone però al dibattito anche l'eventualità di

aumentare di 0,8 punti percentuali i contributi salariali, aumento che andrebbe ad aggiungersi a quello di 0,1 punti percentuali deciso per compensare lo sgravio del 2° pilastro comportato dalla 5a revisione AI.

Semplificazione della procedura

La reintroduzione del preavviso al posto della procedura di opposizione permette agli uffici AI di emanare una decisione entro tempi più brevi, uno degli obiettivi della 5a revisione AI, e di discutere la decisione con la persona assicurata. La procedura giuridica a livello di ufficio AI viene in questo modo sostituita da un confronto diretto tra le parti. L'introduzione di un moderato contributo alle spese procedurali dovrebbe inoltre ridurre il numero dei ricorsi infondati.

4.3 Divisione della salute pubblica (DSP)

4.3.1 Introduzione

Promozione e protezione della salute

Il programma di promozione e di protezione della salute è stato impostato nel rispetto del concetto di sviluppo sostenibile che sta alla base del modello di sviluppo a lunga scadenza stabilito dal Consiglio di Stato per il Cantone nel Rapporto sugli indirizzi. Con questo indirizzo si vuole tener conto dell'importanza dell'ambiente fisico e dell'ambiente socio-economico per il benessere e la salute.

Operativamente, a livello strategico le azioni principali sono state due. Innanzitutto, al fine di rendere compatibili le politiche non sanitarie (ambiente, economia, lavoro, istruzione, trasporti) con la salute della popolazione, è stata elaborata una procedura che permette di **valutare l'impatto sulla salute (VIS)** dei cittadini delle nuove leggi o di altre decisioni importanti prese nell'ambito delle politiche settoriali dello Stato. Presentata nel corso dell'autunno è poi stata adottata a titolo sperimentale dal Consiglio di Stato il 12 gennaio 2005. Per la legislatura in corso (2003-2007) verrà deciso un numero limitato di progetti da sottoporre alla VIS. Al termine di questo periodo sarà fornito un rapporto sui lavori e i risultati conseguiti.

La sperimentazione ticinese sarà seguita da un gruppo di lavoro nazionale, di cui fanno parte diversi enti pubblici federali e altri cantoni interessati. Un primo progetto concreto è già in corso: il Dipartimento della sanità e della socialità e il Dipartimento del territorio valutano l'impatto sulla salute del Piano regionale dei trasporti del Mendrisiotto.

A livello di collaborazioni intersettoriali va poi evidenziata la creazione in data 10 marzo 2004 del **Gruppo operativo Salute & Ambiente (GOS&A)**. Questa iniziativa fa seguito all'ondata di calore che ha travolto buona parte del continente europeo nell'estate 2003. La canicola del 2003, fortunatamente senza conseguenze particolari per il nostro Cantone, ci ha resi attenti sulla necessità di istituire un apposito dispositivo per saper affrontare eventi di natura prevalentemente ambientale che comportano un incremento dell'inquinamento con valori elevati di ozono, di polveri fini, contaminazione delle falde idriche come pure temperature particolarmente elevate.

Questi eventi richiedono interventi tempestivi al fine di evitare o ridurre possibili conseguenze negative sulla salute della popolazione, come pure azioni informative per la gestione individuale e collettiva dei rischi sanitari potenziali o reali che tendono a colpire in maniera diseguale i vari gruppi di popolazione. A tal fine i compiti del GOS&A sono i seguenti. Elaborare, sulla base delle prevedibili situazioni ambientali, piani e procedure standard di risposta. Diramare raccomandazioni sanitarie alla popolazione e prevedere misure di intervento per il Governo e i Dipartimenti quando si verificano situazioni anomali di esposizione con conseguenze per la salute.

Per una descrizione generale del Programma di promozione e valutazione sanitaria attuato nel 2004 si rimanda al punto 4.3.2.1.

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

- **Coordinamento dell'offerta sanitaria.** A seguito del voto contrario delle Camere federali sulla 2.a Revisione LAMal nel dicembre 2003, nel 2004 la Confederazione ha approvato **due modifiche di legge transitorie.**

L'8.10.2004 le Camere federali hanno approvato una modifica dell'art. 55a della LAMal. Grazie a tale modifica, il Consiglio federale deve per la seconda volta, per un periodo limitato a tre anni, far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione degli operatori sanitari a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi degli articoli 36-38 LAMal. Con il nuovo capoverso 4, le Camere hanno completato la disposizione in modo che l'autorizzazione decade se non è utilizzata entro un dato termine. Di conseguenza nel 2005 il Consiglio federale emanerà la modifica dell'apposita ordinanza per un nuovo periodo di tre anni a partire dal 4 luglio 2005.

Inoltre le Camere federali hanno pure prolungato dal 1.01.2005 al 31.12.2006 la Legge federale urgente del 21 giugno 2002 sull'adattamento delle partecipazioni ai costi delle cure ospedaliere dispensate nel Cantone secondo la LAMal. Pertanto il Cantone, in questo periodo continuerà a partecipare al finanziamento delle degenze nei reparti privati e semi-privati degli Ospedali pubblici ubicati nel proprio Cantone con un importo equivalente al 100 % delle tariffe pagate dagli assicuratori per i reparti comuni.

D'altra parte il Dipartimento federale dell'interno ha elaborato una nuova strategia per riproporre **la seconda revisione LAMal**, suddivisa in tre pacchetti, a cui sono seguite altrettante consultazioni. Con il primo pacchetto ha presentato dei progetti riguardanti: la compensazione dei rischi, le tariffe delle cure e il finanziamento ospedaliero (prolungo menzionato dalla Legge federale urgente 21.06.2002); la libertà di contrarre; la riduzione dei premi; la partecipazione ai costi dei cittadini. Con il secondo pacchetto ha preparato due progetti: finanziamento ospedaliero (introduzione di un sistema duale fisso), e Managed care. Mentre il terzo pacchetto è costituito dal nuovo ordinamento del finanziamento delle cure (in particolare case per anziani).

L'introduzione del sistema duale fisso prevede una partecipazione del 50 % sia per gli assicuratori, sia per i cantoni per il finanziamento di tutte le degenze in base alla LAMal negli ospedali pubblici e negli ospedali privati. Per il Ticino il finanziamento degli ospedali privati comporterebbe una spesa supplementare di più di 80 mio. di franchi. La sua applicazione prevista per il 2007, a seguito delle opposizioni emerse, molto probabilmente non sarà mantenuta. Altre impostazioni sono già allo studio da parte dei Cantoni e della Confederazione.

A livello cantonale il progetto principale è stato **l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera art. 39 LAMal**. Il Prerapporto del giugno 2004, elaborato dalla Commissione della pianificazione sanitaria del Consiglio di Stato è stato sottoposto per avviso alle sei Conferenze regionali della sanità dal 22 giugno al 15 ottobre 2004 come previsto dall'art. 64 LCAMal.

Le sei Conferenze regionali della sanità, di cui fanno parte i rappresentanti di tutti i settori interessati, sono state istituite con risoluzione governativa del 27.04.2004. Dopo esame del Prerapporto e dei pareri delle Conferenze regionali (cinque favorevoli, solo quella di Bellinzona si è divisa per quanto concerne la pianificazione della riabilitazione), il Consiglio di Stato con Messaggio del 7 dicembre 2004 ha presentato al Gran Consiglio per approvazione (per la prima volta in base alla modifica della LCAMal del 5.06.2001) l'aggiornamento della pianificazione, confermando il Prerapporto della Commissione della pianificazione sanitaria.

Metodologicamente questo nuovo esercizio ha ripreso i criteri elaborati ed applicati in occasione della Pianificazione ospedaliera del 2001. In particolare si è nuovamente tenuto conto delle istruzioni vincolanti e dei criteri precisati dal Consiglio federale nella sua

decisione del 3 maggio 2000 sul ricorso degli assicuratori contro il Decreto esecutivo 17.12.1997 inerente la pianificazione LAMal.

Con la nuova proposta pianificatoria si è voluto ulteriormente razionalizzare il settore ospedaliero cantonale. Da una parte si è inteso favorire l'offerta di prestazioni sanitarie appropriate, d'altra parte si è voluto contenere i costi.

A tale scopo, oltre i parametri oggettivi e quantificabili (statistiche federali e cantonali), essa fa riferimento a parametri specifici della realtà ospedaliera cantonale quali la qualità delle cure, i fattori regionali (per garantire un'equità d'accesso ai servizi stazionari in tutte le regioni del Cantone) e quelli storici (prendendo in considerazione realtà ospedaliere ancorate da tempo nel nostro territorio).

Con l'aggiornamento proposto si è pure voluto promuovere una maggiore integrazione e un miglior coordinamento del settore di cure stazionario composto da ospedali acuti, da case per anziani, istituti per invalidi e ospedali fuori cantone. Questa visione d'insieme è necessaria per poter rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura.

Il nuovo progetto di pianificazione non si limita ad una semplice riduzione di posti letto. Quest'ultima è attuata nei settori dove sussiste un chiaro esubero rispetto al contesto nazionale e dove non è dimostrato il bisogno sanitario. Diversamente, dove vi è la necessità, in particolare nel settore delle case per anziani e in quello degli istituti per invalidi, la pianificazione prevede un potenziamento dell'offerta.

Il nuovo progetto di pianificazione tiene conto degli indicatori quantitativi, elaborati a livello federale, che consentono di situare il nostro Cantone rispetto al contesto nazionale. In base ai dati federali il Cantone Ticino attualmente mostra una sovra dotazione di posti letto nel settore acuto (5,88 ‰ a livello svizzero, contro 6,77 ‰ nel Cantone). Si evidenzia che la disponibilità di posti letto in esubero favorisce un maggior utilizzo da parte della popolazione.

Con la proposta di diminuire il settore acuto di **204 posti letto** si passa dai 2.122 letti ai 1.918, pari a una quota del 6,12 ‰. La riduzione di 204 unità è stata effettuata attraverso sia il non riconoscimento di strutture acute, sia la riduzione di posti letto di singole strutture. Non sono più riconosciute: la Clinica Casa Alabardia di S. Nazzaro e la Clinica di riabilitazione di Sementina. Una terza struttura l'Ospedale S. Donato di Intragna, ha rinunciato spontaneamente ad operare nel settore acuto.

Più dettagliatamente si precisano le seguenti indicazioni:

- *settore acuto*: diminuzione di 85 posti letto nel settore pubblico e di 39 posti letto nel settore privato. Al Cardiocentro Ticino per i bisogni di cardiologia invasiva sono riconosciuti 10 letti supplementari;
- *settore psichiatrico*: diminuzione complessiva di 19 posti letto. Per motivi di economia di scala si propone la concentrazione della psichiatria stazionaria del Sopraceneri in un'unica struttura, la Clinica Santa Croce di Orselina. Alla Clinica psichiatrica cantonale sono pure stati attribuiti 15 letti supplementari per sopperire ad un costante problema di sovraoccupazione;
- *settore riabilitativo*: è proposto il non riconoscimento della Clinica di riabilitazione di Sementina. Il mandato concernente la riabilitazione cardiologia è attribuito alla Clinica Hildebrand di Brissago, senza aumento di posti letto.

La diminuzione di 204 posti letto, comporta una riduzione potenziale di costi a carico dell'assicurazione malattia, per il settore ospedaliero acuto, valutabile a ca 24,1 mio. di franchi. Essi si aggiungono a quelli della prima fase di pianificazione: con una riduzione di 459 unità, era stato stimato un risparmio potenziale di 41,5 mio. di franchi.

Nel settore delle case per anziani e degli istituti per invalidi, l'offerta è stata adattata al contesto demografico e sanitario ticinese. I posti letto delle case per anziani sono stati aumentati di 544 unità, così da poter rispondere ai bisogni dovuti alla crescita della popo-

lazione di 80 anni e oltre, che, una volta esaurite le risorse per rimanere a domicilio, necessitano di un sostegno continuo. Va ricordato che il Ticino è il Cantone con la quota di ultra ottantenni più alta. Mentre per gli istituti per invalidi l'aumento di posti letto proposto è di 58.

Nel corso dell'anno si è poi conclusa da parte dell'apposito Gruppo di lavoro l'elaborazione del **Regolamento concernente i servizi di pronto soccorso e le permanenze mediche negli ospedali e nelle cliniche**. Scopo principale è la promozione e il mantenimento della qualità dell'assistenza ospedaliera d'urgenza. Inoltre intende favorire l'integrazione di tali servizi con le altre unità di diagnosi e di cura degli ospedali. Il Regolamento stabilisce i requisiti strutturali, procedurali e gestionali per una presa a carico ottimale e differenziata secondo il grado di urgenza. I servizi per essere riconosciuti dovranno sottostare a una procedura d'accreditamento. Operativamente sono previsti due livelli principali d'intervento. Emergenza e pronto soccorso (rosso): devono poter gestire 24/24 ore pazienti con funzioni vitali compromesse. Pronto soccorso (verde): devono poter garantire 24/24 ore o a tempo determinato una prima valutazione e assistenza medica a pazienti con funzioni vitali non compromesse.

- **Coordinamento operativo ed incentivi per cure appropriate.** Nell'ambito del progetto rete sanitaria si evidenzia la sperimentazione della **Carta sanitaria**, si rimanda ai punti 4.1.2 dell'introduzione generale e 4.3.3 dell'Ufficio del medico cantonale.
- **Misure di razionalizzazione.** Le azioni più significative sono quelle promosse dall'Unità dei **contratti di prestazione** presso la Sezione sanitaria. Da una parte per il calcolo del contributo globale dell'EOC, in sostituzione del forfait per giornata, è stato inserito il forfait per caso (in base ai codici diagnostici APDRG). Con questo cambiamento si permette all'EOC di anticipare le riforme a livello federale e, parallelamente di rendere la propria attività più efficiente, facilitando le procedure di confronto fra diverse strutture ospedaliere svizzere. D'altra parte, si veda il punto 4.3.2.2, i contratti di prestazione sono stati messi a punto anche per il settore delle dipendenze. Per i centri stazionari sono già stati introdotti con il 2004, mentre per i servizi ambulatoriali lo sono con il 2005.

Vigilanza e valutazione sanitaria

A livello operativo si rimanda ai punti da 4.3.2 a 4.3.6. Per il Dipartimento l'impegno dovuto a casi riguardanti operatori sanitari a seguito di eventi con risvolti penali, come negli ultimi anni, è stato sostenuto.

A livello legislativo si evidenzia l'elaborazione di una **Legge sui cani**. Si tratta di un riesame della legislazione cantonale, segnatamente per quanto riguarda le modalità di identificazione dei cani, la procedura di riscossione dell'imposta sui cani, la realizzazione e il finanziamento delle strutture e dei servizi di interesse generale nonché la promozione di una tenuta corretta dei cani mediante campagne d'informazione. In particolare si è voluto affrontare la problematica dei cani pericolosi. Tuttavia, tenuto conto della difficile situazione finanziaria del Cantone, il Consiglio di Stato ha ritenuto non sopportabili le spese relative ai nuovi compiti ed ha pertanto deciso di rinviare definitivamente questo progetto di legge. L'obbligo di identificazione dei cani e di registrazione della popolazione canina, previsto dall'Ordinanza federale, sarà eseguito tramite decreti esecutivi. Mentre il compito di vigilanza e di adozione di misure concernenti i cani pericolosi è demandato ai Comuni in base alle norme di polizia in vigore (LOC e Direttive cantonali sui cani pericolosi).

