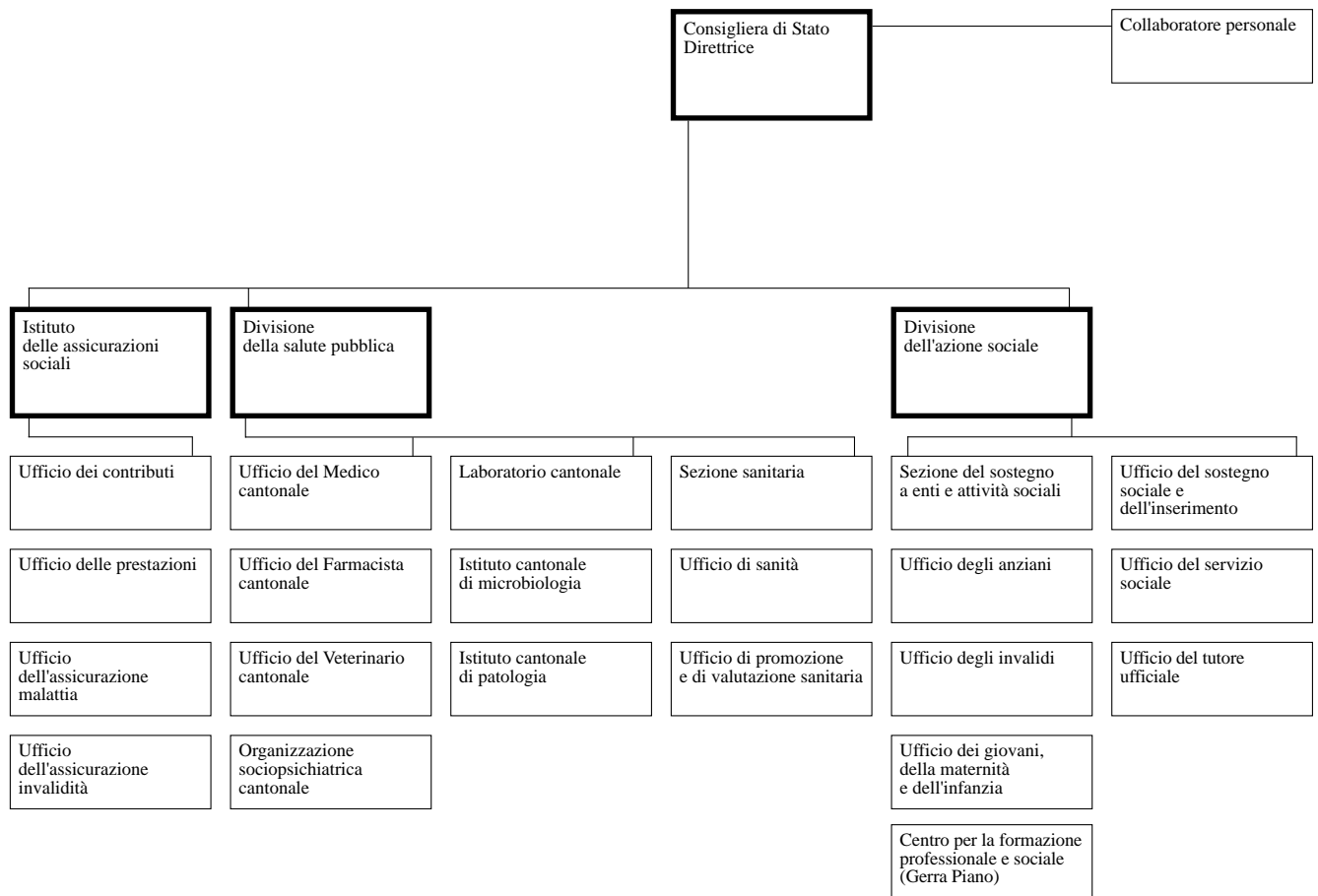


4. Dipartimento della sanità e della socialità



4.1 Considerazioni generali

L'attività svolta dal Dipartimento della sanità e della socialità nel 2005 è stata impostata secondo il programma d'azione stabilito con le misure dell'obiettivo salute e benessere (n. 8) del primo aggiornamento delle Linee Direttive per il periodo 2004-2007 del dicembre 2004.

Obiettivo principale di questo programma è contribuire allo **sviluppo sostenibile**, un principio che sta alla base della strategia a lungo termine del Cantone, stabilita dal Consiglio di Stato nel Rapporto degli indirizzi, dicembre 2003.

Con il perseguimento di uno sviluppo sostenibile si vuole favorire un equilibrio tra capacità economica, solidarietà sociale e rispetto dell'ambiente. In seguito al loro sviluppo socioeconomico, infatti, i paesi avanzati sono oggi confrontati ad un'impressionante serie di nuovi bisogni che toccano tutti i settori d'interesse pubblico: ambiente, territorio, trasporti, educazione, formazione, sanità, socialità, sicurezza e giustizia. Per quanto concerne la sanità e la socialità basti pensare ai problemi della terza età (prolungamento della vita), della popolazione attiva (mondo del lavoro), delle famiglie, dei bambini e dei giovani.

Per rispondere positivamente, anche da un punto di vista finanziario, a questi bisogni si deve 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 legislatura sono state tre.

Innanzitutto l'attuazione di una **promozione e di una protezione della salute tramite un intervento multisettoriale**: le decisioni delle politiche non sanitarie devono essere compatibili con la salute dei cittadini.

Poi 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 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.

Infine, il sostegno ad **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 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.

Grazie all'entrata in vigore a livello federale nel 2005 dell'assicurazione maternità, le donne che esercitano un'attività lucrativa soggetta all'AVS, sia essa salariata, indipendente o nella forma di collaborazione nell'azienda familiare, beneficiano ora del diritto ad un'indennità per perdita di guadagno in caso di maternità. Questa prestazione è uniforme su base nazionale sia per le condizioni di diritto che per l'importo (80% del reddito conseguito prima del parto, al massimo, però, 172 franchi al giorno) come pure per la durata. Le clausole più favorevoli previste dai contratti individuali, dalle convenzioni collettive di lavoro o dal diritto cantonale restano garantite.

Inoltre, il Consiglio federale ha approvato i messaggi concernenti la 5a revisione AI e il finanziamento aggiuntivo dell'AI. La revisione entrerà in vigore nel 2007 e prevede la riduzione del 20% del numero delle nuove rendite. Questo obiettivo sarà perseguito mediante: un sistema di rilevamento tempestivo delle persone inabili al lavoro; nuovi provvedimenti d'intervento più incisivi volti a mantenere o a migliorare la capacità al lavoro; limitazioni mirate delle prestazioni. Si tratta di rilevare ed assistere per tempo le persone interessate e permettere loro di mantenere il posto di lavoro o di essere integrate in uno nuovo. Il sistema di rilevamento tempestivo sarà introdotto immediatamente per tutta la Svizzera.

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. È, 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 d'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, generalizzata, dopo una fase di sperimentazione e di valutazione, a partire dal 1° gennaio 2006. Le misure di dimensionamento dell'offerta secondo i bisogni e di razionalizzazione sono state promosse pure per tutte **le prestazioni dirette alle persone**, tramite il Progetto "Intervento sociale". Questo progetto, di carattere globale e interdipartimentale 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 sono voluti 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, in conformità con una riorganizzazione amministrativa che ha accompagnato la messa in vigore della Legge per le famiglie (Lfam).

Il 2005 si è concluso lasciando aperte per il DSS due importanti questioni finanziarie, poste con l'approvazione di misure di contenimento previste dal Pacchetto di misure per il riequilibrio delle finanze cantonali, rispettivamente dal Preventivo 2006: la modifica dei sussidi ai premi LAMal - avvenuta con Decreto esecutivo del 10.06.2005 per neutralizzare gli effetti del terzo e del quarto pacchetto fiscale e contro la quale è stato inoltrato ricorso a livello federale - e la limitazione allo 0,52% della crescita 2006 e 2007 dei contributi cantonali versati a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome - sulla quale è stato promosso referendum, accolto dalla popolazione il 12 marzo 2006.

4.1.1 La politica sociale

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

Rapporto sugli 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 Legge per le famiglie del 15.09.2003 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 2005 sono stati ultimati i lavori di preparazione all'entrata in vigore definitiva della Legge famiglie, avvenuta con il 1° gennaio 2006: nuovo Regolamento del 20 dicembre 2005 (si veda 4.4.2 e 4.4.4).

Gli indirizzi legislativi sono stati resi operativi attraverso una riorganizzazione amministrativa, un miglior coordinamento, un Osservatorio della politica familiare, l'appoggio ad attività complementari alle famiglie e ad attività d'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.

Parallelamente, sono entrate in vigore delle misure d'appoggio relative alla presa a carico della spesa di collocamento del figlio durante l'attività lavorativa dei genitori, contemplate dagli articoli 47a e seguenti della Legge sugli assegni familiari (LAF).

La politica degli anziani (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 2)

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 la fascia anziana in generale, il Consiglio degli anziani (organo consultivo del Consiglio di Stato), costituito nel 2004, ha iniziato a definire le tematiche prioritarie sulle quali reputa opportuno intervenire nell'ambito del mandato ricevuto.

Il Rapporto di valutazione del primo quadriennio dell'entrata in vigore della LACD (Legge sull'assistenza e la cura a domicilio), sottoposto al Gran Consiglio nel 2005, conferma la validità della politica intrapresa dal Cantone per prevenire la perdita d'autonomia, assistere e curare: valorizzare la solidarietà familiare (aiuti diretti al mantenimento a domicilio) e potenziare lo sviluppo e il coordinamento dei servizi e delle strutture d'assistenza, cura e riabilitazione (ambulatoriali, domiciliari e stazionari). Nel 2005, la pianificazione di questo settore è stata rielaborata per il periodo 2005-2009. Il rapporto di pianificazione sarà trasmesso dal Consiglio di Stato al Gran Consiglio nella prima parte del 2006 (4.4.4 e 4.4.5.1.1).

Obiettivi prioritari restano 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. È pertanto stato impostato l'aggiornamento al 2006 della Pianificazione degli istituti per anziani fino al 2010, adottata dal Consiglio di Stato ad inizio 2004 e confermata dalla Pianificazione LAMal del 29.11.2005. Gli ampliamenti delle strutture esistenti (Clinica Santa Lucia di Arzo, Clinica San Donato di Intragna) sono state occasioni per differenziare l'offerta, con l'inserimento di unità abitative per le persone colpite da demenza senile. La generalizzazione dei contratti di prestazione, di cui nel 2005 è stata ultimata la sperimentazione, è avvenuta con il 1° gennaio 2006.

Integrazione degli invalidi (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 3)

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 che presentano deficienze funzionali 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 d'assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio, e mantenere un'adeguata capacità d'accoglienza in strutture ambulatoriali e istituti.