Fornitori di prestazioni sanitarie appartenenti alla Divisione

La principale decisione è stata la proposta al Gran Consiglio di un disegno di **Legge concernente l'istituzione della Fondazione pubblica del Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)**, nell'ambito del preventivo 2005 e nell'ottica di una ridefinizione dei compiti dello Stato e del ruolo dell'Amministrazione cantonale nella presa a carico degli

utenti psichiatrici. Il CARL, a parte il Centro per la formazione professionale e sociale di Gerra Piano, è l'unico istituto per invalidi ad essere inserito nell'Amministrazione pubblica. E' pertanto giustificata la sua trasformazione in Fondazione, che gli conferisce maggiore autonomia di statuto ed è coerente con la propria missione: si tratta di una tappa che consolida la sua distinzione dalla Clinica psichiatrica cantonale avviata nel 1994.

Questa proposta è tuttora all'esame della Commissione della gestione e delle finanze.

Per l'attività dei fornitori di prestazioni sanitarie della Divisione si rimanda ai punti 4.3.7, 4.3.8 e 4.3.9.

4.3.2 Sezione sanitaria

4.3.2.1 Legge sanitaria

A livello normativo si segnala innanzitutto l'abrogazione dell'art. 69 cpv. 4 concernente l'indennizzo agli Ordini professionali degli operatori sanitari per le spese di organizzazione del servizio sanitario di picchetto, decisa dal Gran Consiglio il 21.06.2004 ed entrata in vigore il 20.08.2004. Il 1.03.2004 è poi entrato in vigore il Regolamento concernente l'esame per l'ottenimento dell'autorizzazione d'esercizio quale terapeuta complementare del 17.02.2004.

Promozione e valutazione sanitaria

Per quanto riguarda il Programma di promozione e valutazione sanitaria, nel 2004, sono state lanciate iniziative nei quattro settori del programma d'intervento.

- **Intervento multisettoriale:** salute, ambiente, sviluppo sostenibile.

Sono proseguiti i lavori in vista dell'introduzione presso l'Amministrazione cantonale della procedura di "valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie" (VIS), presentata al Consiglio di Stato alla fine del 2004.

La partecipazione attiva al Gruppo di lavoro interdipartimentale sullo sviluppo sostenibile (GruSSTi), allargato nel corso dell'anno ai 5 dipartimenti, si prefigge di proporre anche una valutazione delle politiche pubbliche dal punto di vista della loro compatibilità. E' stato presentato ai cantoni e agli uffici federali interessati il progetto di piattaforma nazionale di VIS, proposto dal Cantone e da equiterre (GE).

Alfine di coordinare le politiche pubbliche a favore della protezione e della promozione della salute della popolazione, sono stati promossi in collaborazione con altri Dipartimenti e con enti esterni, in particolare con la Fondazione Promozione Salute Svizzera, diversi progetti multisettoriali di cui i principali sono i seguenti:

- creazione di un gruppo operativo salute & ambiente (www.ti.ch/gos&a), composto da esperti del DSS, del DT, di MeteoSvizzera e di rappresentanti di associazioni ambientaliste e del settore sanitario, che ha affrontato i problemi della canicola e dello smog estivo (ozono) e invernale (PM10);
- collaborazione con Agenda 21 Locale Ticino per la promozione dello sviluppo sostenibile a livello comunale, in particolare con il Gruppo A21 locale di Mendrisio;
- partecipazione con il DT all'elaborazione di un progetto di valutazione d'impatto sulla salute delle misure contenute nel piano dei trasporti del Mendrisiotto;
- partecipazione all'organo di coordinamento della sicurezza sul posto di lavoro nell'Amministrazione pubblica (con il DFE);
- gestione della rete informativa sui problemi dell'amianto in Ticino (reteinfoamianto@ti.ch);
- organizzazione di due sessioni del Forum della promozione della salute nella scuola (con il DECS);

- collaborazione con Promozione Salute Svizzera (PSS) all'organizzazione delle giornate nazionali della promozione della salute (Lugano).

- **Diritti pazienti/Accesso alle cure**

- sostegno al progetto dell'Associazione deboli d'udito (Atidu) di sensibilizzazione del personale ospedaliero alla particolare situazione delle persone deboli d'udito ricoverate (comunicazione);
- nell'ambito delle attività della rete prevenzione suicidio, elaborazione di Linee guida per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici delle donne dopo il parto (gruppo di lavoro ad hoc);
- elaborazione, con l'appoggio dell'Associazione per la protezione dell'infanzia e Pro Juventute, di un progetto di promozione dei diritti dei bambini (convenzione ONU);
- varie pubblicazioni destinate a pubblici mirati (anziani, bambini, adolescenti) su tematiche diverse (incidenti, alimentazione, consumo di sostanze);

- **Benessere e disagio**

- è stato attivato in collaborazione con l'Ufficio della maternità e dell'infanzia il sito www.ti.ch/infogiovani di cui l'UPeVS cura le pagine dedicate alla salute in generale: sessualità, alimentazione, dipendenze, movimento, ecc.;
- prosegue l'iniziativa "Parlatevi con noi" che affronta diversi temi sociali, i problemi del mondo attuale (disagio, esclusione, rispetto, sviluppo sostenibile, determinanti della salute), i rapporti genitori-figli, la promozione della salute nelle scuole, i conflitti;
- diverse pubblicazioni: Diario scolastico 2004-2005 in collaborazione con il DECS e con Radix; Adolescenza mia adolescenza tua in collaborazione con Associazione per la protezione dell'infanzia e pro juventute, nonché di materiale prodotto in occasione dell'abbassamento del tasso di alcolemia al volante allo 0,5 per mille;
- prevenzione dell'alcolismo e del tabagismo attraverso azioni originali sul territorio e anche a livello legislativo (fumo passivo nei ristoranti);
- continua il progetto "Laola", sostenuto dal BAG e da SwissOlympic, di sensibilizzazione delle società sportive e delle federazioni sul tema del consumo di sostanze in ambito sportivo;
- il progetto di promozione della salute in carcere è continuato toccando in modo particolare le persone confrontate con un problema di alcol.

- **Conoscenza e valutazione**

- pubblicazione dei dati dell'inchiesta quadriennale ISPA-OMS sulla salute e sui comportamenti dei giovani da 11 a 15 anni;
- elaborazione di un rapporto sui dati dei sondaggi "salute e lavoro": destinato a conoscere il fenomeno della precarietà e del suo impatto sulla salute e il ruolo del lavoro come grande integratore sociale;
- esecuzione dello studio "Stress e insicurezza sul lavoro, effetti sulla salute dello stress e dell'insicurezza in relazione all'attività lavorativa. Prevalenza tra i lavoratori dipendenti del Cantone Ticino e gli impiegati di banca ASIB";
- lo studio "Stress e insicurezza sul lavoro" sarà seguito nel 2005 dai risultati di una ulteriore indagine svoltasi con gli utenti degli UCR del Cantone;
- inchiesta SMASH-02 a livello svizzero: destinata a fotografare lo stato di salute attuale dei giovani dai 16 ai 20 anni, confrontandolo con quello di altri paesi e nel tempo;
- inchiesta sulla salute degli svizzeri 2002-2003: elaborazione dei dati sulla salute e sui comportamenti dei Ticinesi dai 15 anni in poi.;
- a cura delle rete prevenzione suicidio (centrodoc OSC), elaborazione di un rapporto sull'epidemiologia del suicidio;
- gestione del progetto InfoDoc destinato a permettere una migliore conoscenza delle iniziative di promozione sulla salute;

Una descrizione più completa può essere richiesta all'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria.

Accanto a questi progetti la Sezione ha confermato la sua attività nel campo dell'insegnamento, della formazione e della documentazione. E' stato organizzato il 14.mo corso di gestione e amministrazione dei servizi sanitari al Monte Verità di Ascona. Pure numerose le pubblicazioni e le collaborazioni anche a livello federale, intercantonale e con l'estero.

Salute pubblica

Come deciso con il Preventivo 2004, in collaborazione con la Commissione del **Servizio dentario scolastico** e l'Ordine dei dentisti, è stata decisa la riduzione della spesa massima per allievo da franchi 700.- a franchi 200.-. In vigore con l'anno scolastico 2004/2005 al fine di contenere la spesa di 1,2 mio. di franchi (-35 % circa).

Comitato etico cantonale. L'attività di ricerca clinica nel Cantone Ticino resta importante. Il numero di studi clinici sottoposti al Comitato da parte dei ricercatori operanti nelle strutture e nei servizi sanitari si conferma a livello degli anni precedenti. (Allegato statistico ①). Il 2004 è stato caratterizzato dai lavori volti a introdurre sul piano svizzero la linea guida concernente le polizze assicurative elaborata dal Comitato etico cantonale (vedi rendiconti del 2002 e 2003). Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti. L'entrata in vigore è stata fissata al 1.04.2005. L'elaborazione di uno standard unitario a livello svizzero migliora inoltre le condizioni quadro. In caso di studi multicentrici, questa armonizzazione permetterà di riconoscere l'esame già effettuato da un altro comitato etico.

4.T89, 90

A livello svizzero il Comitato etico cantonale partecipa attivamente alle diverse iniziative finalizzate a coordinare meglio l'attività e le modalità di lavoro delle commissioni di etica. Nel 2004 è stata istituita anche una piattaforma di discussione con l'industria farmaceutica. Per il resto nel 2004 è continuata regolarmente l'attività di coordinamento e di vigilanza di tutti i servizi: medici scolastici; servizio dentario scolastico; azione accertamento difetti visivi nelle scuole; esame audiometrico; ispettorato d'igiene (costruzione con un continuo aumento delle domande, suolo e abitato, polizia mortuaria); il Centro Regionale di Farmacovigilanza per la svizzera italiana presso l'Ospedale Regionale di Lugano che ha raggiunto gli obiettivi dell'autorità sanitaria e di Swissmedic; il Fondo alcol; il Comitato etico; la Commissione di vigilanza sanitaria. I dati relativi alle loro attività sono a disposizione.

Vigilanza arti sanitarie

L'effettivo al 31.12.2004 degli **operatori sanitari autorizzati** all'esercizio indipendente delle professioni sanitarie ① conferma la tendenza ad un costante incremento. Questo vale anche per i medici, nonostante l'entrata in vigore il 4.07.2002 della moratoria prevista dall'art. 55a LAMal. Al riguardo va tuttavia ricordato che a seguito delle nuove disposizioni l'autorizzazione all'esercizio indipendente non conferisce automaticamente il diritto ad esercitare a carico della LAMal.

4.T88

A fine anno gli **istituti di cura** erano 15 acuti; 3 riabilitativi; 2 lunga media degenza; 4 psichiatrici; 67 per anziani; 6 convalescenziari e terminali. **Medicamenti:** si veda il punto 4.3.4. I **Laboratori di analisi mediche** privati sono 13 (13).

4.3.2.2 Altre normative settoriali

Legge assicurazione malattie (LAMal)

La Sezione ha assicurato il supporto tecnico e amministrativo sia per i lavori di aggiornamento della pianificazione ospedaliera art. 39, sia per l'applicazione del Decreto legislativo concernente la moratoria sui fornitori (art. 55 cpv. 1), sia per le consultazioni sulla seconda revisione LAMal.

Decreto legislativo concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura

La Commissione consultiva preposta a preavvisare al Consiglio di Stato le domande d'autorizzazione ha proseguito positivamente anche nel 2003 la sua attività.

A livello legislativo il Gran Consiglio ha approvato il 1.06.2004 la proposta di modifica del Decreto, in base al Rapporto 6.05.2004.

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

Il Consiglio federale il 26.05.2004 ha respinto il ricorso di santésuisse Ticino del 20.08.2003 contro le tariffe emanate dal Consiglio di Stato il 18.06.2003. Queste tariffe sono entrate in vigore con effetto retroattivo al 1.01.2003 e permettono di contenere la partecipazione finanziaria dei Comuni e del Cantone.

L'attività di vigilanza e sussidiamento dei Servizi è proseguita regolarmente con la collaborazione della Federazione cantonale ticinese dei servizi autoambulanza. I relativi dati sono a disposizione.

Legge d'applicazione della Legge federale sugli stupefacenti

Interventi nel campo delle dipendenze: con effetto retroattivo al 1. gennaio 2004, unico Cantone in Svizzera, sono stati introdotti per il settore residenziale (tossicomanie e alcol) i contratti di prestazione che prevedono il passaggio dal pagamento per giornata di cura al pagamento per caso. Questa introduzione ha permesso di evitare la perdita dei sussidi federali (se la presenza di invalidi è inferiore al 50 %). L'introduzione dei contratti di prestazione prevede nuove disposizioni per il calcolo del tasso d'occupazione. Con il contratto 2005 si cercherà inoltre di diversificare ulteriormente l'offerta terapeutica puntando sulla complementarità delle strutture.

Nel corso del 2004 si è inoltre dato avvio alla raccolta dei dati per poter implementare contratti anche nel settore ambulatoriale (Antenne). Da osservare che la collaborazione tra gli ambulatori che si occupano di dipendenze (alcol, droghe) è particolarmente positiva tenuto conto che esiste già un unico contratto di prestazione tra il settore e l'UFAS.

Prevenzione: nel corso del 2004 sono continuate le azioni avviate nel corso del 2003 sul tema del consumo di canapa e di alcol presso i giovani. Molteplici le pubblicazioni uscite in questo scorcio di tempo sostenute e curate in collaborazione con l'ente pubblico. Da segnalare la campagna condotta con il Dipartimento dell'educazione della cultura e dello sport "Coltivo il mio carattere senza le dipendenze". In margine a questa campagna mediatica, numerosi sono stati gli interventi in scuole e contesti frequentati dai giovani, come pure gli interventi mirati verso docenti e genitori.

Centri residenziali e Servizi ambulatoriali (Antenne): il numero delle persone dipendenti prese a carico dal settore residenziale nel 2004 è rimasto contenuto. L'evoluzione è la seguente: 106 nel 1991; 201 nel 2001; 156 nel 2002, 137 nel 2003 e 147 nel 2004. Va detto che il sistema attuale è una risposta soprattutto ai problemi posti dall'eroinomania che oggi è in diminuzione rispetto ai problemi posti dall'uso di cocaina e a quelli sempre più diffusi della politossicomania. Per quanto riguarda il montante versato ai centri residenziali, nel 2004 si registra una spesa complessiva di fr. 6.818.661.- (2003: 4.666.939), che si riferisce a un totale di 25.028 giornate di cura nel 2004 (2003: 21.211). La causa principale dell'aumento è la nuova modalità di versamento dei sussidi federali non più direttamente ai Centri, ma tramite il Cantone. Per la casistica 2004 delle Antenne si rinvia all'allegato statistico ①. Il sussidio d'esercizio 2003 (determinato nel 2004) a questi servizi sociali è stato di fr. 1.339.376,60 (1.311.566,05).