Per preparare la nuova perequazione finanziaria Confederazione-Cantoni, prevista per il 2008, che contempla il trasferimento ai Cantoni delle competenze e degli oneri in materia di strutture per invalidi (istituti, laboratori, centri diurni), è stato costituito un gruppo di lavoro DSS-DECS-Enti. 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).

Presso il Centro di formazione professionale e sociale di Gerra Piano, nel 2005 sono stati effettuati i lavori per l'inserimento di un Centro d'accertamento professionale (CAP) del-

la Svizzera italiana, finanziato dall'UFAS, e che ha iniziato l'attività il 1° gennaio 2006. Con l'introduzione, nel 2006, dei contratti di prestazione, è stata abrogata la norma della copertura del disavanzo d'esercizio degli enti sussidiati, sostituita dal contributo globale. Per gli enti che non soggiacciono al contratto di prestazione il finanziamento avverrà con il contributo fisso.

Promozione dell'inserimento professionale di categorie a rischio elevato di esclusione dal mercato del lavoro (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 4)

Nel 2005 il numero medio di disoccupati (7.218) è ulteriormente aumentato, raggiungendo un tasso medio annuo del 4,9%, contro il 4,5% nel 2004 e il 4,2% nel 2003. L'andamento della disoccupazione (dal 2001 al 2005 è aumentata dell'85%!) e il numero elevato di assicurati che esauriscono il diritto alle indennità (oltre 150 al mese) sono due dei fattori che spiegano l'aumento importante degli utenti di prestazioni assistenziali nel 2005 (si veda 4.4.4).

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 si stanno seguendo due vie.

Da un lato, il coordinamento dei servizi d'inserimento, orientamento e collocamento nell'ambito del progetto promosso per aumentare le possibilità d'inserimento professionale dal SECO e dall'UFAS, operato in Ticino dalla Divisione dell'azione sociale. Nel 2005 è stata attuata una nuova procedura di scambio d'informazioni fra gli Uffici regionali di collocamento (URC) e l'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI), ora in fase di verifica. Inoltre, è stata rivista la procedura di collaborazione per aumentare le possibilità d'inserimento professionale degli utenti comuni agli URC e all'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (USSI).

D'altra parte, la collaborazione con la Fondazione "Intégration pour tous" (IPT). Già attiva in Romandia, essa offre una prestazione globale: bilancio socioprofessionale, stage in azienda, formazione, collocamento fisso o temporaneo, accompagnamento sul posto di lavoro. Prossimamente sarà aperta una succursale in Ticino.

Assicurazione invalidità (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 5)

L'assicurazione invalidità (AI) è, dal profilo legislativo, di competenza federale, ma i Cantoni assumono un ruolo importante e propositivo nell'applicarla. 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, il Consiglio di Stato, con risoluzione 7.12.2005 ha approvato la proposta del Dipartimento di costituire un centro di competenza che si occupi dell'attività peritale in campo psichiatrico per l'Ufficio cantonale AI. Si tratterà di una Fondazione di diritto privato ai sensi degli art. 80 e segg. del Codice Civile Svizzero (CCS), dotata di un capitale iniziale

di 100.000.- franchi messo a disposizione dal Cantone. L'obiettivo è di migliorare la qualità e la tempestività delle perizie alfine di contenere le prestazioni assicurative. E' importante che la funzione dell'AI non sia stravolta né trasformata in ammortizzatore sociale della disoccupazione.

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 devono pure coinvolgere gli istituti italiani competenti.

Partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 6)

La LAMal poggia sulla modalità di finanziamento del contributo unico: un premio fisso, uguale per tutti, a dipendenza della categoria d'assicurato e di cassa malattia. Al fine di rendere più solidale, in funzione della capacità economica, questa modalità di finanziamento, la legge prevede una prestazione sociale particolare: la partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie (PPAM). La definizione e l'applicazione delle prestazioni è compito dei Cantoni e, per motivi pragmatici, quasi tutti i Cantoni fanno capo al criterio fiscale del reddito imponibile cantonale.

Il criterio fiscale, ancorché di facile applicazione, non permette tuttavia un'erogazione appropriata ed equa delle prestazioni sociali secondo i bisogni. D'altra parte il criterio sociale del reddito disponibile se permette un'azione maggiormente mirata e quindi equa verso il cittadino, comporterebbe però un aggravio amministrativo.

La soluzione deve pertanto combinare il criterio del reddito disponibile, accertato in modo più semplice, con dei parametri specifici all'assicurazione malattia. Il sistema d'intervento si basa sull'idea che un'economia domestica (persona sola o famiglia) non deve spendere più di una percentuale del proprio reddito per pagare i premi dell'assicurazione malattia, definiti in modo uniforme per le tre categorie di assicurati (minorenni, giovani adulti e adulti).

Il passaggio dal criterio fiscale del reddito imponibile cantonale a quello sociale del reddito disponibile, per la PPAM, rappresenta una misura importante della revisione dei compiti dello Stato. Nel corso del 2005 il Dipartimento e l'apposito Gruppo di lavoro hanno approfondito il nuovo modello definendo i parametri ed allestendo i relativi scenari. Considerato che la Nuova perequazione fra i Cantoni (NPC) avrà delle ripercussioni rilevanti è necessario attendere che la Confederazione approvi la seconda parte della NPC e fornisca ai Cantoni indicazioni definitive sui criteri di finanziamento e sulle relative ripercussioni (si tratta di diverse decine di milioni di franchi). Pertanto la nuova normativa cantonale non potrà entrare in vigore prima del 1.01.2008.

Va poi ricordato che il popolo svizzero sarà chiamato ad esprimersi sull'iniziativa per l'istituzione di una cassa malattia federale unica con premi basati in funzione del reddito. La sua accettazione renderebbe superato il nuovo modello di riduzione del premio.

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. 7)

È stato ultimato il passaggio ai nuovi sistemi di finanziamento: contratti di prestazione associati a contributi globali. In particolare, a fine 2005 si è concluso il primo quadriennio d'applicazione del contratto di prestazione tra lo Stato e l'Ente ospedaliero cantonale (EOC). I risultati raggiunti in questo periodo sono valutati positivamente per ambedue le parti contraenti (si veda punto 4.3.1). Il contratto di prestazione è stato rinnovato per i centri residenziali per tossicodipendenti e ci si è preparati alla sua introduzione, a partire dal 2006, presso le antenne per tossicodipendenti.

Nei settori sociosanitari (istituti per anziani, invalidi, minorenni, servizi d'assistenza e

cura a domicilio), con il 2005 si è concluso positivamente il monitoraggio e controllo dei contratti pilota. A metà anno è stato redatto un pre rapporto finale sul progetto (*Rapporto sulla fase di realizzazione del progetto - Pre rapporto finale*, DSS/DAS/SSEAS, agosto 2005 (si veda 4.4.1).

Il sistema del contratto di prestazione, inteso come insieme di competenze e di strumenti di gestione attraverso i quali ottenere una migliore valutazione dell'impiego delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi è stato portato complessivamente ad un livello di realizzazione più che sufficiente. Ciò ha permesso di generalizzare, con decisione governativa del 19.10.2005 l'introduzione dei contratti di prestazione a partire dal 1° gennaio 2006.

Presso l'OSC, nell'attesa della decisione di trasformazione in Unità amministrativa autonoma, sono proseguiti i lavori per l'adozione dei nuovi strumenti di gestione.

4.1.2 La politica sanitaria

Nell'ambito della salute e del benessere, lo Stato è chiamato non solo a mantenere il proprio 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.

Con questi obiettivi di carattere preventivo e riparativo si vuole anche rendere socialmente sopportabile il costo della salute. Al riguardo si segnala che grazie all'Unità delle statistiche sanitarie dell'USTAT, per la prima volta nel 2005 (Rivista dati, n. 2, giugno 2005) il Conto sanitario è stato pubblicato nella veste annuale con i dati completi dal 1998 al 2003. Questa statistica di sintesi, volta a fornire le indicazioni sulla spesa globale sostenuta dalla società per il mantenimento della salute e del sistema sanitario, indica che la spesa ha raggiunto la somma di 2.459 mio. di franchi nel 2003 nel Cantone Ticino, pari al 13,4% del PIL. Questo dato corrisponde ad una spesa procapite di 7.769 franchi. Tra il 1990 ed il 2003 la spesa è aumentata del 111%. I dati indicano pure un rallentamento della crescita dopo il 1996. Infatti nel periodo compreso tra il 1990 ed il 1996 la spesa è cresciuta ad un ritmo medio annuo del 7,9%, e del 4,3% dopo il 1996.

Il Conto sanitario conferma che il Cantone Ticino mantiene una spesa del 15% più elevata che la media nazionale. Infatti nel 2003 i costi medi della salute in Svizzera ammontavano a 6.745 franchi procapite. Nella dinamica di questi anni, il settore che maggiormente ha visto crescere la sua importanza relativa nella spesa globale è quello delle case per anziani. Sono pure aumentati il settore dell'aiuto e cure a domicilio, i centri di cure ambulatoriali (day hospitals), la formazione ed il commercio di beni e servizi.

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

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*).

Durante il 2005 il Parlamento ha esaminato il progetto di Pianificazione ospedaliera LAMal (art. 39), presentato dal Governo con Messaggio del 7.12.2004. Grazie alle competenze ottenute tramite una recente modifica della legge cantonale d'applicazione della LAMal, per la prima volta il Gran Consiglio non ha solo discusso bensì approvato il progetto con Decreto legislativo del 29.12.2005 (si veda 4.3.1). Esso non presenta particolari

scostamenti rispetto alla proposta governativa. Concretamente con questo aggiornamento è stata decisa un'ulteriore riduzione di 209 posti letto e il non riconoscimento di 3 istituti: l'Ospedale S. Donato di Intragna, la Clinica Casa Alabardia di San Nazzaro e la Clinica di riabilitazione di Sementina. Complessivamente, dal 1996 l'offerta stazionaria art. 39 cpv. 1 LAMal è stata ridotta di 835 posti letto (-30,39%), di cui 755 nel settore delle cure somatiche acute (-34,52%), 29 nel settore delle cure psichiatriche (-8,66%) e 51 nelle cure riabilitative (-22,57%). A seguito di queste diminuzioni il tasso di densità di posti letto del Canton Ticino, sia a livello generale sia per le grandi patologie (somatico acuto, psichiatria, riabilitazione), tende a coincidere con quello della Svizzera. La diminuzione menzionata non è avvenuta unicamente attraverso riduzioni lineari, ma ha comportato il non riconoscimento di 10 strutture ospedaliere. La riduzione delle strutture si giustifica anche per l'alto numero di istituti presenti in Ticino, nel 2002: Ticino uno ogni 11.600 abitanti, Svizzera uno ogni 20.000 abitanti. Alla luce di questi dati, si può ben dire che il Cantone ha risposto con coerenza e incisività alle esigenze pianificatorie fissate dalla LAMal. Contro la decisione parlamentare del 29.11.2005 sono stati inoltrati due ricorsi al Consiglio federale.

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 (4.3.2.2).

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. 9)

Questo progetto è entrato nella fase operativa l'8.11.2004 con l'inizio della sperimentazione della carta sanitaria nella zona urbana di Lugano. Durante il 2005 buona parte degli obiettivi sono stati raggiunti ed è stato deciso di prolungare questa prima tappa fino al 31.12.2007 per armonizzare l'azione ticinese con quella svizzera e per rispondere alle richieste degli operatori sanitari.

La fase sperimentale della Carta sanitaria rappresenta un progetto pilota su scala nazionale siccome, nell'ambito della seconda revisione della LAMal, il parlamento federale ha deciso l'introduzione di una tessera d'assicurato a partire dall'1.01.2008. Oltre a facilitare le procedure amministrative, questa potrà contenere anche dati sanitari, se il paziente lo riterrà opportuno.

Una politica sanitaria fondata sui determinanti della salute (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 10)

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 deci-

sioni possono avere sulla salute della popolazione.

Nel gennaio 2005, il Consiglio di Stato ha approvato 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. È quindi stata introdotta presso l'Amministrazione cantonale, a titolo sperimentale, la procedura di "valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie" (VIS) e la Commissione-VIS è pure stata attivata.

Per una descrizione delle diverse azioni promosse di carattere multisettoriale si rimanda ai punti 4.3.1 e in particolare 4.3.2.1.

Lavoro e benessere socio-sanitario (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 11)

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.

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. Il cattivo stato di salute, determinato dalle nuove condizioni di lavoro (precarietà, stress), l'assenteismo e la perdita di produttività costano al sistema sanitario e a quello produttivo nazionali da 1,5 a 2,5 miliardi di franchi all'anno.

Per contrastare tale tendenza, sulla base di ricerche condotte sulla relazione lavoro-salute e disoccupazione-salute, nel 2005 è stato costituito presso l'OSC un laboratorio sulle patologie del lavoro che dovrà analizzare le caratteristiche dei disturbi di origine lavorativa e proporre interventi preventivi, curativi e di reinserimento sociale.

Promozione della salute mentale (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 12)

La salute mentale non è semplicemente l'assenza di malattia mentale ma descrive la capacità degli individui e dei gruppi di interagire tra di loro e con il proprio ambiente in modo da promuovere il benessere soggettivo, uno sviluppo ed utilizzo ottimale delle capacità mentali ed il raggiungimento di obiettivi individuali e collettivi.

La salute mentale della popolazione può essere considerata lo specchio del funzionamento della società. Numerosi studi internazionali mostrano come il 25-30% della popolazione soffre di disturbi psichici che necessitano di trattamento ambulatoriale o ospedaliero. Una parte di questi sono curati con buoni risultati, altri evolvono verso una cronicità ed una incapacità lavorativa e di guadagno permanente. I costi aumentano, in particolare nel settore dell'assicurazione invalidità.

D'altra parte una buona parte dei disturbi psichici appare più precocemente di quanto avveniva in passato e quindi le misure di intervento tempestivo da parte degli specialisti assumono una grande importanza. Gli strumenti terapeutici della psichiatria contribuiscono al miglioramento della salute mentale. Non si può però delegare unicamente alla psichiatria la promozione della salute mentale. La prevenzione, gli interventi precoci, la riabilitazione e il reinserimento sociale necessitano di una rete di intervento che si basa sul contributo degli "specialisti" (servizi ed istituti sociali, scuola, lavoro, medici di famiglia, case per anziani, ecc.), dei pazienti e dei familiari. L'obiettivo è quello di evitare una medicalizzazione generalizzata delle situazioni di disagio.

Per rispondere appropriatamente ai bisogni della popolazione, nel corso del 2005 è stato ultimato l'aggiornamento della pianificazione sociopsichiatrica per il periodo 2005-2008. Esso è stato approvato dal Consiglio di Stato l'8.11.2005. Due sono gli obiettivi principali di questo programma d'azione. Da una parte la risposta ai bisogni emergenti a seguito del disagio giovanile, della precarizzazione del lavoro e dell'aumento della popolazione anziana. D'altra parte la promozione di Centri di competenza da affiancare al modello

della psichiatria di settore sviluppato negli ultimi 20 anni. Con questo strumento si vuole assicurare la capacità di interventi specialistici nei diversi ambiti preventivi, clinici, riabilitativi, di formazione e di conoscenza scientifica. Per un riassunto si veda 4.3.1.

Dipendenze e salute (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 13)

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.

A questo scopo nel 2005 il Gruppo esperti ha preparato il nuovo Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie per il periodo 2005-2008. A fine anno esso è stato sottoposto al Consiglio di Stato per approvazione (si veda punto 4.3.1).

Per il programma delle singole azioni promosse nel 2005 si rimanda ai punti 4.3.2.1 e 4.3.2.2.

4.2 Istituto delle assicurazioni sociali (IAS)

4.T1-23

A livello federale, la grossa novità legislativa del 2005 è certamente l'entrata in vigore, il 1° luglio, dell'indennità in caso di maternità. A questa importante assicurazione, finalmente approvata dal popolo dopo svariate bocciature nei decenni precedenti, dedichiamo un capitolo apposito.

Il Consiglio federale ed il Parlamento federale si sono occupati della 5a revisione LAI (nel capitolo di approfondimento viene riassunto il messaggio del Consiglio federale), della revisione parziale della LAMal, della legislazione quadro sugli assegni familiari, della perequazione finanziaria e dell'11a revisione dell'AVS. Tutti questi temi concernono direttamente l'Istituto delle assicurazioni sociali, parzialmente coinvolto anche durante i lavori preparatori.

A livello cantonale gli sforzi si sono concentrati soprattutto sulla messa a punto di un nuovo modello di attribuzione della partecipazione al pagamento del premio dell'assicurazione malattia. Il Consiglio di Stato sta infatti valutando l'opportunità di passare in futuro da un modello basato sul reddito fiscale ad uno basato sul reddito disponibile.

Per quanto riguarda l'organizzazione interna dell'Istituto delle assicurazioni sociali è da segnalare il trasloco dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità, nel mese di ottobre, nei nuovi spazi di Via dei Gaggini (Business Center).

Assicurazione maternità

Grazie all'entrata in vigore dell'assicurazione maternità, le donne che esercitano un'attività lucrativa, sia essa salariata, indipendente o nella forma di collaborazione nell'azienda familiare, beneficiano del diritto a un'indennità per perdita di guadagno minima in caso di maternità. Essa è uniforme a livello nazionale tanto nelle condizioni di diritto che nell'importo e nella durata del suo versamento. Il finanziamento di quest'indennità si attua con i contributi paritari dei datori di lavoro e dei salariati e con i contributi delle persone

che esercitano un'attività lucrativa indipendente.

Tutte le donne che conseguono un reddito d'attività lucrativa soggetto all'AVS hanno diritto ad un'indennità di maternità del regime delle IPG dopo la nascita di un figlio. Questo significa che fino alla ripresa integrale o parziale della loro attività lucrativa, ma al massimo per 14 settimane, esse possono pretendere un'indennità di un importo pari all'80% del reddito conseguito prima del parto (al massimo, però, 172 franchi al giorno). Le clausole più favorevoli previste dai contratti individuali, dalle convenzioni collettive di lavoro o dalle prescrizioni di diritto cantonale restano garantite.

Vantaggi per le salariate

L'indennità in caso di maternità permette di generalizzare a tutte le salariate la prosecuzione del versamento del salario, a concorrenza dell'80% del reddito percepito prima del parto, indipendentemente:

- dalla durata dell'attività lucrativa esercitata da una donna presso il medesimo datore di lavoro (numero d'anni di servizio);
- dall'esistenza di un CCL che regola le questioni della maternità in un dato settore economico;
- se e per quanto tempo, nell'anno di servizio considerato, è già stata richiesta la prosecuzione del versamento del salario a causa di una malattia o di un infortunio.

Uniformità a livello svizzero

Gli ordinamenti precedentemente in vigore in materia di protezione della maternità erano tra loro molto diversi, sia per le condizioni poste (anni di servizio, termini d'attesa, ecc.) che per le prestazioni versate (genere ed estensione). Sotto quest'aspetto, l'indennità in caso di maternità consente di ottenere, a livello svizzero, l'auspicata uniformità.

Madri che esercitano un'attività indipendente o collaborano all'azienda familiare

Le donne che esercitano un'attività indipendente o che collaborano nell'azienda familiare hanno diritto, come le salariate, all'80% del reddito d'attività lucrativa ottenuto prima del parto. Fino a concorrenza di questa copertura non è più necessario premunirsi stipulando e finanziando contratti d'assicurazione "individuali" di diritto privato. Per le donne che collaborano nell'impresa familiare, la base di calcolo dell'indennità in caso di maternità è il salario percepito in contanti soggetto all'AVS. Non possono invece beneficiare di un'indennità in caso di maternità le donne che collaborano nell'impresa familiare senza ricevere un salario in contanti.

Effettiva protezione della maternità

L'indennità in caso di maternità consente di sostenere finanziariamente le persone che esercitano un'attività indipendente e le aziende familiari: per un breve periodo successivo al parto, essa accresce la possibilità di assumere del personale ausiliario affinché le donne interessate possano ristabilirsi dai postumi del parto senza preoccupazioni finanziarie. Sotto quest'aspetto, l'indennità in caso di maternità contribuisce anche ad una migliore protezione della salute delle madri che esercitano un'attività lucrativa indipendente o che collaborano nell'azienda familiare.

5a revisione della legge sull'assicurazione per l'invalidità (LAI)

Il Consiglio federale ha approvato i messaggi concernenti la 5a revisione AI e il finanziamento aggiuntivo dell'AI. La revisione, che entrerà in vigore nel 2007, sgraverà l'assicurazione di 596 milioni di franchi in media annua fino al 2025. Si prevedono essenzialmente, da un lato, la riduzione del 20% del numero delle nuove rendite mediante un sistema di rilevamento tempestivo delle persone inabili al lavoro, nuovi provvedimenti di

intervento tempestivo e ulteriori provvedimenti più incisivi volti a mantenere o a migliorare la capacità al lavoro e, dall'altro lato, limitazioni mirate delle prestazioni.

Per evitare i deficit annui dell'AI e rimborsare il suo debito miliardario in continuo aumento, sono indispensabili considerevoli entrate supplementari. Pertanto, nel messaggio concernente il finanziamento aggiuntivo dell'AI il Consiglio federale propone di aumentare in modo lineare l'imposta sul valore aggiunto (IVA) di 0,8 punti percentuali, senza quota della Confederazione (entrata in vigore un anno dopo la 5a revisione AI, vale a dire presumibilmente l'1.1.2008). Se adottate, le modifiche proposte nei due messaggi permetteranno nel loro complesso di riportare in positivo il conto dell'AI a partire dal 2009 e di estinguere il suo debito entro il 2024.