4.3.3 Ufficio del medico cantonale (UMC)

Progetto rete sanitaria: in data 8 novembre si è avviata la sperimentazione della Carta sanitaria nella zona urbana di Lugano, con circa due mesi di anticipo sul calendario. La fase sperimentale coinvolge 30 studi medici, 40 farmacie, 7 ospedali, la Croce verde Lugano e lo Scudo, per un totale di oltre 500 operatori sanitari e un massimo di 2.500 pazienti. Si concluderà il 30 giugno 2006. La carta sanitaria è il perno di una rete sanitaria informatizzata, che vuol permettere ai curanti di disporre delle informazioni utili in tempo reale. Il progetto ha assunto rilevanza nazionale dopo il varo da parte del Parlamento federale dell'articolo 42aLAMal, che prevede l'introduzione di una tessera d'assicurato nazionale. L'evoluzione nazionale e internazione della sanità elettronica (e-health) legittima fortemente la presenza dello Stato quale garante di uno sviluppo democratico.

Servizio di vigilanza e qualità: con l'assunzione dell'Infermiere cantonale nel mese di marzo si è conclusa la riorganizzazione di questo servizio. E' terminato il rilevamento della qualità nelle case per anziani, con un risultato più che soddisfacente. Il sistema di auto-dichiarazione è stato rodato con successo. Accanto a ispezioni in case per anziani, la vigilanza si è concentrata sulle cliniche psichiatriche, sia dal profilo normativo (aggiornamento dei requisiti di qualità) che da quello ispettivo. In totale 41 istituti sono stati visitati ①. Parimenti si è lavorato alla standardizzazione della documentazione. Il progetto di reparto ad alto contenuto sanitario è stato monitorato da vicino, in collaborazione con l'Ufficio degli anziani. Attivata anche la collaborazione con i corrispondenti funzionari di altri cantoni. 4.T91

Servizio Hospext: vi è stata una leggera flessione del numero di richieste di garanzie (art. 41.3 LAMal) pervenute rispetto all'anno precedente (-2%). Sono state analizzate 2.018 garanzie di pagamento, il 70% di queste è stato accolto (n = 1.413). Il 94% delle garanzie rilasciate (n = 1.324) concerne ospedalizzazioni per affezioni somatiche acute, il 3% (n = 45) per affezioni psichiatriche ed il 3% (n = 44) per prestazioni di riabilitazione respiratoria ad alta quota ①. 4.T92

Servizio di medicina scolastica: la prevenzione delle dipendenze nella scuola media era l'obiettivo dell'anno scolastico 2004-2005. L'attività sta avendo successo e le scuole richiedono la continuità dell'azione. Perciò è stata rivista la strategia del Servizio, con azioni di durata quadriennale. Grazie alla collaborazione con il Servizio di ginnastica correttiva è stato misurato l'indice di massa corporea (BMI) degli allievi di terza elementare: i dati evidenziano il problema del sovrappeso nei ragazzi ①. Sono state emanate raccomandazioni per il controllo delle malattie cutanee infettive e per la pratica del nuoto nelle scuole. 4.T93

Servizio tossicodipendenze: il 1. maggio è iniziato il progetto AMTiTox (Approccio Multidisciplinare Ticinese per la presa a carico delle persone Tossicodipendenti) con il sostegno dell'Ufficio federale della sanità pubblica. La finalità è quella di migliorare la qualità delle cure fornite ai pazienti tossicodipendenti. L'obiettivo immediato consiste nel favorire il cambiamento strutturale necessario per offrire programmi di cura rigorosi nei contenuti e rispettosi delle conoscenze scientifiche. Lo studio epidemiologico, iniziato nel 2000, prosegue. 781 pazienti seguivano una cura sostitutiva il 31.12.2004 presso 120 medici autorizzati. Il numero di pazienti è rimasto stabile negli ultimi cinque anni, con una tendenza alla diminuzione ①. I risultati dello studio sono stati presentati in Ticino e in Svizzera. Sono anche proseguiti i corsi di aggiornamento per medici, farmacisti, ecc: "Sguardo al futuro nella medicina delle tossicodipendenze" in maggio e "Vivere senza tabacco" in settembre. 4.T94

Settore medicina del personale: l'attività di gestione delle assenze per malattia e infortuni di funzionari e docenti sta assorbendo sempre più risorse: è urgente rivedere alla radice il sistema di gestione delle assenze. Un apposito progetto di riforma, che coinvolge la

Sezione delle risorse umane DFE e la Sezione amministrativa DECS, è stato messo in cantiere.

Settore malattie infettive: l'emergenza dell'influenza aviaria nel Sud-Est asiatico ha avuto ripercussione anche in Ticino, visto il potenziale rischio di trasmissione della malattia all'uomo. Il nostro Ufficio ha proseguito gli sforzi di promozione della vaccinazione contro l'influenza.

Settore dell'interruzione della gravidanza e della medicina della procreazione: leggermente in calo negli ultimi 4 anni il numero d'interruzioni della gravidanza (n=347 chirurgiche e n=262 farmacologiche), nonostante un certo richiamo di pazienti dall'Italia a causa della pillola abortiva. La modifica del CPS non ha dunque avuto alcun impatto sulla prevalenza delle interruzioni di gravidanza ①. L'entrata in vigore in Italia di una legge restrittiva sulla medicina della procreazione ha favorito il flusso di medici italiani verso il Ticino. Tuttavia fino alla fine del 2004 soltanto tre medici esercitavano la medicina della procreazione in Ticino.

4.T95

Servizio sanitario di confine: diminuita l'attività a causa della forte diminuzione di richiedenti l'asilo.

4.3.4 Ufficio del farmacista cantonale (UFC)

Con la sostituzione del titolare, a seguito del pensionamento (31 luglio), si è proceduto a un riesame dei compiti dell'ufficio e a una riorganizzazione interna. I cambiamenti sono stati implementati progressivamente e daranno i primi risultati, anche in termini finanziari, a partire dal 2005.

L'attività principale dell'ufficio resta la **vigilanza sul mercato dei medicinali** ①.

4.T97, 99

L'Ispettorato ha completato la definizione del proprio sistema di qualità e lo ha messo in vigore con successo nel corso degli ultimi mesi dell'anno. In seguito è iniziata la fase formale della procedura di accreditamento, che si prevede di concludere positivamente entro la fine del primo semestre del 2005. Ciò non ha tuttavia impedito di rispettare a pieno il programma ispettivo stabilito. L'accreditamento dell'ispettorato è imposto dalla nuova Legge federale sui medicinali ed è il presupposto essenziale affinché le ispezioni presso le aziende di produzione e commercio di medicinali possano essere riconosciute a livello internazionale.

Le ispezioni presso le farmacie volte ad esaminare il sistema di qualità e il rispetto delle disposizioni legali sono state temporaneamente sospese per consentire la riorganizzazione dell'ufficio. Verranno comunque riprese nella seconda metà del 2005, seppure ad un ritmo minore rispetto al passato. Sono comunque continuati i controlli a campione sia nelle farmacie, sia negli altri negozi che vendono medicinali.

Sono stati aperti complessivamente 43 procedimenti per sospetta infrazione alle norme della Legge sanitaria, della Legge federale sui medicinali e i dispositivi medici, della Legge federale sugli stupefacenti e delle altre normative, la cui applicazione compete all'ufficio. Sono stati trattati anche alcuni casi di offerta e vendita di medicinali per internet: questa nuova forma di commercio illegale sta lentamente interessando anche il nostro Cantone e necessita di interventi particolarmente impegnativi e problematici.

La **vigilanza sui medicinali** ① è stata caratterizzata nell'anno in oggetto dal ritiro dal mercato del farmaco antinfiammatorio Vioxx, dopo che uno studio clinico aveva messo in evidenza che la sua assunzione a lungo termine aumenta il rischio di subire infarto, ictus o altri eventi cardiovascolari gravi. Si è trattato della più grande operazione del genere della storia farmaceutica, sia a causa della capillare diffusione del medicamento, sia per il numero di pazienti coinvolti. Per quanto concerne il solo Cantone Ticino, si è

4.T98

calcolato che la misura ha toccato direttamente 6-8 mila pazienti che lo stavano assumendo, oltre a molti altri che lo avevano assunto in passato. Il mercato annuale ticinese del Vioxx corrispondeva a circa 2,5 milioni di compresse, con una cifra d'affari complessiva di 6-7 milioni di franchi che equivale al quarto rango nella classifica dei medicinali più venduti. L'ufficio è stato sollecitato come mai era capitato in passato con richieste d'informazione e consulenza provenienti da medici, farmacisti, pazienti e mass-media. È inoltre intervenuto presso l'Incaricato federale della protezione dei dati per bloccare la procedura introdotta dalla ditta per il risarcimento dei pazienti e delle casse malati, siccome palesemente contraria alla Legge federale sulla protezione dei dati. La vicenda Vioxx impone all'intero mondo farmaceutico l'adozione di urgenti misure correttive. Infatti esistevano già dei segnali sulla pericolosità cardiovascolare del medicamento dall'agosto del 2001, ma né la ditta produttrice, né le autorità sanitarie registrative hanno riservato a questi segnali l'attenzione dovuta.

Sul terreno **l'applicazione della nuova legge federale sui medicinali** è ancora laboriosa, così come resta problematico il funzionamento dell'Istituto federale dei medicinali (Swissmedic). Grazie alla pressione dell'Associazione svizzera dei farmacisti cantonali e all'appoggio della Conferenza dei direttori sanitari, nel corso dell'anno è stato possibile suddividere chiaramente i compiti fra Confederazione e Cantoni e allestire un catalogo dei problemi più urgenti da affrontare.

Al 1. settembre è entrato in vigore un nuovo pacchetto di ordinanze d'applicazione, che comprende anche numerose correzioni alle ordinanze poste in vigore assieme alla legge il 1. gennaio 2002. Di particolare rilievo è il cambiamento introdotto per quanto concerne **l'utilizzo di medicinali non omologati** in Svizzera. La precedente disposizione - contestata con decisione anche dal nostro Cantone - era infatti estranea alla realtà, complessa dal punto di vista burocratico e inutilmente penalizzante per i pazienti. Con la modifica introdotta si è ora passati a una situazione fin troppo liberale, considerato che nella formulazione della nuova normativa non sono state prese in considerazione le limitazioni richieste all'unanimità da tutte le parti coinvolte nella consultazione. Si è cercato di ovviare a questa carenza richiamando gli operatori sanitari al rispetto delle regole deontologiche e professionali.

Nel settore degli **studi clinici** la situazione resta preoccupante. Dopo l'entrata in vigore della Legge federale sui medicinali le condizioni quadro in questo ambito sono nettamente peggiorate e la Svizzera ha decisamente perso attrattiva sul piano internazionale quale piazza favorevole per l'esecuzione di studi clinici. Le procedure di approvazione si sono fatte laboriose, lunghe e molto burocratiche. Swissmedic non svolge in questo contesto quel ruolo di coordinamento e di catalizzatore che quale autorità di vigilanza gli competerebbe. In Ticino l'attività di ricerca clinica - negli ospedali e presso le strutture private specializzate - resta di primaria importanza; per questo motivo l'Ufficio ha lavorato assiduamente per migliorare la situazione, in stretta collaborazione con il Comitato etico cantonale, i Cantoni universitari e l'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Due **industrie** farmaceutiche in difficoltà sono state rilevate da importanti gruppi internazionali, che ne hanno così garantito la prosecuzione dell'attività. Nella realtà industriale del Cantone non si sono registrati altri cambiamenti, sia in termini numerici, sia per tipologia delle attività svolte.

È per contro aumentato ulteriormente il numero dei **laboratori d'analisi** mediche (+3) ma soprattutto diversi laboratori già esistenti hanno ampliato la gamma delle prestazioni offerte. Il numero di **grossisti di medicinali** è passato da 114 nel 2003 a 100 alla fine del 2004. Ciò è dovuto da un lato alla revoca dell'autorizzazione ad alcune società che non erano

più in grado di soddisfare i requisiti minimi e, dall'altro, alla cessazione definitiva dell'attività da parte di ditte, per le quali già da alcuni anni il mercato farmaceutico rappresentava un'attività marginale. La diminuzione del numero di grossisti non va dunque interpretata quale segnale di crisi nel settore.

Sono stati sottoposti alcuni progetti per nuove **farmacie**, in parte in corso di realizzazione, e anche nel 2004 vi è stata l'apertura di una nuova farmacia. Questi movimenti - che subentrano dopo diversi anni di stallo - indicano che è probabilmente superata la fase di incertezza determinata dai cambiamenti intervenuti nel settore e che avevano influito sul guadagno delle farmacie **T**.

4.T96

Le **forniture all'OSC** di medicinali e materiale sanitario non sono aumentate, assestandosi a Fr. 1.015.000.-; l'evoluzione dal 2000 in poi è illustrata dalla **T** dell'allegato statistico. La media dei consumi per giornata di cura ammonta ora a Fr. 12,01 per la CPC e a Fr. 9,07 per il CARL; il costo per caso si assesta a Fr. 681.-. Questi risultati sono da considerare come molto positivi. Infatti risultano significativamente inferiori a quelli conseguiti in un'analoga struttura psichiatrica della Svizzera interna, confrontabile per dimensione e organizzazione interna (rispettivamente: Fr. 13,48, Fr. 10,72 e Fr. 760.-). L'82 % dei prodotti sono acquistati direttamente presso il fabbricante. La lista dei medicinali include ora anche qualche generico. Sul versante degli acquisti, i margini di risparmio sono praticamente esauriti, visto che le grosse voci di spesa sono determinate da farmaci ancora protetti da brevetto e di cui per il momento non esistono copie. Nei prossimi anni bisognerà dunque forzatamente concentrarsi sul volume dei consumi.

4.T100

4.3.5 Ufficio del veterinario cantonale (UVC)

Prevenzione e lotta contro le epizootie

I casi di malattia notificati dai veterinari ufficiali e dagli ispettori degli apicoltori nel 2004 sono riassunti nella **T**.

4.T48

I greggi sottoposti ad esame sierologico nei confronti dell'**artrite-encefalite caprina (CAE)** sono stati 233, per un totale di 5.487 capi. 10 animali (+8) appartenenti a 5 effettivi diversi sono risultati sieropositivi. Se negli anni precedenti si è verificata una costante diminuzione degli animali infetti, nel 2004 è stato registrato un aumento dei casi. Si tratta di un fenomeno riscontrato anche in altri cantoni, probabilmente imputabile alla natura del virus e alla sua capacità di sottrarsi al sistema immunitario (retrovirus). I dettagli sull'esito dei controlli sono precisati nella **T**.