Obiettivo principale della 5a revisione AI: mantenere gli assicurati nella vita lavorativa

Alla fine del 2004 il deficit dell'AI era di circa 1,6 miliardi di franchi e il suo indebitamento ammontava a 6 miliardi di franchi. Entro la fine del 2007 il suo debito supererà presumibilmente gli 11 miliardi di franchi. Qualora non fossero adottati provvedimenti, esso continuerebbe ad aumentare al ritmo degli ultimi anni. Per frenare questa tendenza, si devono ridurre le uscite dell'AI. La 5a revisione AI persegue quest'obiettivo riducendo del 20% il numero delle nuove rendite (riferito al 2003) mediante provvedimenti volti a mantenere o ad accrescere la capacità al lavoro delle persone interessate. La grande maggioranza dei partecipanti alla procedura di consultazione ha approvato chiaramente quest'obiettivo. Hanno riscosso un ampio consenso in particolare il previsto sistema di individuazione tempestiva e i provvedimenti d'integrazione più incisivi.

Al fine di evitare la costante crescita del numero delle rendite sarà introdotto un sistema di rilevamento e intervento tempestivi e i provvedimenti volti all'integrazione professionale verranno rafforzati. L'obiettivo di questi strumenti è di rilevare ed assistere per tempo le persone interessate e permettere loro di mantenere il posto di lavoro o di essere integrate in uno nuovo.

In seguito alla procedura di consultazione è stato deciso d'introdurre immediatamente il sistema di rilevamento tempestivo in tutta la Svizzera e non soltanto di sperimentarlo attuando progetti pilota. Esso viene completato da nuovi provvedimenti di intervento tempestivo, che devono essere facilmente accessibili senza dover ricorrere ad accertamenti dispendiosi da parte degli uffici AI. Il loro scopo principale è di permettere a persone del tutto o in parte inabili al lavoro di mantenere il posto di lavoro o, se questo non è possibile, d'integrarle in uno nuovo all'interno o all'esterno dell'azienda da cui dipendono.

Gli assicurati saranno inoltre tenuti a collaborare maggiormente all'integrazione. La definizione più restrittiva del concetto d'invalidità e una normativa più chiara concernente il diritto alla rendita limiteranno le condizioni che permettono oggi di percepire una rendita AI. Inoltre la revisione prevede misure volte a correggere incentivi finanziari che attualmente rendono a volte più interessante per un assicurato vivere con una rendita AI anziché rimanere attivo o reinserirsi nel mondo del lavoro nel limite delle sue possibilità.

Risparmi mirati nel settore delle prestazioni

Fanno parte del pacchetto di limitazioni mirate delle prestazioni contenuto nella 5a revisione AI la rinuncia al supplemento di carriera, il finanziamento dei provvedimenti sanitari per l'integrazione professionale da parte dell'assicurazione malattie, fatta eccezione per quelli ordinati in caso d'infermità congenite, e la soppressione delle rendite complete in corso.

Adeguamenti per quanto concerne le entrate

Sul fronte delle entrate l'aliquota di contribuzione AI passerà dall'1,4 all'1,5%, compensando in parte gli sgravi nell'ambito della previdenza professionale risultanti dai risparmi

conseguiti grazie all'attesa riduzione del numero delle nuove rendite. In tal modo, inoltre, si correggerà in parte il fatto che negli ultimi anni la quota dei contributi salariali al finanziamento dell'AI è diminuita, mentre la parte fissa dell'ente pubblico pari al 50% delle uscite è rimasta invariata.

Ripercussioni finanziarie della 5a revisione AI

Le misure proposte nell'ambito della 5a revisione AI permetteranno di migliorare il bilancio dell'AI di 596 milioni di franchi in media annua fino al 2025. Se considerato per ogni anno, a partire dal 2010 lo sgravio continuerà ad aumentare per superare, nel 2021, un miliardo di franchi e raggiungere, nel 2025, l'importo di 1,3 miliardi di franchi.

Risultati statistici positivi consolidano l'orientamento della revisione

Dal 2003 al 2004 il numero delle nuove rendite è diminuito del 6%. Stando a cifre provvisorie, nel primo trimestre del 2005 il numero delle nuove rendite ponderate concesse era inferiore del 5% rispetto a quello del primo trimestre dell'anno precedente. Questo indica una possibile nuova diminuzione nel 2005, che però non è ancora quantificabile. L'evoluzione positiva registrata finora mostra che migliorando gli strumenti per l'applicazione e la vigilanza si potrà contenere il numero delle nuove rendite. Il potenziale dei provvedimenti attualmente disponibili è però limitato ed è di gran lunga insufficiente per raggiungere l'obiettivo di ridurre del 20% il numero delle nuove rendite. Pertanto l'orientamento dato non solo sarà proseguito con la 5a revisione AI, ma verrà rafforzato con mirati ed ampi interventi nel sistema.

Risanamento dell'AI: il finanziamento aggiuntivo è una necessità urgente

Le misure proposte dalla 5a revisione AI non saranno sufficienti, da sole, a coprire le spese correnti. Senza finanziamento aggiuntivo nel 2010 il debito complessivo ammonterebbe ad oltre 16 miliardi di franchi. L'AVS concede all'AI un prestito per coprire il suo debito (averi del fondo di compensazione dell'AVS/AI), cosicché il crescente indebitamento dell'AI riduce notevolmente il capitale a disposizione dell'AVS. Anche con l'introduzione della 5a revisione AI all'inizio del 2007, entro il 2011 i mezzi di cui il fondo potrà disporre saranno inferiori al 15% delle uscite annue dell'AVS e dell'AI. In queste condizioni la liquidità del fondo, necessaria per il versamento non solo delle rendite dell'AI, ma anche di quelle dell'AVS, non sarà più garantita. Sono quindi assolutamente indispensabili i nuovi provvedimenti volti al finanziamento dell'AI. Sgravi nettamente superiori a quelli consentiti dalla 5a revisione AI potrebbero essere ottenuti soltanto procedendo a tagli massicci nel settore delle prestazioni, tagli che implicherebbero costi sociali che il Consiglio federale ritiene inaccettabili. Nel messaggio concernente il finanziamento aggiuntivo dell'AI il Consiglio federale propone di aumentare in modo lineare l'IVA di 0,8 punti percentuali, senza la quota della Confederazione. Per aumento lineare s'intende che anche i tassi IVA ridotti verranno aumentati di 0,8 punti percentuali. La misura entrerà in vigore un anno dopo la 5a revisione AI, vale a dire presumibilmente l'1.1.2008.

Debito ridotto a partire dal 2008 ed estinto entro il 2024

Nel 2008 l'aumento dell'IVA a favore dell'AI genererà entrate supplementari ammontanti a 1,7 miliardi di franchi. Queste entrate raggiungeranno circa 2,7 miliardi di franchi nel 2025 (per il periodo tra il 2008 e il 2025 circa 2,5 miliardi l'anno in media). La 5a revisione AI sgraverà il conto d'esercizio dell'AI in media di 596 milioni di franchi l'anno dal 2007 al 2025. A partire dal 2008, anno in cui sarà aumentata l'IVA, il debito dell'AI verrà ridotto. Nel 2024 l'assicurazione non avrà più debiti e registrerà nuovamente un saldo attivo nel fondo di compensazione AVS/AI.

4.3 Divisione della salute pubblica (DSP)

4.3.1 Introduzione

Promozione e protezione della salute

a livello strategico da evidenziare la decisione del Consiglio di Stato del 12 gennaio 2005 di adottare a titolo sperimentale un'apposita **procedura per valutare l'impatto sulla salute (VIS)** della popolazione delle nuove leggi o di altre decisioni importanti prese nell'ambito delle politiche settoriali dello Stato: ambiente, economia, lavoro, istruzione, trasporti. L'apposita Commissione interdipartimentale nel corso dell'anno ha avviato il compito di selezionare i progetti da sottoporre a valutazione. Ufficialmente la Commissione è stata istituita con decisione del 10.01.2006.

Nell'ottica intersettoriale, il Gruppo operativo Salute&Ambiente (GOS&A) creato nel 2004 a seguito della canicola del 2003 e dei relativi pericoli per la popolazione, ha continuato con molta determinazione la sua attività. Oltre al ripristino e all'affinamento del dispositivo per affrontare gli effetti dello smog estivo (ozono e canicola), l'attenzione è stata rivolta in particolare all'inquinamento di polveri fini (smog invernale). Due gli interessi prioritari: la raccolta di dati scientifici per conoscere e monitorare l'inquinamento ambientale; la possibilità di abbinare a misure ordinarie (inerenti la combustione della legna, gli autoveicoli diesel senza filtro e i macchinari da cantiere) interventi che potrebbero ridurre o prevenire i picchi giornalieri di emissioni o immissioni: gli studi scientifici più recenti hanno dimostrato la loro incidenza sulla salute dei cittadini. Un apposito Convegno è stato tenuto a Lugano il 1. marzo 2005.

A livello di attività di prevenzione va evidenziato il pericolo di **pandemia d'influenza aviaria**, una malattia ancora essenzialmente confinata agli animali, ma la cui espansione su scala mondiale a partire dai paesi dell'estremo oriente (comparsa nel 2003 in Corea del Sud) ha messo in allerta le autorità sanitarie competenti di ogni livello. Anche in Ticino, in base alle direttive dell'Ufficio federale di sanità pubblica, gli Uffici del Medico, del Farmacista e del Veterinario cantonale, con il supporto di un apposito gruppo di coordinamento interdipartimentale sono stati molto impegnati nella messa a punto del dispositivo necessario per gestire l'arrivo di questa epidemia (si vedano i punti 4.3.3, 4.3.4 e 4.3.5).

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

- **Coordinamento dell'offerta sanitaria.** A livello generale vanno innanzitutto ricordati i lavori di **revisione della LAMal** riguardanti le modalità di finanziamento degli ospedali. Questo progetto a livello delle varie istanze federali ha subito dei cambiamenti continui e importanti. L'ultima versione formulata dal Consiglio degli Stati per il Cantone potrebbe avere serie conseguenze finanziarie. Se si dovesse continuare a riconoscere l'offerta stazionaria attuale, la nuova formulazione, con una ripartizione del 60% a carico dei Cantoni e del 40% per gli assicuratori, comporterebbe infatti un trasferimento di oneri dagli assicuratori al Cantone stimato a circa 90 mio. di franchi (in base dati 2004). Il progetto iniziale prevedeva invece un maggior onere per il Cantone di 50 mio. di franchi.

Per quanto riguarda il **DL concernente la moratoria sui fornitori (art. 55a LAMal)**, il Consiglio di Stato, con il Messaggio n. 5699 del 27.09.2005, ha proposto l'adozione di un nuovo DL per il periodo dal 4.07.2005 al 3.07.2008. La Confederazione ha, infatti, deciso di prolungare e di apportare alcune modifiche dell'Ordinanza federale del 3.07.2002 in base alla modifica dell'art. 55a dell'8.10.2004.

In particolare è stata completata la base legale (cpv. 4 art. 55a LAMal) in modo tale che l'autorizzazione accordata ad esercitare a carico della LAMal decade se non è utilizzata entro un dato termine. Essenzialmente la proposta del Consiglio di Stato conferma il DL precedente. Segnatamente sono sottoposti alla moratoria unicamente la categoria dei

medici. Per la decadenza dell'autorizzazione (DL art. 9a nuovo) è stato fissato un periodo di un anno.

A livello cantonale l'azione principale è stata l'esame da parte del Gran Consiglio dell'**aggiornamento della Pianificazione ospedaliera art. 39 LAMal**, presentata dal Consiglio di Stato con Messaggio del 7 dicembre 2004 (i cui contenuti erano stati riassunti nel Rendiconto 2004). Il Consiglio di Stato con il supporto del Dipartimento e dei servizi competenti della Divisione ha fornito alla Commissione speciale pianificazione ospedaliera il necessario supporto tecnico. La proposta del Governo, in base al Rapporto di maggioranza del 7.11.2005, è stata essenzialmente approvata con il Decreto legislativo del 29 novembre 2005. Rispetto alla proposta del Consiglio di Stato sono stati apportati tre aggiustamenti minori: la non modifica dei mandati del gruppo Ars Medica; l'attribuzione alla Clinica di Viarnetto di un solo letto supplementare invece di 6; l'assegnazione all'EOC, al posto della Clinica Hildebrand, del mandato della riabilitazione cardiovascolare. Contro il Decreto legislativo del 29 novembre 2005 sono poi stati inoltrati due ricorsi al Consiglio federale. Il primo in data 30.12.2005 da parte della Clinica Santa Rita SA, Sonvico. Il secondo in data 13.01.2006 da parte della Humaine Clinica Sementina SA. Attualmente non sono ancora stati evasi.

Altra operazione importante di coordinamento dell'offerta sanitaria è stata l'approvazione da parte del Consiglio di Stato, in data 8.11.2005, dell'**aggiornamento della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008**. Attualmente è all'esame del Gran Consiglio che in base alla Legge assistenza sociopsichiatrica deve discuterla.

Con questo aggiornamento innanzitutto sono stati analizzati i bisogni emergenti della popolazione ticinese a seguito del disagio giovanile, della precarizzazione del lavoro e dell'aumento della popolazione con un'età avanzata. Si tratta degli ambiti prioritari d'intervento: psichiatria ed età adolescenziale; psichiatria e lavoro; psichiatria e nuovi orientamenti nelle politiche a favore degli anziani. Nella seconda parte, tramite apposite schede programmatiche, sono state definite le azioni concrete da promuovere nel periodo di pianificazione. A livello sanitario, oltre alle misure che toccano direttamente gli ambiti prioritari menzionati, si evidenzia la creazione di "Centri di competenza". Il modello della psichiatria di settore ha favorito negli ultimi 20 anni la diminuzione dei posti letto in Clinica psichiatrica, la diminuzione della durata della degenza media e lo sviluppo dei servizi sul territorio. Nel corso di questi anni si è osservata la necessità di un approccio complementare a quello della psichiatria di settore che permetta di offrire interventi di tipo intersettoriale in differenti ambiti della psichiatria e psicoterapia, coordinati a livello cantonale. L'OSC, mantenendo come obiettivo principale il miglioramento della presa a carico terapeutica dei pazienti e di conseguenza favorirne la cura e la reintegrazione sociale, vuole promuovere la creazione di "**Centri di competenza**" che permettano di offrire capacità specifiche in differenti ambiti: preventivi, clinici, riabilitativi e di formazione e conoscenza scientifica, come indicato nelle Linee Direttive 2004-07 del Consiglio di Stato. Fra i principali si menzionano i seguenti: psichiatria di "liaison"; dipendenze da sostanze; laboratorio di psicopatologia del lavoro; psichiatria assicurativa; disturbi alimentari degli adulti; insegnamento adulti.

A livello organizzativo le principali proposte sono: la trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma (UAA); la riorganizzazione dei Servizi sul territorio tramite l'aggregazione delle direzioni dei servizi all'interno di ogni settore: nei due settori per ogni tipo di servizio ci sarà un unico caposervizio; l'avanzamento nella ristrutturazione dell'Area di Casvegno (Clinica psichiatrica cantonale e CARL) nonché le sedi sul territorio.

Negli allegati del documento si presenta un resoconto di quanto attuato nei periodi precedenti. Di particolare interesse l'evoluzione finanziaria, tanto più se si tien conto che dal 1991 al 2004 l'utenza è aumentata del 65,8% (da 5.207 utenti nel 1991 a 8.633 nel 2004). Nello stesso periodo la spesa lorda nominale è cresciuta di solo l'8%, mentre quella del

Cantone è aumentata del 53%. In termini reali c'è invece stata una diminuzione media annua di -0,7%. Ancora più marcato è stato il calo della spesa netta (fabbisogno a carico dello Stato): complessivamente in termini nominali -30,30% da 30,8 mio. nel 1991 a 21,5 mio. nel 2004.

Sempre a livello di coordinamento il Gruppo esperti ha preparato il nuovo **Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie per il periodo 2005-2008** che è poi stato sottoposto il 20.12.2005 al Consiglio di Stato per approvazione. Il documento tiene conto innanzitutto dei principali cambiamenti intervenuti negli ultimi anni: un consumo non più legato a una sostanza (l'eroina), ma caratterizzato da più sostanze e da comportamenti diversi; un modello di risposta che estende quello dei quattro pilastri a tutte le sostanze psicoattive (alcol, tabacco, medicinali compresi) e che tiene conto del modo di consumo (moderato, alto rischio, dipendenza). La prevenzione è impostata dal punto di vista della promozione e della protezione della salute, ma anche tramite l'individuazione precoce di giovani che presentano un quadro di consumo a rischio. Nel campo della terapia e della riduzione del danno, l'obiettivo dell'astinenza resta prioritario. Per chi non ci riesce, prima che la loro salute deperisca fino a un punto di non ritorno, occorre poterli aiutare per restare socialmente inseriti tramite la scuola e il lavoro.

La presenza di più patologie nelle persone comporta l'esigenza di assicurare prestazioni interdisciplinari. Per questa ragione una delle priorità principali è riservata all'integrazione nei servizi ambulatoriali (le Antenne) delle competenze medico-sanitarie. Si vuole assicurare un approccio multisettoriale alla dipendenza, sulla base di quanto già avviato con il progetto AMTiTox.

A livello di repressione due saranno le priorità: la vigilanza sul grande traffico e i mercati locali dello spaccio; la regolamentazione dei mercati delle sostanze legali (protezione della gioventù, orari di apertura).

- **Coordinamento operativo ed incentivi per cure appropriate.** Nell'ambito del progetto rete sanitaria è continuata la sperimentazione della Carta sanitaria nella Regione di Lugano. Questa azione è coerente con l'introduzione a livello nazionale della tessera del paziente in base al nuovo art. 42a LAMal entrato in vigore il 1.1.2005. Per i dettagli si rimanda al punto 4.3.3 dell'Ufficio del medico cantonale.
- **Misure di razionalizzazione.** La Sezione sanitaria tramite l'apposita unità ha continuato l'operazione di introduzione e gestione dei **contratti di prestazione**. Alla fine del 2005 è terminato il primo quadriennio (2002-2004) di applicazione del contratto quadro tra lo Stato e l'EOC. Si è trattato di una iniziale esperienza nell'ambito dell'adozione delle nuove forme di finanziamento in campo socio-sanitario che il Parlamento, con il Decreto legislativo del 16.12.1999 sui nuovi sistemi di sussidiamento a enti, associazioni, fondazioni e aziende autonome, nonché la nuova Legge EOC del 19 dicembre 2000, ha voluto fossero progressivamente introdotte nel nostro Cantone.

Il risultato può essere considerato positivo per ambedue le parti per più ragioni.

A livello delle prestazioni, l'EOC ha assicurato al cittadino un'adeguata copertura dei bisogni ospedalieri acuti e di riabilitazione, nel rispetto del proprio mandato come pure della quantità e della qualità pattuite nel contratto con lo Stato. L'autonomia di gestione dell'EOC ha permesso allo stesso tempo di adottare diverse misure interne di razionalizzazione, garantendo la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti come pure condizioni di lavoro adeguate ai propri collaboratori.

Il nuovo strumento ha rappresentato un indubbio elemento di stabilizzazione sia per lo Stato che per l'EOC, in un contesto difficile per le finanze pubbliche cantonali e per la politica ospedaliera cantonale e federale.

Dal 2002 al 2005 il contributo globale all'EOC registra infatti un aumento totale di soli +1.161.000.- franchi (2002: 159,239 mio. di fr.; 2005: 160,400 mio. di fr.) equivalente a un incremento nominale medio annuo di +0,2 %. In termini reali si registra invece una

diminuzione totale di -3,552 mio. di fr. (2005 a prezzi 2002: 155,687 mio. di fr.) pari a una riduzione media annua di -0,7 %.

Va ricordato che la LEOC del 19.12.2000 non solo ha previsto il principio del finanziamento tramite il contributo globale dello Stato ma ha inteso trasformare l'EOC in una vera e propria azienda pubblica, dotata di una grande autonomia operativa e gestionale.

Con il Messaggio del 5.10.2005, visti i risultati positivi, il Consiglio di Stato ha presentato il rinnovo del contratto quadro con l'EOC per il periodo 2006-2009. In base all'esperienza del primo quadriennio è stato proposto d'introdurre alcuni aggiustamenti tecnici di cui i principali sono: le soglie di attività al di fuori delle quali il contributo globale è adattato; i limiti di ammortamento; la definizione di indicatori di qualità.

Il nuovo contratto quadro è poi stato approvato il 20.12.2005 con il contributo globale per il 2006 (fr. 161.197,50, rispetto al 2005 +0,5 %).

Con il 2005 è pure stata conclusa la preparazione del contratto di prestazione per i servizi ambulatoriali per tossicomani (Antenne). Essi sono introdotti a partire dal 2006.

Infine, sempre per i contratti di prestazione, si ricorda che in collaborazione con la Direzione dell'OSC, sono stati preparati gli strumenti tecnici (definizione prestazioni, contabilità analitica, indicatori di qualità e di monitoraggio) per l'applicazione all'OSC. Questo in vista della trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma.

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, continua ad essere sostenuto.