4.T49

I greggi ovicaprini nei quali si sono verificati casi di aborto enzootico da **clamidia** sono stati 13 (+ 8). Purtroppo la malattia non può essere eradicata e dev'essere trattata con antibiotici per interrompere il ciclo di infezione. Nei greggi a rischio è raccomandata la vaccinazione. 9 casi di **listeriosi** (- 4) sono stati registrati in greggi di ovicaprini e uno in un effettivo di bovini. La malattia si manifesta con disturbi del sistema nervoso, tremori, spasmi, apatia. Le indagini sierologiche predisposte dall'Ufficio federale di veterinaria su un campione rappresentativo di effettivi, concernenti la **leucosi bovina**, la **brucellosi ovicaprina** e la **malattia di Aujeszky**, hanno permesso di confermare lo stato di esenzione nei confronti di queste malattie. La stagione alpestre dal punto di vista sanitario si è svolta senza particolari problemi. Nel corso dell'autunno sono tuttavia apparsi 10 focolai di **rogna delle pecore**, una infestazione parassitaria molto contagiosa causata da acari. I greggi colpiti dalla malattia sono stati posti sotto sequestro e sottoposti a specifiche cure dai veterinari di condotta.

Protezione degli animali

Nell'ambito degli **animali da reddito** sono state effettuate 181 ispezioni. In 93 casi (51%) è stata riscontrata una situazione di totale conformità, mentre nei rimanenti 88 casi

(49%) è stato rilevato almeno un parametro non conforme. Nel 77% dei casi i punti risultati non conformi sono stati al massimo due. Anche nel 2004 ci sono stati gravi episodi di infrazione alla legislazione federale in materia protezione degli animali, per lo più imputabili a grosse carenze di ordine gestionale. Tutte le infrazioni concernenti aziende al beneficio di contributi diretti sono state segnalate alla Sezione agricoltura per le misure di sua competenza (riduzione contributi).

L'Ufficio si è occupato del preavviso delle domande di costruzione ed in seguito del collaudo di numerose stalle ammodernate oppure costruite ex-novo soprattutto nel Sopraceneri.

Nell'ambito degli **animali da compagnia** sono stati controllati 2 canili e 2 commerci per animali che hanno portato alla revoca di un'autorizzazione. È stata pure autorizzata l'attività di due nuovi commerci per animali, mentre 1 commercio ha cessato l'attività.

Sono state rilasciate 14 nuove autorizzazioni per la tenuta non professionale di **animali selvatici** (37 nel 2003): 9 per la tenuta di uccelli esotici o selvatici, 3 di furetti (24 nel 2003), 2 di daini. Le autorizzazioni rinnovate nel corso del 2003 sono state 24, mentre in altri 9 casi il titolare ha cessato l'attività.

Sono inoltre state autorizzate 8 **esposizioni** riguardanti animali da compagnia o selvatici. Il DSS, su preavviso della speciale Commissione di vigilanza, ha rilasciato 8 autorizzazioni (8 pure nel 2003) per l'esecuzione di **esperimenti su animali**. È stato autorizzato l'utilizzo di 15.702 topi (11.350 nel 2003) e 100 ratti (27.000). La commissione ha inoltre espletato dei controlli presso uno stabulario di un'azienda farmaceutica.

Controlli produzione animale

Sono pianificati dall'Ufficio federale di veterinaria e riguardano varie normative sanitarie sulla tenuta degli animali destinati alla produzione di alimenti (traffico degli animali, igiene del latte, trattamenti con farmaci). Su 253 ispezioni effettuate in 65 aziende, 126 (50%) hanno permesso di attestare la totale conformità, mentre nelle rimanenti 127 è stato rilevato almeno un parametro non conforme.

Igiene delle carni

Nella **T** sono riportati i dati relativi alle macellazioni professionali e i risultati dell'ispezione delle carni. In collaborazione con esperti dell'Ufficio federale di veterinaria sono stati ispezionati 6 macelli.

4.T50

Diversi

Nel corso dell'anno sono state rinnovate 28 patenti di negozianti di bestiame.

La produzione di scarti di origine animale e la relativa consegna ai centri regionali di raccolta si è mantenuta nella media degli anni scorsi stabilizzandosi attorno alle 500 tonnellate annue. Il Locarnese e le sue valli si sono dotati di un nuovo centro di raccolta sorto a Losone.

Nel mese di giugno 2004 si è tenuta a Minusio l'assemblea annuale del Concordato sul commercio del bestiame.

4.3.6 Laboratorio cantonale (LC)

Il 2004 è stato caratterizzato dal cambiamento della direzione dell'istituto: si sono infatti ritirati in pensione anticipata sia il Direttore (a partire dal 1.5.2004) che il Direttore aggiunto (a partire dal 31.12.2004). A questi va ad aggiungersi pure il pensionamento di un capo-reparto biologo (a partire dal 1.9.2004). L'anno è quindi da considerarsi di transizione, soprattutto dal punto di vista gestionale. La nuova direzione ha approfittato di questi cambiamenti per modificare l'organigramma funzionale dell'istituto: in particolare l'unità di microbiologia è stata incorporata dai servizi analitici e accorpata (per affinità e

esigenze di razionalità) agli ispettorati, mentre i capi-reparto nell'analitica chimica, biotecnologica e della radioattività riferiranno (per rendere più fluida la catena) direttamente alla direzione e non più ad un responsabile intermedio.

Nei primi mesi del 2004 i collaboratori del LC hanno iniziato i lavori di preparazione dell'accreditamento. Se da un lato il processo di accreditamento iniziato, e che dovrebbe terminare alla fine del 2005, ha prodotto motivazione e ancor maggior consapevolezza sull'importanza della qualità del lavoro da parte di tutto il personale dell'Istituto, dall'altro ha inevitabilmente comportato un calo della produttività di taluni reparti, specialmente in quelli dove sono attivi i collaboratori con ruoli decisivi e impegnativi nel processo stesso. Con la nuova direzione si è modificata pure la strategia di informazione verso l'esterno (popolazione e media), facendo un uso più frequente della rete. A partire da maggio 2004, i risultati delle numerose campagne analitiche e ispettive effettuate sono stati pubblicati in rete a frequenza media mensile e distribuiti ai membri di una lista di distribuzione che conta ormai quasi 300 iscritti.

Ispettorati

Sono continuate le segnalazioni, da parte dell' Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) tramite il Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) dell'UE, di importazioni nel nostro Cantone di partite di alimenti "a rischio": 6 segnalazioni tra gennaio e luglio 2004 su alimenti contenenti coloranti non permessi (4 casi), microrganismi patogeni (1 caso) e residui (1 caso) oltre i rispettivi valori limite hanno comportato investigazioni immediate da parte dell'ispettorato con l'intimazione di misure cautelative. Nel corso dell'anno vi è stata una sola campagna ispettiva concertata a livello nazionale: si è infatti verificata la conformità su prodotti provenienti dall'estero della dichiarazione del Paese d'origine e di particolari metodi di produzione non permessi nel nostro Paese. In questo ambito il Ticino ha mostrato un livello di non conformità in media con i valori nazionali. Nel 2004 sono inoltre iniziati, dopo le modifiche di legge entrate in vigore l'anno prima, i controlli da parte della Commissione federale per il controllo del commercio dei vini (CFCCV) della contabilità di cantina presso i piccoli vinificatori: sono stati visitati un centinaio di produttori, parecchi dei quali in situazione di non conformità, con segnalazione al Laboratorio cantonale e conseguente apertura di una procedura. Molteplici sono stati i ricorsi interposti, per cui questa attività è stata ed è tuttora molto impegnativa.

Come visibile dalle **T** le ispezioni del settore acquedottistico hanno rivelato una situazione certamente migliorabile, soprattutto dal punto di vista dell'autocontrollo e della struttura.

4.T77, 78

Reparti analitici **T**

Le campagne effettuate non hanno evidenziato situazioni di particolare gravità, risultando pertanto facilmente sanabili. Sono stati analizzati 8.205 campioni: 5.442 di derrate alimentari o oggetti d'uso (66,33% del totale) e 2.763 altri campioni (33,67% del totale). Fra le derrate e gli oggetti d'uso grande attenzione viene prestata all'acqua potabile (43,02%), con a seguire: latte e latticini (4,35%), carne e prodotti carnei (2,62%), frutta e verdura (3,92%), miele (2,22%). Fra gli altri campioni hanno rilevanza quelli di acqua di balneazione (19,13%) e quelli miranti alla misurazione del radon in ambienti abitativi (12,68%). In particolare, con il sistema HPLC MS-MS acquistato durante il 2003 è stato possibile determinare la presenza di residui di antibiotici nella carne e nel pesce (cloramfenicolo), così come nel miele (sulfonammidi e tetracicline). Per carne e pesce sono in fase di sviluppo ulteriori applicazioni HPLC MS-MS per la ricerca di antibiotici (chinoloni, tetracicline e sulfonammidi), fatto questo che faciliterà una ancor migliore collaborazione con l'Ufficio del veterinario cantonale.

4.T73-76

Con lo stesso apparecchio è stato inoltre possibile eseguire la ricerca di tutti e 4 i coloran-

ti azoici non permessi del tipo sudan I-II-III-IV in spezie e prodotti derivati. Un collaboratore responsabile di tali analisi è stato invitato a far parte dello specifico gruppo di esperti coordinati dall'UFSP.

Con il sistema ICP-OES (pure acquisito nel corso del 2003) si eseguono correntemente analisi di screening (23 elementi) in particolare sulle acque di falda. Sono in fase di sviluppo ulteriori applicazioni per il monitoraggio di metalli e metalloidi anche in matrici più complesse (derrate alimentari).

Nel reparto radioattività sono stati analizzati 189 campioni mediante spettrometria Gamma. Oltre alle derrate alimentari e a 5 campioni di torba, sono stati analizzati pure campioni per la WSL Sottostazione Sud delle Alpi (48 campioni di legno di castagno), per la SPAAS (27 campioni di cenere da combustione del legno) e per l'UFSP nell'ambito della sorveglianza nazionale della radioattività (18 campioni di erba, suolo e latte).

Nel corso del 2005, dopo aver completato l'organico del LC, entrerà in piena funzione l'unità di biotecnologie. L'analitica di questa unità, tuttora svolta nel reparto di microbiologia, ha permesso già in passato di svolgere compiti non possibili con tecnologie tradizionali, ad esempio il depistaggio di virus di Epatite A in campioni di acqua potabile (vedi Rapporto annuo 2003). L'attività di questa unità si concentrerà inoltre sull'identificazione di organismi modificati geneticamente (OGM) nelle derrate alimentari e sulla determinazione della specie animale per le carni utilizzate nella produzione della salumeria.

L'attività del reparto microbiologia, oltre all'analitica di routine, ha visto la partecipazione alla seconda campagna nazionale sulla qualità microbiologica di latte e latticini.

Per indicazioni di dettaglio sull'attività svolta e sulle risultanze delle indagini del Laboratorio cantonale, da fine aprile è disponibile anche in rete (www.ti.ch/DSS/DSP/LC/) il "Rapporto d'esercizio 2004" redatto per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica.

4.3.7 Istituto cantonale di microbiologia (ICM)

Attività analitica (Natura e quantità di analisi effettuate)

L'anno 2004 costituisce per l'attività analitica il periodo di reale assestamento dopo il trasferimento a Bellinzona e la messa in funzione della nuova infrastruttura. Infatti l'istituto risulta adeguato ai bisogni d'analisi ed allo svolgimento del mandato istituzionale. La capacità operativa ha potuto essere collaudata in modo ottimale tenuto conto della dotazione di personale, delle attrezzature, della logistica e vani laboratori a disposizione.

Le analisi microbiologiche effettuate nel corso del 2004 sono riassunte nella **T**. Quantitativamente il numero di analisi batteriologiche svolte risulta stabile con la tendenza ad un leggero aumento se comparato alla media degli ultimi 4 anni.

4.T79

Per quel che concerne la sierologia/virologia, il numero delle analisi è leggermente diminuito nel 2004. Tuttavia, anche quest'anno la diminuzione delle analisi è stata compensata da un aumento del 6% dei punti fatturati, aumento dovuto alla maggior complessità delle analisi offerte.

Qualitativamente l'utilizzazione di procedure basate sulla biologia molecolare diventa sempre più importante.

Va evidenziata l'importanza delle prestazioni analitiche fornite, in quanto l'ICM emette annualmente 80.000 referti. A livello di salute pubblica, su di una popolazione di 300.000 abitanti, in una regione epidemiologica ben delimitata, svolge un ruolo essenziale. Inoltre centralizza l'analisi microbiologica dell'Ente Ospedaliero Cantonale che rappresenta il 70% dell'attività dell'istituto. Da queste cifre risulta che ogni quattro anni la totalità della popolazione ticinese è potenzialmente analizzata e la frequenza dei germi patogeni e delle malattie infettive sul territorio è monitorata.

Mandati peritali e programmi particolari

Prosecuzione dell'attività come Centro Nazionale di Referenza per la *Legionella* su mandato dell'Ufficio Federale della Salute Pubblica, Berna. Nel 2004 è riportata l'evoluzione della prestazione di questo servizio. Lo stesso Centro ha dato un contributo determinante alla riedizione delle direttive in materia di legionellosi e di prevenzione a livello federale. L'ICM ha ricevuto il mandato e il finanziamento necessario dall'Ufficio Federale della Salute Pubblica per sviluppare un Laboratorio Regionale per le analisi del tipo bioterrorismo. In caso di bisogno, si insedierà nel reparto di biosicurezza (BSL-3) di cui l'ICM dispone. E' stato organizzato a Lugano (lavori scientifici) e a Bellinzona (programma sociale) il congresso annuale della Società Svizzera di Microbiologia.

4.T80

Insegnamento e collaborazione universitaria; corsi e specializzazioni

Il Direttore ed il Direttore aggiunto hanno continuato la loro attività d'insegnamento all'Università di Ginevra in qualità di professori di microbiologia alla Facoltà di Scienze ed alla Facoltà di Medicina, ed in qualità di professori a contratto presso la Facoltà di Medicina dell'Università dell'Insubria di Varese. Legati a quest'attività diversi lavori di dottorato e diploma sono svolti.

Da segnalare la prosecuzione dei corsi sottoforma di stage, in particolare il Corso di microbiologia pratica organizzato presso l'ICM per i medici assistenti dell'EOC e il Corso blocco di microbiologia clinica per la Scuola superiore medico-tecnica cantonale. Inoltre il corso di parassitologia per le laboratoriste attive nei laboratori degli ospedali dell'EOC.

4.3.8 Istituto cantonale di patologia (ICP)

L'attività dell'Istituto di patologia è stata caratterizzata dall'incremento del numero di pazienti per i quali sono state eseguite indagini specialistiche come pure dall'ampliamento dell'offerta diagnostica specie nel campo della biologia molecolare e dell'immunoistologia. Il nuovo sistema informatico, che sostituisce quello in funzione da 25 anni, ha permesso una migliore gestione dei dati e la stesura adeguata di fatture secondo le esigenze del nuovo tariffario medico nazionale TARMED.

I controlli di qualità e il costante lavoro di gruppo dei medici patologi hanno consentito, grazie anche alla fluida organizzazione interna, di mantenere l'Istituto al livello A, ossia parificato all'Università per quanto attiene alla formazione di medici in anatomo-patologia, di assistenti e di studenti.

Si sono mantenute collaborazioni con le università elvetiche, in specie con l'ateneo berneese e con l'Università insubrica dove si sono tenute lezioni nel settore della patologia e della biologia. In campo internazionale si cita la partecipazione a studi e analisi in modo particolare sui linfomi i quali rappresentano uno dei punti di elezione dei contributi professionali dell'Istituto.

A livello svizzero si è stati attivi in gruppi di lavoro che riguardano le patologie epatiche, polmonari, ematologiche, dei tessuti molli, della cute e della mammella e pure si è lavorato a stretto contatto con l'Istituto di ricerche biologiche di Bellinzona, con l'Istituto oncologico della Svizzera italiana, con l'Ente ospedaliero cantonale e con le cliniche private del territorio.

La lista delle pubblicazioni scientifiche e i dettagli tecnici sono ottenibili presso la Direzione dell'Istituto.

Registro cantonale dei tumori

Nel corso del 2004 sono stati registrati 2.406 nuovi casi di tumore. Questo dato sopra la media è dovuto in particolare ad un recupero di notifiche presso l'Ufficio federale di Statistica che ha fornito in blocco la casistica 2000-2002. La banca dati dispone attualmente

di 17.447 casi. I dettagli delle cifre possono essere appresi sulla pagina web dove sono attualmente disponibili i risultati d'incidenza 1996-2001. La pagina web serve al momento come piattaforma consultativa principale delle attività del Registro ed è stata aggiornata a fine 2004.

Si sono evase 72 richieste di consulenza relative a lavori per pubblicazioni scientifiche, a corsi di formazione e giornate di aggiornamento di medici nonché per supporti a dottorandi e a dipartimenti governativi. Il personale è stato chiamato a far parte del Gruppo operativo salute e ambiente del Dipartimento della sanità e della socialità.

A livello informatico è stato messo a punto un sistema di digitalizzazione e memorizzazione di tutti i documenti cartacei. La rete interna, fisicamente separata dalle reti internet, è stata potenziata e permette di assicurare con certezza la confidenzialità dei dati.

Anatomia patologica (biopsie, necropsie)

L'attività quotidiana riguardante la diagnostica istopatologica ha visto un incremento dei pazienti di circa il 10% e ha raggiunto quota 19.322 rispetto ai 17.523 dell'anno precedente **T**. Si sono osservati 2.008 nuovi casi di cancro (valore estrapolato per ragioni tecniche) in un gruppo di età compreso tra i 2 e i 99 anni (età media 67,8 anni) **T**. Le recidive, rispettivamente metastasi di tumori, sono state 644 mentre i tumori diagnosticati nella loro fase iniziale hanno toccato i 201. Si è intervenuti per diagnosi d'urgenza durante operazioni chirurgiche in 289 casi.

4.T85

4.T82

Si sono eseguiti, per incarico di ospedali e di privati 59 interventi necroscopici.

Medicina legale

Il servizio è stato incaricato di eseguire 93 autopsie forensi e 44 ispezioni esterne dei corpi così come 22 sopralluoghi. La suddivisione per natura della morte ha rilevato 38 suicidi, 57 accidenti, 38 morti naturali, 3 omicidi e un caso non meglio specificato **T**.

4.T81

Citopatologia clinica (prevenzione e diagnosi citologica del cancro)

Il Centro citologico ha proceduto a 150.176 (151.580) analisi mediche per un numero complessivo di 37.544 (37.895) pazienti **T**. Gli esami destinati alla prevenzione del cancro dell'utero sono stati 34.377 (34.120) ed hanno mostrato in 1.440 (1.293) casi cellule atipiche, potenzialmente capaci di evolvere verso un cancro oppure espressione di un tumore conclamato. Le analisi non ginecologiche sono state 3.960 (3.775) suddivise in 2.002 (2.030) casi di citologia esfoliativa **T** e in 1.958 (1.745) agoaspirati da diversi organi **T**. Le attività di consulenza e di collaborazione hanno riguardato i 4 ospedali regionali dell'EOC, la Clinica S. Anna di Lugano e la Clinica S. Chiara di Locarno per i quali il primario di citologia ha eseguito 1.468 (1.308) agoaspirazioni da diversi organi. Analoga attività è stata svolta presso la sede di Locarno e di Lugano.

4.T86

4.T83

4.T84

Esami speciali: ricerca HPV 855 (822); recettori ormonali 10 (150); immunocitochimica 109 (120); citometria di flusso 54 (85); FISH 100 (0).

Laboratorio di patologia sperimentale

Il laboratorio è stato attivo nell'introduzione di nuove metodiche di biologia molecolare e ha partecipato all'approfondimento diagnostico di casi istopatologici adottando tali metodologie. In modo particolare il lavoro ha riguardato la tipizzazione di certe malattie tumorali del sistema linfatico. I contributi del laboratorio sono di importanza fondamentale nella scelta di un approccio terapeutico adeguato.

L'attività scientifica, finanziata dal Fondo nazionale svizzero, ha prodotto risultati interessanti nel campo della risposta immunitaria che è fondamentale per la comprensione di certi fenomeni tumorali.

Si sono ospitati temporaneamente studenti e studiosi per soggiorni scientifici autofinan-

ziati soprattutto intese al conseguimento di tesi di laurea in scienze biologiche e per il perseguimento di dottorati in collaborazione con università svizzere e straniere.

4.3.9 Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)

Fra gli altri argomenti che hanno caratterizzato l'attività del 2004, oltre alla proposta di una fondazione per il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (si veda punto 4.3.1), si evidenziano i seguenti:

- L'avvio, in collaborazione con il medico cantonale, del progetto Amtitox (Approccio multidisciplinare ticinese per la presa a carico delle persone tossicodipendenti), che prevede anche la creazione di un reparto di 6 letti in CPC.
- Lo studio, in collaborazione con l'EOC, dell'istituzione di un piccolo reparto di 6-8 letti presso l'OBV di Mendrisio da destinare a pazienti affetti da Bulimia, Obesità, Anoressia (progetto BOA).
- L'esame di una riorganizzazione strutturale dei servizi SMP/CPE per rendere più uniformi i metodi di lavoro nelle varie sedi del Cantone.
- La valutazione, da parte del Centro documentazione e ricerca, del questionario sul grado di soddisfazione degli ospiti/utenti delle unità abitative e dei laboratori protetti del CARL, e dei centri diurni dell'OSC, con risultati più che soddisfacenti per tutte le strutture.
- L'introduzione del nuovo tariffario TARMED per la fatturazione di tutte le prestazioni ambulatoriali dell'OSC.
- La conclusione, in collaborazione con il Centro Sistemi informativi, dello studio per l'implementazione del nuovo programma informatico SAP, che verrà introdotto all'OSC nell'autunno del 2005/inizio 2006.
- L'apertura, dopo riattazione, del rinnovato padiglione Adorna, con 55 posti letto, e la chiusura del padiglione Edera che subirà lavori di miglioria.
L'inizio dei lavori per la sistemazione del Centro sociale e del Teatro nonché la costruzione della nuova camera ardente.
L'elaborazione definitiva del progetto e dei preventivi della nuova cucina, che sarà edificata nel corso del 2005.
Il trasloco della Direzione del Settore Sottoceneri e dei servizi ambulatoriali SPS e SMP di Lugano, unitamente agli uffici del Servizio sociale cantonale e dell'Ufficio giovani, maternità e infanzia, nel rinnovato stabile Luganetto a Viganello.
- L'esposizione di opere di ArtBrut nei corridoi di Palazzo Governativo a Bellinzona, organizzata dal Club dei pazienti in occasione del 30. di fondazione del "Club '74".

Per quanto concerne l'attività svolta, nel 2004 l'OSC si è occupata complessivamente di 8.633 utenti (7.885 nel 2003), dei quali 1.887 minorenni (1.760) e 6.746 adulti (6.125) **T**.
La Clinica psichiatrica cantonale (CPC) ha registrato, rispetto al 2003, una certa stabilità nel numero delle giornate di degenza (51.228 rispetto alle 50.943 del 2003), con una occupazione media, rispetto ai 140 letti autorizzati dalla Pianificazione LAMal, sempre elevatissima (99,98%) e con tutti i noti disagi per la gestione dei ricoveri, come già segnalato nel rapporto dello scorso anno. La degenza media per caso ammesso è stata di 34 giorni; le persone ospitate sono state 932 per un totale di 1.328 ammissioni (una medesima persona può essere ricoverata più volte nel corso dell'anno).

Il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) ha avuto in cura 112 ospiti per un totale di 35.336 giornate di presenza e 1.072 riserve letti (totale 36.408).

L'occupazione media è stata del 94,74% e la degenza media per ospite di 325 giorni.

E' proseguito anche nel 2004 il "Progetto giovani AI" attivato in uno dei 6 appartamenti

del padiglione Villa Alta, che si prefigge quale obiettivo la valutazione di giovani psicotici nell'ambito dei provvedimenti di integrazione socioprofessionale. I risultati ottenuti sono mediamente soddisfacenti e nel corso del 2005 si deciderà sul futuro di questo progetto.

Per quanto concerne la **qualità AI**, si segnala che nel corso del mese di maggio ha avuto luogo con successo la prima verifica di sorveglianza.

I 117 posti dei Laboratori protetti hanno offerto occasioni lavorative a 410 persone, delle quali 61 ospiti CARL, 256 utenti della CPC e 93 provenienti dall'esterno.

Valida come sempre **la collaborazione con l'OBV**, che con 2 capiclinica (equivalenti a 0,5 unità) ha garantito l'assistenza somatica agli ospiti CPC/CARL. L'OBV provvede pure alla gestione di tutti i nostri esami di laboratorio (tramite EOLAB) e, dal mese di giugno, soddisfa anche le nostre esigenze per il settore della radiologia.

L'attività dei Servizi ambulatoriali per adulti e minori sul territorio è sempre molto intensa. Servizi psico-sociali, Servizio di psichiatria e di psicologia medica, Centri diurni, Servizi medico-psicologici e Centri psico-educativi danno una efficiente risposta alle necessità e ai disagi quotidiani di numerosi utenti. Per un esame dettagliato dei dati rinviamo alla lettura delle tabelle statistiche, laddove segnaliamo che a seguito del nuovo metodo rilevazione prestazioni secondo TARMED in alcuni casi non è più possibile un confronto con gli anni precedenti.

Il Centro documentazione e ricerca raccoglie e analizza come sempre i dati concernenti la casistica dei pazienti OSC allo scopo di fornire informazioni quantitative sulla morbilità psichiatrica per le valutazioni epidemiologiche e per la pianificazione delle strutture. Ha pure avviato studi di verifica della qualità. Si cita, per la CPC, la valutazione della soddisfazione dei pazienti attraverso il questionario POC 18, e per i servizi minorili ambulatoriali SMP e CPE, una inchiesta sulla soddisfazione dei genitori dei bambini fino a 12 anni.

La Commissione giuridica LASP ha esaminato 117 ricorsi assolvendo il suo mandato giuridico, ma nel contempo di mediazione, al quale gli utenti contrari al ricovero od al trattenimento presso la CPC possono appellarsi.

Finanziariamente la spesa complessiva è stata di fr. 54,4 milioni e gli introiti di fr. 32,9 milioni. Con un fabbisogno a carico del Cantone di fr. 21,5 milioni, si registra un miglioramento di 4 milioni rispetto al consuntivo 2003. Questa favorevole situazione va attribuita sia ad una minor uscita di fr. 0,6 milioni, sia a maggiori introiti per fr. 3,4 milioni, dovuti al versamento di quote arretrate per sussidi AI e a maggiori introiti per l'ulteriore aumento di attività ambulatoriale del settore adulti.

4.4 Divisione dell'azione sociale

4.4.1 A2000 Progetto "Contratti di prestazione"

Area contrattualizzazione. Durante tutto l'anno è stata rivolta particolare attenzione al monitoraggio e al controllo dei 10 contratti pilota (5 con istituti per anziani, 2 con istituti per invalidi, 2 con istituti per minorenni e 1 con un servizio di assistenza e cura a domicilio), al fine di rilevare le indicazioni utili per migliorare gradualmente l'impostazione del sistema dei contratti di prestazione, in vista della sua applicazione generalizzata dal 1. gennaio 2006 a tutti gli oltre 90 Enti sussidiati del settore sociosanitario.

Agli inizi del mese di ottobre, con validità retroattiva al 1. gennaio 2004, è stato stipulato un undicesimo contratto pilota con il Centro di cura dell'alcolismo INGRADO, per intervenute nuove disposizioni dell'UFAS in merito al finanziamento dei servizi del settore delle dipendenze.

Si è proceduto inoltre al rinnovo degli 11 contratti pilota per il 2005 e alla stipulazione di 2 nuovi contratti nel settore degli istituti per minorenni.

Grande sviluppo, nel 2004, ha avuto il lavoro sui nuovi strumenti di gestione, il più importante valore aggiunto del progetto contratti di prestazione.

Area prestazioni e sistemi di rilevazione dei bisogni. Sono state definite tutte le prestazioni relative ai quattro settori che costituiscono l'ambito di operatività del progetto, ad eccezione di quelle relative al sotto settore invalidi-minorenni, che sono in fase di elaborazione. Parallelamente, sono stati individuati i principali fattori che incidono sulla qualità delle singole prestazioni, che costituiscono uno dei riferimenti per determinare gli indicatori di qualità sui quali basare il controlling.

Per quanto riguarda il processo di introduzione di sistemi di rilevazione dei bisogni, nel corso dell'anno sono stati fatti notevoli passi avanti. In ottobre ha preso ufficialmente avvio il complesso progetto RAI, il cui obiettivo è l'introduzione entro il mese di giugno 2006 del sistema RAI-NH (Resident Assessment Instrument - Nursing Home) in tutti gli istituti per anziani autorizzati all'esercizio nel Cantone. In dicembre è terminata la sperimentazione di un anno, ristretta a quattro istituti, del sistema di valutazione multidimensionale della disabilità denominato ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), versione di sintesi rappresentata dall'ICF Check List. Il gruppo di lavoro che ha seguito detta sperimentazione, ha valutato positivamente la stessa e ha raccomandato l'introduzione generalizzata dello strumento. Nel settore degli istituti educativi per minorenni, è stata ultimata e sperimentata in due strutture una nuova griglia di valutazione dei bisogni ed è iniziata la discussione sulla definizione del processo di introduzione.

Area contabilità analitica. La sperimentazione ristretta dei modelli di contabilità analitica adottati o elaborati ha dato esito positivo in tutti e quattro i settori. Nel mese di ottobre 2004, con la distribuzione dei programmi informatici e dei relativi manuali, è stato dato avvio alla sperimentazione allargata a tutte le strutture, con l'obiettivo di ottenere le prime informazioni analitiche sui costi delle prestazioni sociosanitarie sul piano cantonale nella primavera del 2005. Tali informazioni costituiranno la base per la definizione dei prezzi standard delle prestazioni contrattualizzate.

Area indicatori, qualità, controlling. Al fine di definire dei set di indicatori di qualità per il monitoraggio dell'attività degli istituti in regime di contratto di prestazione, si è proceduto nel lavoro di sistematizzazione e di integrazione dei requisiti e degli standard minimi vigenti per l'ottenimento e il mantenimento dell'autorizzazione all'esercizio, rispettivamente per il riconoscimento ai fini del sussidiamento. È stato inoltre portato avanti il lavoro di elaborazione di un questionario per la rilevazione della soddisfazione del personale, a partire dalla realtà degli istituti per anziani. Tutto questo versante del progetto viene sviluppato in stretta collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale.