A livello legislativo si evidenzia la ripresentazione del progetto di una **Legge sui cani**. Questa nuova Legge presentata nel Rendiconto dello scorso anno era stata rinviata dal Consiglio di Stato per ragioni finanziarie. A seguito del gravissimo incidente avvenuto nel Canton Zurigo il 1.12.2005 (morte di un bambino sbranato da 3 cani Pit-Bull a Oberglatt) e dell'esigenza di intervenire tempestivamente, il Dipartimento, coerentemente con quanto avviato dalla Confederazione e da altri Cantoni, ha ritenuto necessario riproporre la nuova Legge. Da parte sua il Consiglio di Stato ha deciso di attendere le misure della Confederazione.

Fornitori di prestazioni sanitarie appartenenti alla Divisione

Come già menzionato, vanno evidenziati innanzitutto i lavori di preparazione per l'introduzione del mandato di prestazione quale Unità amministrativa autonoma presso l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale. Questa iniziativa è coerente con la decisione del Gran Consiglio e del Consiglio di Stato, relativa al Decreto legislativo concernente il finanziamento tramite budget globale e il mandato di prestazione delle UAA dell'11.10.2005, di procedere con dei progetti pilota: di regola 1 per Dipartimento.

Da ricordare anche l'avvio sistematico presso tutti gli istituti dei lavori di accreditamento per ottenere il certificato di qualità. Per le strutture stazionarie, si tratta ormai di una condizione obbligatoria che comporta comunque delle spese correnti supplementari. Al riguardo (si vedano i punti 4.3.4 e 4.3.6), si segnala che l'Ispettorato dei medicinali dell'Ufficio del Farmacista cantonale e il Laboratorio cantonale sono già stati accreditati. Infine per l'Istituto cantonale di patologia (4.3.8) si rileva che il Servizio di medicina legale è stato trasferito al Ministero pubblico. Con questa operazione si è voluto: ripristinare la responsabilità del servizio (fondamentalmente il medico legale è un ausiliario del Magistrato); impiegare in modo razionale le risorse (coerenza della responsabilità materiale e formale del Servizio).

4.3.2 Sezione sanitaria

4.3.2.1 Legge sanitaria

Innanzitutto va ricordato il Messaggio n. 5624 del 14.02.2005 concernente **l'adeguamento della Legge sanitaria alla Legge federale procreazione con assistenza medica del 18.12.1998 in vigore dal 1.01.2001**. In sostanza si è trattato di introdurre nella legge un nuovo art. 13 con due obiettivi: specificare le competenze per applicare la Legge federale (sicurezza esecutiva); definire le vie di ricorso (sicurezza giuridica). La modifica non riguarda invece i principi etici e le modalità tecniche relative all'esercizio della medicina della procreazione. Ciò è stato esaurientemente fatto nella seconda metà degli anni '90 a livello federale. Il nuovo art. 13 della Legge sanitaria è poi stato approvato il 22.06.2005 ed è entrato in vigore il 19.08.2005.

Sempre a livello di adeguamento alla legislazione federale, si segnala il Messaggio 6.09.2005 concernente **l'adeguamento della legislazione cantonale alle modifiche del Codice penale svizzero entrate in vigore il 1.10.2002**, segnatamente della Legge sanitaria e del Codice di procedura penale. Si tratta di aggiornare la legislazione cantonale ai nuovi artt. 118-120 CPS del 2.6.2002 (votazione popolare) che per l'interruzione di gravidanza hanno introdotto il cosiddetto regime dei termini (non punibilità nelle prime 12 settimane se la donna fa valere un grave stato di angustia). In attesa che la modifica sia approvata dal Parlamento è stato preparato il Regolamento che disciplina la nuova procedura relativa all'interruzione di gravidanza.

Da parte sua la Commissione speciale sanitaria, a seguito dell'Iniziativa parlamentare 15.12.2003, con il Rapporto 7.04.2005 e il relativo Disegno di modifica dell'art. 47 ha elaborato un controprogetto per **l'ancoramento nella Legge sanitaria delle cure dentarie erogate agli allievi tramite il Servizio dentario scolastico**. Le caratteristiche principali sono: assunzione da parte dell'ente pubblico di tutti i costi di prevenzione (50% Cantone e 50% Comuni, in base alla forza finanziaria). La cura ricade invece sulle famiglie con diritto delle economie domestiche bisognose di beneficiare di sussidi comunali proporzionali al reddito. Con Messaggio n. 5694 del 14.09.2005 il Consiglio di Stato si è opposto sia all'Iniziativa, sia al Controprogetto. Il Governo non ritiene che per questo compito sia giustificata l'attribuzione di ulteriori oneri ai Comuni, l'attuale impostazione del Servizio dentario scolastico sarebbe già appropriata.

Da ultimo a livello legislativo si ricorda che in data 3.05.2005 è stato messo in vigore il nuovo **Regolamento concernente i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche** del 29.04.2005: autorizzazione e criteri d'accreditamento. In particolare questo Regolamento distingue e definisce due categorie di servizi di urgenze mediche: A) "Emergenze e Pronto soccorso", B) "Pronto soccorso". I servizi di categoria A) devono poter gestire 24/24 pazienti con funzioni vitali compromesse. Essi sono ubicati presso i 4 Ospedali regionali dell'EOC. Diversamente i Servizi di categoria B) devono poter garantire 24/24 o a tempo determinato una prima valutazione e assistenza medica a pazienti con funzioni vitali non compromesse. Questi servizi sono assicurati dagli Ospedali di Zona dell'EOC e dalle Cliniche S. Anna, S. Chiara, Moncucco, Gravesano, Castelrotto.

Promozione e valutazione sanitaria

Per quanto riguarda il programma di promozione e di valutazione sanitaria, nel 2005, sono state lanciate iniziative nei quattro settori d'intervento.

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

E' stata introdotta, a titolo sperimentale, presso l'Amministrazione cantonale, la procedura di "valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie" (VIS), presentata al Consiglio di Stato all'inizio del 2005. La Commissione-VIS è pure stata attivata. L'intro-

duzione dello strumento è prevista per il 2007.

La partecipazione attiva al Gruppo di lavoro interdipartimentale sullo sviluppo sostenibile (GruSSTi), allargato ai 5 dipartimenti, si prefigge di proporre anche una valutazione delle politiche pubbliche dal punto di vista della loro compatibilità con i principi dello sviluppo sostenibile.

E' stato presentato ad un convegno ad hoc delle "Città sane" francofone il progetto di piattaforma nazionale di HIA, proposto dal Cantone con JU e GE ed 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 intersettoriali:

- Gruppo operativo salute & ambiente (www.ti.ch/gosa): organizzazione del convegno "L'impatto dello smog sulla salute della popolazione" del 1 marzo 2005; gruppo di lavoro con Regio Insubrica; collaborazione con DT su smog estivo (ozono, canicola) ed invernale (PM10);
- gestione della rete informativa sui problemi dell'amianto in Ticino (reteinfoamianto@ti.ch): apertura e gestione del sito ed elaborazione del programma di attività 2005-06 (informazione, formazione, intervento);
- Gruppo di lavoro sviluppo sostenibile (GruSSti): collaborazione con Agenda 21 Locale Ticino per la promozione dello sviluppo sostenibile a livello comunale; elaborazione con l'ARE d'indicatori di valutazione della sostenibilità delle politiche pubbliche; sensibilizzazione dell'AC alla tematica dello SS;
- sostegno al progetto del DECS "Scuola in movimento" nell'ambito dell'anno internazionale dello sport;
- sostegno e collaborazione al progetto di promozione della mobilità lenta in ambito scolastico (con DECS, DI e GMT-SI);
- piattaforma svizzera della VIS (HIA): elaborazione del modello di piattaforma su mandato PSS e collaborazione alla «Evaluation de l'impact sur la santé du tabagisme passif» condotta dalla direzione della salute pubblica a Ginevra;
- il progetto di valutazione d'impatto sulla salute delle misure contenute nel piano dei trasporti del Mendrisiotto (PTM) è stato presentato ai dipartimenti che lo hanno commissionato (DT+DSS) e verrà esaminato dalla commissione VIS;
- salute dei 50 e + : partecipazione al programma intercantonale con un progetto dell'organo di coordinamento della sicurezza sul posto di lavoro nell'Amministrazione pubblica (con il DFE); sensibilizzazione degli enti interessati a condurre un progetto a livello cantonale;
- mandato per l'elaborazione di un progetto di prevenzione dell'obesità nella scuola elementare (con la medicina scolastica dell'UMC);
- collaborazione con Promozione Salute Svizzera alla definizione della Stratégie 2020 di PSS.

● Diritti pazienti/Accesso alle cure

- nell'ambito delle attività delle rete prevenzione suicidio: organizzazione di corsi di formazione per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici delle donne dopo il parto (con la SSPS di Stabio); lancio, con l'appoggio dell'Associazione per la protezione dell'infanzia e Pro juventute, di un progetto di promozione dei diritti dei bambini (convenzione ONU);
- sostegno all'iniziativa "Meglio informati in ospedale e cliniche" dell'ATIDU che non solo rafforza i diritti dei pazienti deboli d'udito, ma offre al personale di cura delle strutture sanitarie l'occasione di dare un contributo sensibile alla lotta contro il sentimento d'esclusione;
- varie pubblicazioni destinate a pubblici mirati (anziani, bambini, adolescenti) su tematiche diverse (incidenti, alimentazione, consumo di sostanze).

- Benessere e disagio
 - è continuata la promozione del sito www.ti.ch/infogiovani di cui l'UPVS cura le pagine dedicate alla salute in generale: sessualità, alimentazione, dipendenze, movimento, ecc. Queste pagine sono state ulteriormente arricchite;
 - prosegue l'attività del gruppo "Parlatevi con noi" che offre giornate di animazione e di prevenzione nelle scuole medie del Cantone;
 - il Forum per la promozione della salute nella scuola, istituito all'inizio del 2003 dal DSS e dal DECS, ha continuato la propria attività e ha pubblicato la carta della promozione della salute a scuola;
 - l'UPVS ha sostenuto la produzione di diverse pubblicazioni, per alcune delle quali vi è stato un suo coinvolgimento diretto - Diario scolastico 2005-2006 in collaborazione con il DECS e con Radix;
 - prevenzione dell'alcolismo e del tabagismo attraverso azioni originali sul territorio e anche a livello legislativo (fumo passivo nei ristoranti), che hanno coinvolto altri dipartimenti (DI e DECS in primis);
 - il progetto di promozione della salute in carcere è continuato e verosimilmente si concluderà nella forma attuale all'inizio del 2006. Nel corso dell'anno è stata organizzata, con la collaborazione del personale del penitenziario, una giornata della salute in carcere che ha incontrato il favore dei detenuti.