Relativamente ai contratti pilota, sono stati definiti indicatori/obiettivi di qualità per ognuno degli istituti contrattualizzati e le prime disposizioni inerenti il controlling.

Soluzioni economiche, strutturali e culturali. Su questo versante del progetto si è continuato a lavorare su due direttrici: 1. individuazione di possibili soluzioni orientate al miglioramento economico; 2. promozione di un più accentuato orientamento ai risultati, facendo leva sull'intervento formativo.

In relazione al primo punto, è stato ulteriormente affinato il metodo per la determinazione del contributo globale, utilizzando le prime informazioni analitiche sui costi venute dalla sperimentazione dei sistemi di contabilità analitica. Inoltre, è stato ultimato il lavoro tendente a focalizzare le possibili vie di razionalizzazione sul piano dei costi e di incremento sul piano dei ricavi.

Per quanto riguarda il secondo punto, è stata realizzata la fase 2 del corso di formazione "Logiche e strumenti di management dei servizi socio-sanitari", indirizzato ai direttori e ai quadri intermedi degli Enti che non erano stati coinvolti nella fase 1 (realizzata nel 2003 e riservata ai componenti dei team di progetto). La fase 2 dell'intervento formativo comprendeva 6 moduli distribuiti su 7 giornate per i direttori e 3 moduli distribuiti su 4 giornate per i quadri intermedi. Complessivamente hanno partecipato al suddetto corso di formazione, realizzato in collaborazione con l'USI e la SUPSI, oltre 300 persone.

4.4.2 Innovazioni legislative cantonali nel campo di competenza della DAS

- Il Regolamento concernente la concessione di sussidi per le spese di esercizio ai nidi d'infanzia è stato adottato il 5 ottobre 2004.
- Il Regolamento concernente le condizioni per l'affidamento dei minorenni a famiglie e istituti e la concessione di sussidi agli istituti riconosciuti dallo Stato, del 22 febbraio 2000, è stato modificato il 1° dicembre del 2004 per introdurre le norme precedentemente disciplinate nella forma di Direttive dipartimentali.
- La Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie - Lfam), del 15 settembre 2003 è entrata in vigore, limitatamente al sussidio per le spese di esercizio degli asili nido, il 1° dicembre 2004.
- Il Regolamento concernente l'anticipo e l'incasso degli alimenti per i figli minorenni è stato modificato il 14 dicembre 2004. La modifica - proposta nell'ambito del Messaggio 15 ottobre 2004 sul Preventivo 2005 del Consiglio di Stato - entra in vigore il 1° gennaio 2005 e prevede la limitazione temporale (massimo 60 mesi cumulativi) dell'anticipo della pensione alimentare.

4.4.3 Innovazioni organizzative e logistiche della DAS

In dicembre, la sede del Servizio Sociale di Lugano dell'Ufficio del servizio Sociale e quella per le permanenze a Lugano dell'Ufficio dei Giovani, della Maternità e dell'Infanzia sono state trasferite in Via Luganetto 5 (Lugano-Viganello), unitamente a quella dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, servizi ambulatoriali di Lugano. La nuova sede permette di rafforzare ulteriormente la collaborazione e le sinergie fra i diversi servizi.

4.4.4 Sviluppo sociale e priorità di intervento

- *Disoccupazione ed esclusione.* Nel 2004, il numero medio di disoccupati (6.749) è aumentato di 440 unità rispetto al 2003 (+7%). È pure aumentato il numero di coloro che, di mese in mese, esauriscono il diritto alle indennità di disoccupazione (meno però che nel 2003, quando, da luglio, il numero di indennità giornaliere di disoccupazione era stato ridotto da 520 a 400). Nel mese di novembre del 2004, sono state 173 le persone che hanno esaurito il diritto alle indennità: di queste, in gennaio solo il 18% aveva ritrovato un impiego. In media, negli ultimi 12 mesi i casi di esaurimento del diritto sono stati 171, contro 164 del 2003. Si stima che dal 20 al 25% di queste persone, più o meno rapidamente, chiede l'assistenza. L'andamento della disoccupazione (dal 2001 al 2004 è aumentata del 73%!) e il maggior numero di assicurati che esaurisce il diritto alle indennità sono due dei fattori che spiegano l'aumento importante degli utenti di prestazioni assistenziali nel 2004. Altri fattori sono l'effettivo molto elevato di "Working Poor" (la cui quota è stimata dall'Ufficio federale di statistica, per il 2003, al 12,6%); la riduzione del reddito primario delle economie domestiche; l'elevato numero di fallimenti di piccole imprese; la forte crescita del numero di invalidi (soprattutto psichici) che si ripercuote anche sulla domanda di prestazioni assistenziali (attesa della rendita, rifiuto della rendita,

rendite parziali e prestazioni complementari insufficienti), e altri ancora. I dati sui casi d'assistenza vengono ora prodotti tramite il nuovo sistema informativo (e il Datawarehouse collegato) con cui vengono inoltrate e gestite le domande di prestazioni assistenziali e di altre prestazioni regolate dalla nuova Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), entrata in vigore il 01.02.03. Da febbraio a dicembre 2004, il numero di "unità di riferimento" (UR: economie domestiche ai sensi della Laps) che ricevono prestazioni assistenziali (ordinarie e/o speciali) è aumentato del 20%. Nel corso del 2004, oltre 3.500 UR hanno ricevuto almeno una prestazione. Nel mese di dicembre, 2.230 "unità di riferimento", per un totale di 3.382 persone, hanno ricevuto prestazioni. Altri dati sono presentati nel rendiconto dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento e nell'allegato statistico. Per far fronte ai rischi d'esclusione, nell'anno in rassegna, 462 utenti del sostegno sociale hanno potuto usufruire di "misure attive" nella forma di contratti d'inserimento professionale ai sensi della Legge sull'assistenza, contro 359 l'anno precedente (i nuovi contratti stipulati nel 2004 sono stati 296, contro 221 nel 2003). L'aumento dei programmi d'inserimento riflette la grande difficoltà delle persone a beneficio del sostegno sociale di trovare uno sbocco lavorativo nel mercato del lavoro "ordinario", direttamente o tramite gli uffici di collocamento: a causa della congiuntura, delle caratteristiche strutturali del mercato del lavoro e, sovente, anche delle loro caratteristiche personali (fragilità psico-sociale e sanitaria, scarsa formazione, marginalità). L'esito di questi programmi di inserimento non è però del tutto soddisfacente: nel 2004, circa il 12% dei partecipanti ha interrotto l'occupazione temporanea per malattia o incapacità di adeguarsi ad un normale ritmo di lavoro, mentre solo il 3% l'ha interrotta invece per un motivo positivo, cioè per aver ottenuto un impiego "normale" (non sussidiato). Comunque, circa l'80% di chi intraprende un PIP porta a termine il programma di lavoro temporaneo e, perlomeno, riacquista i diritti all'indennità di disoccupazione e alle misure attive degli uffici di collocamento, alleggerendo così il bilancio del sostegno sociale. Infine - sempre nell'ambito dell'emarginazione e dei rischi d'esclusione - nel 2004 è stata svolta un'inchiesta sulla tematica delle persone in difficoltà e senza alloggio: il Rapporto finale è stato consegnato in dicembre al Dipartimento e trasmesso successivamente al Consiglio di Stato. Lo studio ha messo in evidenza che il fenomeno dei "senza tetto" è contenuto ma non irrilevante, che è in crescita, e che le persone in difficoltà e senza alloggio sono molto eterogenee (per età, sesso, statuto legale, cause del disagio: emarginazione, dipendenze, rotture familiari, viaggiatori privi di mezzi, stranieri che devono lasciare la Svizzera ma che non possono o non vogliono...), e che questa varietà impedisce di ipotizzare risposte univoche. Pertanto, il miglioramento delle risposte già date, o le nuove risposte che si vorrebbero dare a questo fenomeno, dovranno essere identificate su scala regionale dall'insieme dei servizi pubblici (cantonali e comunali) e privati, che sono stati coinvolti nella ricerca e che hanno presentato iniziative in corso e progetti possibili.

- *Finanziamento delle prestazioni sociali.* Questo tema ha costituito anche nel 2004 una priorità d'intervento per la Divisione. Gli sforzi di "contenimento" della spesa sociale assorbono una gran parte delle energie dei collaboratori, nel corso dell'intero anno e, in particolare, nelle fasi di preparazione e rettifica dei preventivi.
- *Politica della famiglia e della protezione dei minorenni.* La preparazione della messa in vigore della nuova Legge per le famiglie, adottata il 15 settembre 2003, coinvolge direttamente parecchi servizi della DAS, che interagiscono anche con altri servizi del DSS, dell'Amministrazione cantonale e del "privato sociale": la Legge sarà in vigore dal 2005 per il sostegno agli asili nido e dal 2006 nella sua totalità.
- *Pianificazione degli istituti per anziani.* Sulla base del rapporto "Pianificazione 2000/2010 della capacità di accoglienza degli istituti per anziani del cantone Ticino", del luglio 2003, il Consiglio di Stato, con decisione del 27 gennaio 2004, ha definito la necessità di avviare subito la realizzazione di circa 500 posti letto supplementari in case

per anziani. Nel corso dell'anno sono state attivate varie iniziative, soprattutto progetti di ampliamento di strutture esistenti di piccola e media dimensione, notoriamente più costosi degli istituti con più di 60/70 posti letto. Al potenziamento della capacità d'accoglienza concorreranno due progetti di nuove costruzioni a Lugano-Pregassona e a Bellinzona.

- *Pianificazione dello sviluppo di strutture per invalidi adulti 2004-2006.* La pianificazione dell'adeguamento dell'offerta alla crescita della domanda, che indicava una necessità di 90 posti supplementari in case per invalidi e di 79 posti in laboratori protetti, è stata approvata dall'UFAS il 22 novembre 2003. Tuttavia, per effetto della restrizione dei crediti accordati dall'AI per il finanziamento dei posti esistenti e quelli da creare, è stato accordato per il periodo 2004/2006 un aumento di 86 posti in case per invalidi e 43 in laboratori protetti.
- *Pianificazione del settore dell'assistenza e cura a domicilio.* Il 2004 è stato l'ultimo anno del primo periodo di pianificazione, iniziato con l'entrata in vigore della Legge sull'assistenza e cura a domicilio il 1 gennaio 2000. Il potenziamento dei servizi di assistenza e cura a domicilio e dei servizi di appoggio ha seguito uno sviluppo di circa il 6% annuo. E' stato attribuito alla SUPSI un mandato di valutazione del primo quadriennio di entrata in vigore della LACD, valutazione che dovrebbe contribuire a impostare la nuova pianificazione per il periodo 2005-2009, avviata verso la fine dell'anno in rassegna.

4.4.5 Rendiconto delle unità amministrative

4.4.5.1 Sezione del sostegno a enti e attività sociali

La Sezione, unitamente alla Divisione, ha coordinato le pianificazioni sopra esposte, oltre che l'attività corrente delle sue unità amministrative. Per realizzare il potenziamento dell'offerta nei diversi settori d'intervento, la Sezione ha assicurato la gestione degli investimenti nei limiti imposti dal piano finanziario) allestendo le proposte sottoposte al Parlamento.

Per il settore anziani, il Parlamento ha concesso crediti per l'ampliamento dei seguenti istituti: La Piazzetta a Lugano-Loreto, Asilo dei ciechi a Lugano, Al Pagnolo a Sorengo, Società cooperativa Casa anziani Greina a Bellinzona. Il Dipartimento ha poi autorizzato la progettazione di ampliamenti e/o ristrutturazioni nei seguenti istituti: Casa anziani consortile a Claro, Istituto Riziero Rezzonico a Lugano, casa anziani Alto Vedeggio a Mezzovico, Opera Don Guanella a Castel San Pietro, Casa Montesano a Orselina, Residenza Gemmo a Lugano.

Nel settore maternità e infanzia, il Parlamento ha concesso un contributo per la ristrutturazione dell'Asilo nido comunale di Locarno.

Nel settore degli invalidi adulti ha concesso un contributo alla Fondazione San Gottardo per l'acquisto e ristrutturazione del laboratorio Orto Al Gelso a Melano, ed alla Fondazione Casa Faro per l'acquisto e ristrutturazione di una struttura residenziale (foyer). Alla Fondazione Provvida Madre ha concesso un contributo di consolidamento del terreno su cui sorge l'istituto.

La Sezione ha assicurato direttamente la gestione dell'assistenza e cura a domicilio e quella dell'istanza di compensazione che regola i flussi dei contributi cantonali e comunali agli enti sussidiati.

4.4.5.1.1 Assistenza e cura a domicilio

- *Pianificazione.* I Servizi di assistenza e cura a domicilio ed i servizi di appoggio hanno proseguito il loro potenziamento in base al sentiero di sviluppo indicato nel rapporto complementare sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, settembre 2002, che è stato discusso ed approvato dal Gran Consiglio nel mese di settembre. E' stato avviato l'allestimento del Rapporto di pianificazione per il periodo 2005-2009, la cui con-

segna è prevista per marzo 2005. Nel contempo, la SUPSI ha lavorato ad una valutazione del primo quadriennio di entrata in vigore della LACD. Il rapporto di valutazione è stato consegnato in febbraio 2005.

- *Servizi di assistenza e cura a domicilio (Sacd)* **T**. Nel mese di giugno è stata conclusa l'inchiesta di valutazione della soddisfazione degli utenti e dell'impatto della Lacd sulla salute. Essa ha coinvolto i cittadini-utenti che utilizzano i servizi di assistenza e cura a domicilio, i famigliari (persone di riferimento del nucleo familiare), i servizi di appoggio e i beneficiari del sussidio cantonale per il mantenimento a domicilio. L'analisi ha messo in luce la complessità dell'intervento (molti attori) e la fragilità degli utenti, sia dal punto di vista sociosanitario, sia da quello economico. Dallo studio scaturisce un ottimo grado di soddisfazione degli utenti e che la risposta al bisogno garantisce la sussidiarietà dell'intervento rispetto alle risorse personali dell'utenza e della sua famiglia. Nell'ambito del progetto "contratti di prestazione", i SACD hanno adottato la contabilità analitica. Questo nuovo strumento, e l'applicazione pilota del contratto di prestazione del 2003, hanno permesso di gettare le basi per l'adozione dei prezzi standard. È stato così costituito un gruppo di lavoro ad hoc che ha il compito di proporre i parametri per l'allestimento dei prezzi standard, sulla traccia del lavoro di diploma MEGS di G. Balestra, direttore del servizio ALVAD.

4.T30

È stato discusso e definito il nuovo tariffario per l'aiuto domestico. Esso è stato semplificato e ha ridotto lo scarto fra tariffa e costo della prestazione.