- Conoscenza e valutazione
 - pubblicazione dei dati dell'inchiesta quadriennale ISPA-OMS sulla salute e sui comportamenti dei giovani da 11 a 15 anni;
 - studio "Stress e insicurezza sul lavoro" eseguito sulla base dei risultati di una ulteriore indagine svoltasi con gli utenti degli UCR del Cantone, sul ruolo dei determinanti sociali ed economici in relazione allo stato di salute;
 - inchiesta sulla salute degli svizzeri 2002-2006: elaborazione dei dati sulla salute e sui comportamenti dei ticinesi dai 15 anni in poi. Collaborazione all'elaborazione del rapporto "*Exploitation intercantonale des données pour la Suisse Romande et le Tessin*", dell'OBSAN, su mandato della CRASS;
 - articolo sulla salute dei ticinesi pubblicato sulla rivista DATI dell'UStat, a partire dai dati dell'Inchiesta svizzera sulla salute del 2002;
 - elaborazione di schede su: la salute, la mortalità, la morbilità, le operazioni e l'uso dei servizi sanitari;
 - realizzazione di un sondaggio telefonico destinato alla raccolta di dati utili all'analisi statistica-epidemiologica approfondita per lo studio dei determinanti socio-ambientali della salute della popolazione ticinese;
 - si è consolidato il progetto InfoDoc, sostenuto da PSS e iniziato nel 1999. Nell'ambito del progetto nazionale la Sezione sanitaria garantisce, a livello locale, l'usuale servizio di informazione e di documentazione rivolto essenzialmente ai moltiplicatori. Inoltre è promotrice di un progetto denominato TI InfoDoc che mira alla realizzazione di una banca dati online sui progetti di promozione della salute realizzati in Ticino e di una newsletter che raccolga e commenti eventi, pubblicazioni, progetti e altre notizie in questo ambito.

Una descrizione più completa delle attività si trova (dal 2006) sul sito dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria: www.ti.ch/salute

Accanto a questi progetti la Sezione ha confermato la sua attività nel campo dell'insegnamento, della formazione e della documentazione. E' stato organizzato il 15.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

Per quanto riguarda il **Servizio dentario scolastico** si rimanda alle indicazioni riportate sopra relative alla modifica della Legge sanitaria a seguito dell'Iniziativa parlamentare del 15.12.2003.

Comitato etico cantonale. L'attività di ricerca clinica nel Cantone Ticino resta importante. Il numero di studi sottoposti al Comitato si conferma a livello degli anni precedenti. Per i dettagli si rimanda all'Allegato statistico **T**.

4.T92, 93

Dopo l'entrata in vigore della legge federale sui medicinali le condizioni quadro per la ricerca sono nettamente peggiorate e la Svizzera ha perso attrattiva sul piano internazionale quale piazza favorevole per l'esecuzione di studi clinici. Le procedure di approvazione sono diventate molto burocratiche, senza nessuna conseguenza positiva né sulla qualità della ricerca, né tanto meno sulla tutela dei diritti e degli interessi dei pazienti. Swissmedic non svolge in questo contesto quel ruolo di coordinamento e di catalizzatore che quale autorità di vigilanza gli competerebbe. Il Comitato ha proposto alcuni interventi correttivi per semplificare le pratiche amministrative. Si sta pure discutendo una procedura per l'esame e l'approvazione degli studi multicentrici.

Il 1. aprile 2005 è entrato in vigore il catalogo dei requisiti minimi posti alle polizze assicurative nell'ambito degli studi clinici, che era stato elaborato a partire dal 2003 per iniziativa del Comitato etico cantonale e infine approvato sia dagli altri comitati operanti in Svizzera, sia dall'industria farmaceutica, mentre Swissmedic a febbraio aveva apportato unilateralmente una modifica che peggiorava nettamente la situazione delle persone che partecipano ad uno studio. In estate la direzione provvisoria della costituenda Associazione dei comitati etici svizzeri ha purtroppo concordato con Swissmedic una formulazione di questa importante clausola che escludeva dalla copertura tutti i danni personali prevedibili secondo lo stato delle scienze mediche.

Nel corso dell'anno è stata istituita l'Associazione dei comitati etici svizzeri; il Comitato etico cantonale figura fra i membri fondatori.

Per il resto nel 2005 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 decisamente superato gli obiettivi dell'autorità sanitaria e di Swissmedic; il Fondo alcol; 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 **T** conferma la tendenza ad un costante incremento. A fine anno gli **istituti di cura** erano: 15 acuti; 3 riabilitativi; 1 lunga media degenza; 4 psichiatrici; 68 per anziani; 7 convalescenziari e termali. **Medicamenti:** si veda il punto 4.3.4. I **Laboratori di analisi mediche** privati sono 15 (13).

4.T91

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 (sono state 27) ha proseguito positivamente anche nel 2005 la sua attività. Le decisioni principali del Consiglio di Stato sono: il riconoscimento di una nuova TAC al Cardiocentro di Lugano in base alla pianificazione LAMal; la non autorizzazione di una nuova TAC per l'Ospedale Italiano, tenuto conto che l'Ospedale regionale dispone già dell'apparecchiatura presso la sede dell'Ospedale Civico (a seguito del ricorso da parte dell'EOC, la decisione è stata confermata dal TRAM); la non autorizzazione della sostituzione di una TAC presso uno studio medico al fine di diminuire il numero di attrezzature. Contro questa decisione è ancora pendente un ricorso.

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

Alla fine del 2005 è avvenuta l'aggregazione del Servizio autolettighe Locarno e Valli con quello di Ascona Circolo delle Isole Intragna nel nuovo Servizio autoambulanza Locarnese e Valli (SALVA) con lo statuto di Associazione privata. Questa operazione è significativa poiché con essa si conclude la riorganizzazione globale dei servizi autolettighe del Cantone avviata all'inizio degli anni '90 dalla FCTSA e dal Cantone. Tramite cinque enti (Tre Valli; Bellinzona; Locarno; Lugano; Mendrisio) si assicura a tutto il territorio cantonale un servizio di qualità a costi sopportabili.

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. Il 2005 è stato il secondo anno di finanziamento dei centri residenziali attraverso il contratto di prestazione. Le misure introdotte con il contratto, volte a identificare meglio i progetti di presa a carico dei tossicodipendenti (come ad esempio il finanziamento di un collocamento per un massimo di diciotto mesi nelle Comunità a lungo termine e di dieci mesi nelle Comunità a medio termine), ha comportato una flessione delle giornate di cura: da 17.271 nel 2004 a 15.828 nel 2005. Questa evoluzione dovrebbe stabilizzarsi nel corso del 2006, permettendo di contenere l'importo globale dei contratti di prestazione mediamente attorno ai 5 milioni di franchi (4,7 nel 2004; 4,9 nel 2005) e garantendo nel contempo una presa a carico di qualità.

Per quanto attiene ai servizi ambulatoriali, si rileva che l'Antenna Alice, per volontà dell'Ufficio Federale delle Assicurazioni sociali, ha dovuto essere scorporata dall'omonima associazione ed è stata assorbita, nel corso del mese di dicembre 2005, dalla Fondazione Società Ticinese Contro l'Alcolismo.

Prevenzione: sono continuate le azioni avviate negli anni precedenti volte a rafforzare le conoscenze sulle principali sostanze psicoattive soprattutto quelle maggiormente in uso tra i giovani (canapa e alcol). E' in preparazione con l'Associazione Radix e il Centro didattico cantonale un CD destinato alle scuole medie. Queste tematiche sono state affrontate anche nell'Agenda scolastica destinata a tutti gli allievi delle scuole medie. Si è avviata la preparazione di una mostra (Gente come noi) rivolta alle scuole post-obbligatorie e agli apprendisti. Regolare la presenza di azioni di sensibilizzazione nelle discoteche sul consumo di sostanze psicoattive con il progetto "SafeDance". Si è inoltre sostenuta la settimana della salute (In-dipendenze) organizzata da Radix e destinata alle scuole medie. E' continuato il sostegno a progetti di prevenzione secondaria. Per quanto riguarda la riduzione del danno, si è intensificata l'informazione alle persone tossicodipendenti affinché adottino misure di prevenzione contro le infezioni HIV e le epatiti.

Centri residenziali e Servizi ambulatoriali (Antenne): il numero delle persone dipen-

denti, con garanzia di pagamento da parte dello Stato, prese a carico dal settore residenziale nel 2005 è in diminuzione: 196 nel 1999; 186 nel 2000; 201 nel 2001; 156 nel 2002, 137 nel 2003, 157 nel 2004 e 140 nel 2005. I nuovi collocamenti (garanzie emesse nell'anno) sono diminuiti sia in Ticino, sia nelle Comunità fuori Cantone e all'estero: rispettivamente da 95 nel 1999 a 59 nel 2005 e da 26 nel 1999 a 8 nel 2005. Per quanto riguarda il montante versato ai centri residenziali, nel 2005 si registra una spesa complessiva di fr. 6.609.614.- (2004: 6.818.661.-) che si riferisce a un totale di 22.341 giornate di cura nel 2005 (2004: 25.028). Per la casistica 2005 delle Antenne si rinvia all'allegato statistico **T**. Il sussidio d'esercizio 2004 (determinato nel 2005) a questi servizi sociali è stato di fr. 1.338.177,55 (1.339.376,60).

4.T90

4.3.3 Ufficio del medico cantonale (UMC)

Malattie trasmissibili (legge epidemie): il regolare monitoraggio sulle malattie trasmissibili è stato travolto dal pericolo di pandemia d'influenza aviaria, una malattia ancora essenzialmente confinata agli animali, ma che ha continuato ad espandersi su scala mondiale. E' stato così formato un gruppo di coordinamento per la gestione del problema in collaborazione con altri cantoni e con la Confederazione. Ciò ha avuto importanti ripercussioni, soprattutto organizzative e di risorse, per il nostro Ufficio.

Servizio sanitario di confine (legge epidemie): diminuita l'attività a causa del forte calo di richiedenti l'asilo.

Vigilanza sanitaria e qualità (legge sanitaria): l'entrata in vigore del Regolamento sui servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche del 29 aprile ha richiesto una nuova attività ispettiva, svolta con la collaborazione di consulenti esterni (Ginevra e Varese). L'attività di vigilanza si è concentrata nel 2005 presso le Cliniche private somatiche. Anche 43 istituti per anziani sono stati ispezionati, mentre a 28 è stata fornita una consulenza in loco, relativa alla gestione della qualità **T**. La collaborazione con la Divisione dell'azione sociale (SSEAS) si è concentrata sui servizi di assistenza cure a domicilio.

4.T94

Ospedalizzazioni fuori Cantone (LAMal): anche nel 2005 trend verso una flessione del numero di richieste di garanzia pervenute rispetto all'anno precedente (-3%). Sono state analizzate 1.957 garanzie di pagamento, il 66% delle quali è stata accolta (n = 1.283) **T**. Il 95,5% delle garanzie rilasciate (n = 1.225) concerne ospedalizzazioni per affezioni somatiche acute, il 2% (n = 26) per affezioni psichiatriche ed il 2,5% (n = 32) per prestazioni di riabilitazione.