- *Servizi di appoggio*. È stato concluso l'approfondimento relativo all'attività degli enti della "famiglia" dei trasporti. Nel 2005 verrà presentato e poi definito nella sua applicazione pratica. Inoltre, è stata allestita una circolare con lo scopo di uniformare l'applicazione delle tariffe agli utenti.

L'UFAS ha riconosciuto un sussidio federale ai sensi dell'art. 101bis a due centri diurni terapeutici la cui organizzazione è legata alle case per anziani (centro diurno della Casa dei Ciechi, centro diurno del Comune di Chiasso).

Sono state presentate richieste di riconoscimento di alcuni nuovi servizi, che saranno realizzate nell'ambito della pianificazione 2005-2009.

- *Aiuti diretti al mantenimento a domicilio* **T**. Il 1° gennaio 2004 è entrata in vigore una modifica della LAI che prevede il raddoppio dell'assegno per grandi invalidi per le persone beneficiarie di rendita AI che vivono al proprio domicilio. Inoltre, sono state aumentati i limiti di rimborso nell'ambito della prestazione complementare delle spese per cure infermieristiche. Queste misure hanno portato alla diminuzione dell'aiuto diretto versato ad alcuni utenti invalidi.

4.T29

4.4.5.1.2 Ufficio degli anziani **T**

4.T28

E' proseguito il sostegno, nel 2004, agli enti gestori di istituti per anziani, per adeguare i loro immobili alle norme di sicurezza antincendio e igieniche sanitarie. Segnaliamo:

- la conclusione dei lavori di ristrutturazione presso la casa per anziani La Quercia ad Acquarossa, la Casa Belsoggiorno a Ascona, l'Opera don Guanella a Tesserete, la Casa San Carlo a Locarno;
- l'avvio dei lavori di ristrutturazione presso l'Istituto la Quiete a Castel San Pietro, l'Istituto Solarium di Gordola, la casa per anziani di Loco (congiunta al Centro sociale di Russo).

Conseguentemente alla riduzione di posti letto nel settore acuto previsti nella pianificazione ospedaliera, è stata consolidata la riconversione dell'ex clinica Santa Lucia di Arzo in casa per anziani, con l'inserimento di un'unità ad alto contenuto sanitario. Analoga unità è stata inserita in sostituzione di 12 posti letto all'ospedale di Castelrotto. È stata perfezionata la riconversione dell'ospedale San Donato di Intragna in casa per anziani.

Con gli assicuratori malattia (Santésuisse) è stata aggiornata la Convenzione tariffale. A

conclusione della trattativa è stato convenuto un aumento della tariffa giornaliera per i casi di dipendenza più elevata, con effetto gennaio da 2005.

Per migliorare ulteriormente la qualità della presa a carico degli utenti, tutti gli istituti per anziani, sussidiati e non, hanno aderito al progetto per l'introduzione dello strumento multidimensionale di valutazione dei bisogni RAI-NH. Il progetto specifico, che rientra nel più ampio progetto per l'introduzione dei contratti di prestazione, è stato approvato dal Parlamento con la concessione di un credito d'investimento. Su queste basi, alla ditta che detiene le licenze per la Svizzera, è stato attribuito il mandato per la fornitura dello strumento informatico e per la formazione del personale degli istituti.

4.4.5.1.3 Ufficio degli invalidi

Invalidi adulti ①

4.T31

Conformemente a quanto previsto nel documento di pianificazione triennale 2004-2006 delle strutture per invalidi adulti, l'ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha approvato per il 2004, i potenziamenti e le nuove iniziative seguenti:

- attivazione della nuova sede della fondazione Casa Faro a Riazzino, in grado di ospitare 8 persone affette da HIV;
- il reparto invalidi presso il centro sociosanitario di Cevio è stato occupato integralmente, offrendo accoglienza a 12 persone prevalentemente affette da gravi handicap fisici;
- la fondazione Provvida Madre di Balerna ha trasferito un gruppo di minorenni al settore degli adulti (+ 4 posti);
- la Casa della Giovane di Lugano ha iniziato la graduale conversione della propria attività verso gli utenti AI. Nel 2004 è stata in grado di ospitare 33 ospiti con problemi psichici;
- il Centro San Gottardo di Minusio ha aumentato la propria offerta con l'apertura di un nuovo foyer per 6 invalidi psichici a Muralto;
- la fondazione San Gottardo ha aumentato l'offerta della propria Casa al Cedro di Lugano per un totale di 2 posti supplementari;
- la fondazione OTAF ha attivato il secondo centro diurno a Sorengo. Ubicato presso la vecchia casa del personale, esso è in grado di accogliere 7 ospiti affetti da patologie fisiche e mentali;
- la fondazione Diamante ha aumentato di due posti il contingente del laboratorio Appunti di Bellinzona.

La conversione della struttura La Fonte 1 dalla categoria dei laboratori a quella dei centri diurni ha effetto con il 1. gennaio 2004. Essa risponde ai criteri cantonali e federali in merito ad intensità, obiettivi di presa a carico e parametri di finanziamento.

Parallelamente all'entrata in vigore del pacchetto di risparmio deciso dal Consiglio Federale, che fissa i contributi 2004 a livello di quelli del 2000, l'UFAS ha approvato buona parte della richiesta inoltrata per ottenere un supplemento di sussidio per le istituzioni che hanno subito un notevole aggravamento delle condizioni degli ospiti durante il periodo 2000-2004 (supplemento per assistenza 2004).

Invalidi minorenni ①

4.T32

Nonostante la stabilità del numero di ospiti presi a carico, prosegue l'importante aumento dei sussidi erogati alle strutture che ospitano invalidi minorenni.

Tra i principali motivi troviamo:

- l'aggravamento delle condizioni psico-fisiche dei minori presi a carico, affetti spesso da invalidità e/o malattie congenite. Essi richiedono assistenza e cure sanitarie continue che le famiglie non sono in grado di gestire autonomamente. Gli istituti si trovano confrontati con un aumento delle richieste di presa a carico durante i fine settimana, i periodi festivi e gli orari extra-scolastici. Ciò necessita un maggior impiego di risorse di personale specializzato;

- il mancato adeguamento del sussidio UFAS all'aumento dei costi generali è riconducibile ai criteri di erogazione del sussidio federale, che prevedono quasi esclusivamente il finanziamento delle prestazioni erogate durante l'orario scolastico;
- la partenza dei docenti delle classi speciali, precedentemente a carico del DECS, viene rimpiazzata da nuovo personale a carico degli Istituti (e dei contributi erogati dal DSS). Questo si traduce in un aumento dei costi riconosciuti a parità di prestazioni erogate;
- la partenza di personale religioso, e la conseguente sostituzione con personale laico, causa pure un aumento dei costi a parità di prestazioni erogate.

4.4.5.1.4 Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia

Giovani **T**

4.T33

Nell'ambito del sostegno alle attività giovanili segnaliamo in particolare:

- il Messaggio 5509 licenziato dal Consiglio di Stato lo scorso 20 aprile 2004 con cui si propone l'introduzione di un nuovo articolo concernente il riconoscimento del Forum cantonale dei giovani nella Legge sul sostegno e il coordinamento delle attività giovanili (Legge giovani) del 2 ottobre 1996. Segnaliamo che il Forum cantonale dei giovani numero 5 sarà organizzato nella primavera 2005 direttamente dai giovani che hanno sin qui dato vita ai precedenti Forum;
- il riconoscimento di due nuovi centri di attività giovanile a Quinto e a Coldrerio. Complessivamente i centri di attività giovanile riconosciuti in esercizio su suolo cantonale sono nove. I centri di attività giovanile che sono stati creati e riconosciuti dopo l'entrata in vigore della Legge giovani, il 20 giugno 1997, sono solo cinque: Bellinzona, Breganzona, Coldrerio, Quinto e Agno;
- il rinnovo dell'accordo di collaborazione con la Sezione della Svizzera italiana di Pro Juventute, in base al quale essa assume la diffusione delle pubblicazioni di "Infogiovani" allestite dall'Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia;
- l'inaugurazione del nuovo sito di Infogiovani allestito in collaborazione con l'Ufficio di prevenzione e di valutazione sanitaria";
- l'avvio, sostenuto dall'Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia, negoziato con Pro Juventute Sezione della Svizzera italiana e gestito dal Centro giovanile E20 di Pro Juventute a Cevio, del progetto intitolato "Perimetrogiovani" inteso a censire gli spazi a disposizione dei giovani del Cantone Ticino per le loro attività: incontri, concerti, feste, giochi, serate varie, ecc.

Maternità, infanzia, fanciullezza e adolescenza

L'anno in rassegna è stato caratterizzato in particolare:

- dall'entrata in vigore della Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie - Lfam) del 15 settembre 2003 limitatamente al sussidio per le spese di esercizio degli asili nido e l'adozione conseguente del Regolamento concernente la concessione di sussidi per le spese di esercizio ai nidi dell'infanzia del 5 ottobre 2004, che disciplina a partire del 2005 il versamento dei contributi agli asili nido finalizzati a sostenere i genitori nel conciliare gli obblighi familiari con quelli professionali o di formazione;
 - dalla modifica del Regolamento concernente le condizioni per l'affidamento dei minorenni a famiglie e istituti e la concessione di sussidi agli istituti riconosciuti dallo Stato del 22 febbraio 2000 finalizzata a disciplinare i criteri per il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio dell'attività di accoglienza di minorenni dai 0 ai 3 anni (in applicazione dell'Ordinanza federale sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione e di adozione del 19 ottobre 1977), precedentemente disciplinati in forma di Direttive dipartimentali. A fine dicembre 2004 gli Asili nido autorizzati erano 27 per un numero complessivo di 506 posti
- T**. Segnaliamo inoltre il sostegno al primo stage di formazione promosso dai CEMEA a

4.T36

cui hanno partecipato una trentina di persone occupate presso gli asili nido autorizzati in qualità di personale senza una formazione specifica adeguata;

- dal rilascio dei preavvisi cantonali all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali concernenti gli aiuti finanziari per la custodia di bambini negli asili nido disciplinati dalla Legge federale sugli aiuti finanziari per la custodia complementare alla famiglia entrata in vigore il 1° febbraio 2003;
- dall'applicazione delle normative disciplinate dalle Direttive federali sui sussidi del 6 aprile 2004 relative alle prestazioni della Confederazione nel campo dell'esecuzione delle pene e delle misure. Le nuove direttive condizionano il riconoscimento delle prestazioni assicurate dagli Istituti sociali per minorenni. In particolare limitano il campo di riconoscimento dei posti di accoglienza diurna e impongono un rafforzamento della dotazione di personale per l'accoglienza residenziale dei minorenni. Queste misure hanno imposto una ridefinizione delle prestazioni erogate in particolare dagli istituti sociali Vanoni e Casa Primavera a Lugano e dell'istituto Torriani a Mendrisio;
- dal perfezionamento dei contenuti dei contratti di prestazione pilota, in particolare: definizione delle prestazioni erogate dagli istituti sociali; definizione della struttura della contabilità analitica e elaborazione di uno strumento atto a stabilire il grado di dipendenza degli ospiti negli istituti sociali riconosciuti;
- la **T** riporta i dati relativi ai collocamenti effettuati dai servizi sociali e dalle Commissioni tutorie regionali presso gli istituti sociali nell'esercizio 2003, mentre la **T** riporta i dati relativi ai collocamenti effettuati presso gli asili nido riconosciuti e sussidiati dallo Stato nell'anno 2003 in base alla Legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza, dell'adolescenza del 15 gennaio 1963.

4.T34

4.T35

Colonie **T**

4.T37

Per quanto attiene alle colonie estive di vacanza disciplinate dall'omonima legge, segnaliamo nell'esercizio 2004 l'applicazione del sistema di sussidiamento determinato dalle normative previste dalla Legge sull'introduzione dei nuovi sistemi di sussidiamento a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome nei settori di competenza del Dipartimento della sanità e della socialità del 5 giugno 2001. Nel 2004 alle colonie di vacanza riconosciute è stato deciso in sede di preventivo il contributo fisso per giornata di presenza/ospite commisurato alle prestazioni sociali fornite da ogni singola colonia di vacanza.

4.4.5.1.5 Centro per la formazione professionale e sociale (CFPS) a Gerra Piano

All'attenzione dei vari uffici AI sono stati redatti 175 rapporti.

Sono stati effettuati 76 colloqui d'ammissione.

Durante l'anno sono stati organizzati 53 periodi di stages di approfondimento o di collocamento all'esterno del CFPS.

10 utenti hanno terminato la (ri)formazione, nei seguenti settori: economia familiare (4), meccanica (3), orologeria (2), commercio (1). 17 utenti hanno continuato la (ri)formazione presso un altro datore di lavoro.

Con Decreto Legislativo del 3 dicembre 2004 il Parlamento ha concesso un credito di franchi 2.840.640.-, per la realizzazione del Centro di accertamento professionale (CAP). Dalla spesa lorda sopra riportata va dedotto il contributo a fondo perso a carico dell'Ufficio federale assicurazione invalidità, stimato in franchi 1.416.229.-.

4.4.5.2 Ufficio del servizio sociale **T**

4.T38, 39,

Nell'anno in rassegna, l'Ufficio del Servizio sociale ha assunto la gestione di 1.040 casi nuovi, corrispondenti al 49,5 % del totale dei casi trattati complessivamente (2.101) **T** in leggera diminuzione. La leggera diminuzione è in parte spiegabile con la nascita del Servizio di accompagnamento sociale della Nuova Lugano, che ha riunito i diversi operatori

42

4.T41

sociali attivi presso i Comuni coinvolti dall'aggregazione, assumendo il ruolo di riferimento per i cittadini residenti a Lugano confrontati con problemi di natura sociale.

Complessivamente aumentano le situazioni di persone o famiglie che si autosegnalano e i mandati per valutazioni e perizie delle autorità. Diminuiscono per contro le situazioni segnalate, o meglio inviate da terzi **T**. Questa tendenza testimonia l'aumento delle economie domestiche che si trovano in difficoltà e che esitano meno a chiedere aiuto.

4.T40

Nel corso dell'anno buona parte dei collaboratori assistenti sociali hanno seguito un percorso formativo completo sul lavoro sociale di rete nell'ambito della politica familiare, quale preparazione al ruolo che l'Ufficio assumerà in relazione all'entrata in vigore della Legge per le famiglie, prevista per gennaio 2006.

Nell'ambito dell'aiuto alle vittime di reati, si segnala l'impennata del numero di persone seguite (+ 51,7%) rispetto all'anno precedente **T**. Questa evoluzione, unitamente all'avvicendamento di alcuni operatori attivi in questo settore, ha posto le basi per un ripensamento dell'organizzazione approntata nel 1996 per l'applicazione della Legge Federale concernente l'aiuto alle vittime di reati (del 1° gennaio 1993). Occorrerà inoltre potenziare le risorse umane disponibili per far fronte alle sempre più varieguate quanto complesse richieste di aiuto, anche in ambiti non strettamente legati alle vittime di reati ai sensi del codice penale (ad esempio, vittime di catastrofi).

4.T43

4.4.5.3 Ufficio del tutore ufficiale

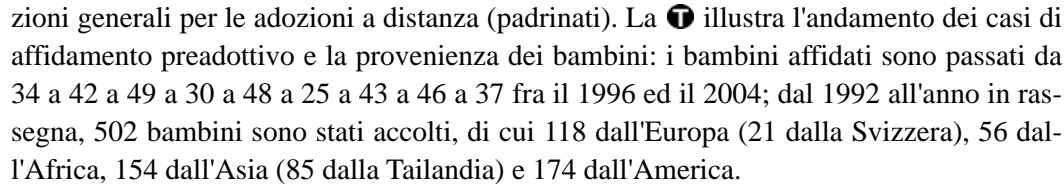
Nell'anno in rassegna l'Ufficio si è occupato della rappresentanza di 365 persone maggiorenni (10,3% del totale di adulti soggetti a curatela o tutela in Ticino, dati 2003) e di 309 persone minorenni (13,4%). Il numero dei mandati di rappresentanza di persone adulte è diminuito di 6 nel 2004, quello a favore di minorenni è diminuito di 40 misure (in particolare 19 nel settore richiedenti l'asilo). L'assunzione di 154 mandati nuovi e la chiusura di 200 mandati nel corso dell'anno riflettono il lavoro dell'ufficio per valorizzare l'assunzione di mandati da parte di tutrici e tutori volontari, in virtù del principio di sussidiarietà. In particolare, sono state assunte 20 nuove curatele educative a favore di bambini, che hanno comportato un importante lavoro in rete. Inoltre, sono stati assunti 14 mandati di interdizione di maggiorenni. Sempre più frequentemente l'Ufficio è chiamato a subentrare a tutori volontari in difficoltà per la complessità dell'incarico e la personalità dell'utente. Le **T** illustrano dettagliatamente il tipo di situazioni che danno luogo all'intervento del Tutore ufficiale. Si conferma inoltre che nel corso dell'anno in rassegna, l'Ufficio ha pure effettuato numerose consulenze a tutori volontari, alle commissioni tutorie regionali, ai servizi sociali, alle autorità scolastiche ed ai cittadini. Si è poi collaborato con il Delegato alla formazione per gli Enti locali con 72 ore di insegnamento a favore dei tutori volontari.

4.T25, 26

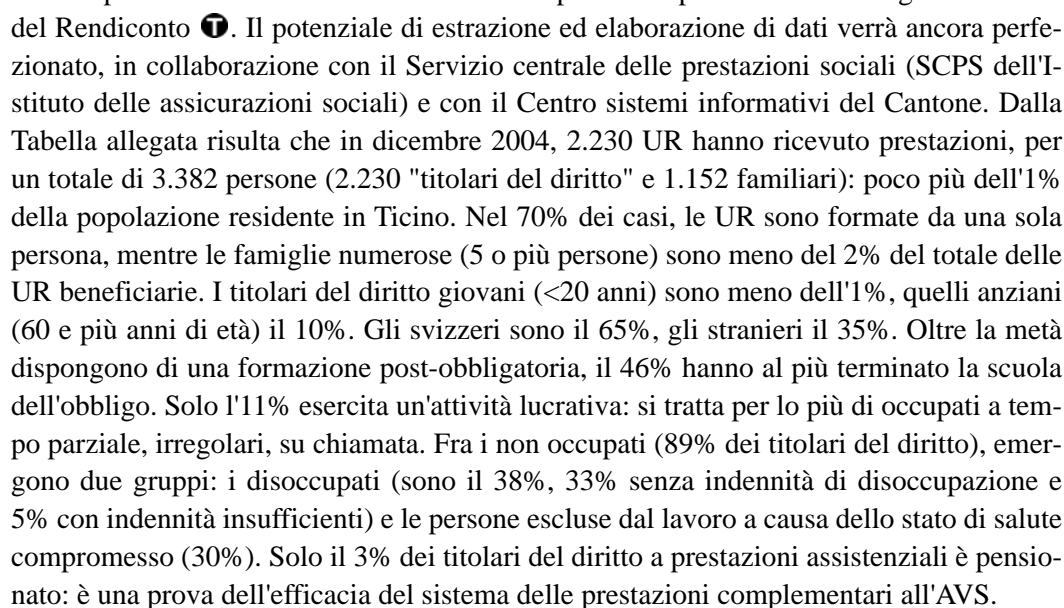
Il patrimonio amministrato (attivi e passivi) è passato dal 1996 al 2004 da franchi 22.753.635,82 a 21.452.273,99 a 18.460.850,79 a 19.604.022,32 a 19.478.289,42 a 30.285.672,92 a 20.860.720,74 a 21.480.193,56 a 20.719.073,89. Questa variazione dipende molto dalla situazione individuale dei nostri clienti. Le operazioni contabili sono invece in leggero aumento - nel 1998: 44.636; nel 1999: 45.428; nel 2000: 43.473, nel 2001: 45.902, nel 2002: 48.801, nel 2003: 49.180, nel 2004: 48.649 - a conferma di una maggiore presa a carico per questi pupilli.

L'intervento dell'Ufficio del tutore ufficiale è un mandato d'autorità. Esso si occupa del coordinamento della rete degli operatori socio-sanitari che interviene a favore del pupillo. Nel corso dell'anno, l'UTU è stato confrontato con un'aggressione fisica a un collaboratore e quattro minacce serie per le quali è stata inoltrata querela, rispettivamente emesse diffide per violazione di domicilio (186 CPS) e richieste privazioni della libertà a scopo d'assistenza. Un pupillo è stato condannato per vie di fatto nei confronti di un tutore.

L'Ufficio del tutore ufficiale opera nel campo delle adozioni in diversi modi: svolgimento

dell'indagine sociale per determinare l'idoneità a diventare genitore adottivo; rilascio delle autorizzazioni per domande d'adozione internazionale in applicazione della Convenzione dell'Aia (CAA); rilascio delle autorizzazioni per domande d'adozione internazionale senza l'applicazione della CAA; autorità di vigilanza sulle famiglie adottanti; autorità di rilascio delle autorizzazioni di collocamento; sostegno alle famiglie affilianti e indicazioni generali per le adozioni a distanza (padrinati). La  illustra l'andamento dei casi di affidamento preadottivo e la provenienza dei bambini: i bambini affidati sono passati da 34 a 42 a 49 a 30 a 48 a 25 a 43 a 46 a 37 fra il 1996 ed il 2004; dal 1992 all'anno in rassegna, 502 bambini sono stati accolti, di cui 118 dall'Europa (21 dalla Svizzera), 56 dall'Africa, 154 dall'Asia (85 dalla Thailandia) e 174 dall'America. 4.T27

4.4.5.4 Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento

Il 2004 è stato il primo anno in cui l'inoltro e la gestione delle domande di prestazioni assistenziali (e di altre prestazioni sociali) è stato interamente effettuato tramite il nuovo sistema organizzativo e informatico creato per applicare la Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), entrata in vigore nel febbraio del 2003. Sono state inoltrate, nell'anno in rassegna, 2.087 nuove domande di prestazioni assistenziali, di cui 1.507 sono state accettate entro il 31 dicembre (72,2%). Il flusso di nuove domande non è "esploso" nel corso dell'anno, ma è oscillato attorno alla media di circa 170 nuove domande al mese (minimo in settembre, 155 domande, massimo in dicembre, 179 domande). Preoccupante, come già indicato nella sezione 4.4.4, è però l'aumento del 20%, da inizio a fine anno, delle "unità di riferimento" che ricevono una prestazione d'assistenza ordinaria e ricorrente e/o speciale e puntuale (le "unità di riferimento" - UR - sono le economie domestiche ai sensi della Laps). L'aumento significa che alle nuove entrate non corrispondono altrettante uscite dall'universo dei beneficiari del sostegno sociale. Tuttavia, è importante rilevare che il 43% dei beneficiari lo sono da 6 mesi o meno, il 29% da oltre 6 mesi fino a un anno, e solo il 28% da oltre un anno. Il nuovo sistema informatico permette ora di estrarre molte statistiche atte a caratterizzare i beneficiari di prestazioni. Una selezione dei dati disponibili è presentata nell'allegato statistico del Rendiconto . Il potenziale di estrazione ed elaborazione di dati verrà ancora perfezionato, in collaborazione con il Servizio centrale delle prestazioni sociali (SCPS dell'Istituto delle assicurazioni sociali) e con il Centro sistemi informativi del Cantone. Dalla Tabella allegata risulta che in dicembre 2004, 2.230 UR hanno ricevuto prestazioni, per un totale di 3.382 persone (2.230 "titolari del diritto" e 1.152 familiari): poco più dell'1% della popolazione residente in Ticino. Nel 70% dei casi, le UR sono formate da una sola persona, mentre le famiglie numerose (5 o più persone) sono meno del 2% del totale delle UR beneficiarie. I titolari del diritto giovani (<20 anni) sono meno dell'1%, quelli anziani (60 e più anni di età) il 10%. Gli svizzeri sono il 65%, gli stranieri il 35%. Oltre la metà dispongono di una formazione post-obbligatoria, il 46% hanno al più terminato la scuola dell'obbligo. Solo l'11% esercita un'attività lucrativa: si tratta per lo più di occupati a tempo parziale, irregolari, su chiamata. Fra i non occupati (89% dei titolari del diritto), emergono due gruppi: i disoccupati (sono il 38%, 33% senza indennità di disoccupazione e 5% con indennità insufficienti) e le persone escluse dal lavoro a causa dello stato di salute compromesso (30%). Solo il 3% dei titolari del diritto a prestazioni assistenziali è pensionato: è una prova dell'efficacia del sistema delle prestazioni complementari all'AVS. 4.T24

Misure attive. Come già indicato nella sezione 4.4.4, nell'anno in rassegna l'ufficio ha promosso un gran numero di programmi di inserimento professionali, con un risultato positivo per i beneficiari (che, in genere, riacquistano il diritto alle prestazioni finanziarie e alle altre prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione) e per il contenimento delle spese del sostegno sociale, ma con un risultato insoddisfacente per l'obiettivo del

rientro nel mercato del lavoro ordinario. Al fine di migliorare l'inserimento professionale, adattando meglio i programmi alle potenzialità dell'utente - ed evitare così anche le interruzioni indesiderate del rapporto di lavoro fra l'utente e l'organizzatore - l'Ufficio ha sottoscritto una convenzione di collaborazione che attiva due consulenti esterni (uno psicologo ed un'assistente sociale) che valutano la situazione e le potenzialità degli utenti segnalati loro dagli operatori dell'ufficio. Nel corso del 2004 147 utenti hanno potuto beneficiare di questi colloqui di valutazione.

Riorganizzazione interna. Da marzo 2004, tramite una riorganizzazione del sistema di ricezione telefonica, resa necessaria dal rilevante flusso in entrata (ca. 200 chiamate esterne giornaliere), è stato attivato un nuovo sistema per facilitare l'accesso ai diversi settori e collaboratori dell'Ufficio da parte degli utenti e dei Servizi pubblici e privati che interagiscono con l'Ufficio. L'obiettivo era anche di migliorare la qualità della consulenza all'utente. Si è pertanto organizzato un corso per la formazione dei collaboratori addetti al nuovo centralino affinché potessero fornire risposte dirette alle richieste ogni qualvolta fosse possibile, o in alternativa, informazioni sui tempi e le modalità per acquisire le informazioni cercate. In caso di richieste specifiche, il centralinista garantisce il collegamento diretto con il collaboratore di riferimento dell'utente.

Anticipo e recupero alimenti. Nel corso del 2004 sono state presentate 252 nuove domande di anticipo della pensione alimentare a favore dei figli minorenni (202 nel 2001; 255 nel 2002; 274 nel 2003). Alla fine dell'anno l'Ufficio anticipava la pensione alimentare per 1.184 casi (1.048 nel 2001, 1.141 nel 2002, 1.172 nel 2003). In questi ultimi anni si constata una certa stabilità del numero delle pratiche attive. Le pratiche di recupero, tuttora attive nei confronti delle persone obbligate al pagamento, assommano a fine anno a 2.814.

Richiedenti l'asilo e persone ammesse provvisoriamente. Nel corso del 2004, in Svizzera sono state presentate complessivamente 14.248 nuove domande di asilo con una rilevante diminuzione nei confronti dell'anno precedente, quando se ne erano contate 21.037: la riduzione è del 32,3%. Al Cantone Ticino, considerando la chiave di ripartizione del 3,9%, sono stati attribuiti 516 nuovi richiedenti l'asilo (- 275 nei confronti del 2003). Questa evoluzione al ribasso è rilevante soprattutto dal mese di maggio, a seguito della modifica dell'Ordinanza sull'asilo e delle procedure di esecuzione delle decisioni di allontanamento ed espulsione. Sono aumentate di molto le decisioni di non entrata nel merito (NEM) e le persone colpite da tali decisioni sono escluse dal sistema d'aiuto sociale assicurato ai richiedenti l'asilo. Si è allora provveduto alla chiusura di 2 Centri di accoglienza gestiti dalla Croce Rossa Svizzera Sezione del Luganese. La capacità ricettiva di queste strutture è stata ridimensionata di circa ottanta posti letto. Altri due Centri sono poi stati chiusi all'inizio del 2005. Per far fronte al collocamento temporaneo delle persone oggetto di NEM che non possono essere immediatamente allontanate, sono state attivate sistemazioni logistiche d'emergenza tramite i Centri della protezione della popolazione (al Monte Ceneri inizialmente, a Camorino attualmente). Queste strutture permettono di ospitare sino a 50 persone giornalmente. Il ricorso a queste strutture è stato però molto limitato. I casi di aiuto sociale ai richiedenti l'asilo soggiornanti in appartamenti sono stati, nell'anno in rassegna, 716, contro 850 nel 2003. Al 31 dicembre 2004, complessivamente 1.035 persone soggette alla legislazione dell'asilo erano a beneficio delle prestazioni assistenziali rimborsate dalla confederazione (450 nei Centri collettivi della Croce Rossa e 585 negli appartamenti individuali gestiti dal soccorso Operaio Svizzero). In futuro, presumibilmente a decorrere dal 1° gennaio 2006, tutta la gestione dell'asilo sarà affidata alla responsabilità di un unico dipartimento, quello delle Istituzioni. Le pratiche

per rendere operativo il trasferimento della gestione finanziaria, oggi assunta dall'Ufficio, al Dipartimento delle istituzioni sono attualmente in corso.

4.4.5.5 Ufficio dell'abitazione **T**

4.T45, 46

L'azione di promozione della Confederazione in base alla Legge federale che promuove la costruzione di abitazioni e l'accesso alla loro proprietà del 4.10.1974 e alla Legge sull'abitazione del 22.10.1985 è terminata il 31.12.2001.

L'azione continua nei suoi effetti di versamento degli aiuti ricorrenti per gli impegni assunti.

L'effettivo di abitazioni sussidiate alla fine del 2004 era di 5.251 unità, 130 in meno che alla fine del 2003 **T**.

4.T44

Nel 2004 nel Cantone sono stati erogati 30,8 milioni di franchi per attuare la politica federale e cantonale dell'alloggio; 19,1 milioni a carico della Confederazione e 11,7 a carico del Cantone **T**.

4.T47