4.T95

Medicina scolastica (legge sanitaria): nelle scuole medie è proseguito il progetto di prevenzione delle dipendenze. Nelle scuole comunali è cominciato un nuovo progetto pluridisciplinare di promozione del movimento e di educazione ad un'alimentazione equilibrata: coinvolge 16 scuole del Cantone per un totale di 180 docenti, 3.000 allievi e le loro famiglie. Implicati numerosi partner istituzionali e associativi (DECS, dietiste ticinesi, associazione genitori, ecc.). Grazie alla collaborazione con il Servizio di ginnastica correttiva è stato misurato l'indice di massa corporea (BMI) degli allievi di quarta media: i dati evidenziano l'importante eccesso ponderale nella popolazione adolescenziale **T**. Il Servizio si è ancora fatto carico della visita medica agli apprendisti.

4.T96

Tossicodipendenze (legge stupefacenti): continuato il progetto AMTiTox (Approccio Multidisciplinare Ticinese per la presa a carico delle persone Tossicodipendenti) con la finalità di migliorare la qualità delle cure fornite ai pazienti tossicodipendenti. In particolare è proseguita l'opera di trasformazione delle Antenne in centri ambulatoriali di assistenza ai tossicodipendenti. 822 pazienti seguivano una cura sostitutiva con metadone il 31.12.2005 presso 120 medici autorizzati. Il numero di pazienti è rimasto stabile negli ultimi cinque anni **T**. Sono proseguiti i corsi di aggiornamento per medici, farmacisti,

4.T97

ecc: “Vivere senza tabacco” in maggio e “Come motivare persone dipendenti a cambiare?” in settembre.

E' pure in preparazione un aggiornamento del Regolamento per il trattamento ambulatoriale di tossicomani con metadone. Gli obiettivi sono tre: l'estensione dello spettro dei farmaci sostitutivi, la definizione dei criteri di qualità per gli operatori sanitari, l'aggiornamento delle misure di controllo.

Interruzione della gravidanza e medicina della procreazione (legge sanitaria): sostanzialmente stabile il numero d'interruzioni di gravidanza. Per la prima volta le interruzioni con metodo farmaceutico (n = 313) superano numericamente quelle chirurgiche (n = 277). Si osserva un certo flusso di donne dall'Italia dove non è disponibile la pillola abortiva. Nessun impatto dunque della modifica del CPS del 2002 sulla prevalenza delle interruzioni di gravidanza **T**.

4.T98

L'entrata in vigore in Italia di una legge restrittiva sulla medicina della procreazione ha favorito il flusso di medici italiani verso il Ticino: 9 medici hanno ricevuto a fine 2005 la speciale autorizzazione ad esercitare la medicina della procreazione.

Progetto rete sanitaria: anno di sperimentazione della carta sanitaria nel Luganese con progressiva accettazione dello strumento. Raggiunti in buona parte gli obiettivi della prima tappa: accettazione dello strumento, verifica delle difficoltà pratiche ed organizzative insite nell'utilizzo della carta presso studi medici, ospedali, farmacie, ambulanze e cure a domicilio. Gli operatori sanitari esprimono la volontà di disporre di strumenti utili per la pratica quotidiana, che permettano di migliorare la qualità e di evitare sprechi. Intanto si studia l'introduzione della tessera del paziente (art. 42a LAMal) a livello nazionale, prevista per il 2008. Per armonizzare l'azione ticinese con quella nazionale e per esplorare la possibilità di introdurre le soluzioni on-line richieste dagli operatori sanitari, il Consiglio di Stato ha deciso di prolungare la prima tappa di altri 18 mesi, durante i quali consolidare l'uso della carta e testare i servizi a valore aggiunto (ricetta sanitaria elettronica, scambio documenti tra ospedali e medici, immagini radiologiche) con la definizione di nuova modalità di collaborazione tra Stato e industria privata (partenariati pubblico - privati). Lo Stato agirebbe così quale regolatore, con l'intento di verificare la capacità del mercato di creare una piattaforma di sanità elettronica in grado di rispondere non solo ai bisogni individuali, ma anche a quelli collettivi.

Medicina del personale (LORD): il progetto di riforma del sistema di gestione delle assenze, portato avanti con la Sezione delle risorse umane DFE e con la Sezione amministrativa DECS, è stato ultimato e dovrebbe entrare in vigore nel 2006.

4.3.4 Ufficio del farmacista cantonale (UFC)

La revisione dei compiti dell'ufficio e la conseguente riorganizzazione del servizio hanno permesso di rinunciare alla funzione dell'aggiunto del farmacista cantonale. Per realizzare questo obiettivo è stato tra l'altro necessario coinvolgere maggiormente nelle attività di polizia sanitaria anche il personale tecnico deputato alla gestione della farmacia cantonale.

L'attività principale dell'ufficio resta la **vigilanza sul mercato dei medicinali** **T**; il numero delle aziende autorizzate sottoposte a controllo è rimasto sostanzialmente stabile.


4.T100, 102

Nel mese di luglio l'ispettorato dei medicinali, diretto dal Dr. Fabio Dotto, è stato accreditato dall'Istituto federale di Metrologia e Accreditamento (METAS) per le ispezioni a industrie farmaceutiche e a grossisti di medicinali. L'accreditamento era richiesto dalla Legge federale sui medicinali per garantire la qualifica degli ispettori e la omogeneità delle ispezioni a livello svizzero nonché per il riconoscimento degli ispettorati cantonali. L'accreditamento costituisce una delle premesse per l'accettazione all'estero dei medica-

menti fabbricati in Ticino e quindi, oltre a garantire la qualità di fabbricanti, distributori e prodotti, contribuisce al buon andamento di un settore molto importante dell'economia cantonale. La preparazione del sistema di qualità dell'ispettorato ha comportato più di un anno di lavoro per l'allestimento di tutte le procedure e della documentazione richieste dalla norma ISO 17020 che stabilisce regole e condizioni per ottenere l'accreditamento. Ciò non ha tuttavia impedito di rispettare a pieno il programma ispettivo stabilito.

E' stato sviluppato un nuovo concetto per le ispezioni nelle farmacie volte ad esaminare il sistema di qualità da esse applicato. Le ispezioni saranno d'ora in poi eseguite da alcuni farmacisti d'officina, adeguatamente selezionati e istruiti dal farmacista cantonale, cui compete anche la definizione del piano ispettivo nonché l'intimazione dei rapporti e delle misure correttive da adottare. In questo modo sarà possibile ispezionare tutte le farmacie ogni 5 anni con un carico di lavoro per l'ufficio compatibile con l'attuale organizzazione. Grazie a una convenzione, l'OFCT assume la retribuzione degli ispettori, mentre le tasse emesse serviranno a coprire le spese amministrative e di coordinamento del sistema. Le ispezioni di polizia sanitaria rimangono evidentemente di esclusiva competenza del farmacista cantonale.

Sono regolarmente continuati i controlli a campione sia nelle farmacie, sia negli altri negozi che vendono medicinali. Sono stati iniziati complessivamente 88 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. I dettagli sono riportati nell'allegato statistico. Si è intervenuti nei confronti di una farmacia di corrispondenza della Svizzera tedesca, siccome stava acquisendo dei pazienti in Ticino mediante accordi economici illegali conclusi con alcuni medici locali. Una farmacia è stata denunciata al Ministero Pubblico per sospetto di truffa e falsità in documenti a danno delle casse malati.

La **vigilanza sui medicinali**  è stata caratterizzata nell'anno in oggetto dagli allarmi concernenti l'influenza aviaria e il rischio di una pandemia. I timori suscitati nella popolazione hanno portato - senza alcuna ragione valida dal punto di vista medico - a un rapido esaurimento sul mercato degli antivirali e soprattutto del vaccino contro l'influenza stagionale. L'ufficio è dovuto intervenire presso gli operatori sanitari per sollecitarli a riservare questi medicinali per le persone appartenenti ai gruppi a rischio e quindi suscettibili di sviluppare serie complicazioni in caso di normale influenza. Ha inoltre coordinato direttamente l'attribuzione alla popolazione di un migliaio di dosi di vaccino secondo criteri di priorità sanitaria ed etica.

4.T101

Dando seguito alle indicazioni dei servizi federali competenti, è stato messo a punto un piano per la fabbricazione e la distribuzione al personale sanitario dei medicinali antivirali pronti per l'uso da utilizzare a titolo preventivo in caso di minaccia pandemica; l'allestimento delle relative scorte di principio attivo è assunto dalla Confederazione.

Sul terreno l'**applicazione della legge federale sui medicinali** è ancora laboriosa, così come resta problematico il funzionamento di alcuni servizi dell'Istituto federale dei medicinali (Swissmedic). Un grosso problema è attualmente costituito dall'approccio di Swissmedic alla questione dei farmaci prodotti in ospedale, assai formalista e incompatibile con le necessità di garantire un approvvigionamento sicuro dei medicinali utilizzati raramente ma comunque essenziali. L'ufficio ha chiesto di elaborare condizioni quadro più favorevoli e che ci permettano di far capo ai grandi ospedali svizzeri per ottenere i medicinali importanti che l'industria farmaceutica non produce più perché non redditizi.

La Confederazione ha attribuito alle autorità cantonali nuovi compiti in materia di controllo del mercato dei dispositivi medici. Trattandosi di un settore enorme, che coinvolge

una grande eterogeneità di prodotti venduti nei negozi più disparati, l'ufficio ha deciso di concentrare i suoi interventi sulla protezione della salute pubblica e individuale, astenendosi invece dagli interventi volti a proteggere i consumatori dall'inganno.

E' in elaborazione una normativa concernente i farmaci delle medicine complementari: vista la scarsa rilevanza in termini di sicurezza della stragrande maggioranza dei prodotti interessati, nella consultazione l'ufficio ha auspicato l'adozione di disposizioni semplici, la cui applicazione non comporti per i servizi cantonali competenti un aumento di oneri, oggi non prioritari, che consumerebbero inutilmente le già ridotte risorse.

Il Parlamento federale ha discusso - decidendo in modo divergente nelle due Camere - una proposta di emendamento della Legge federale sui medicamenti volta a impedire l'interpretazione restrittiva e contraria allo spirito del legislatore dell'articolo 33 fatta dall'industria farmaceutica con la complicità di Swissmedic e dell'UFAS che aveva portato alla soppressione dei bonifici speciali accordati agli ospedali e che aveva comportato a partire dal 2002 un aumento dei costi annui quantificato a livello svizzero in circa 60 milioni di franchi. Per il Cantone è importante intervenire presso i parlamentari e anche pubblicamente per confermare l'attualità della proposta di emendamento. Infatti molte ditte non concedono tuttora alcuno sconto agli ospedali.

Nel settore degli studi clinici la situazione va seguita molto attentamente. L'ufficio ha continuato a lavorare alla ricerca di interventi correttivi per migliorare la situazione, in stretta collaborazione con il Comitato etico cantonale, i Cantoni universitari e l'Accademia svizzera delle scienze mediche **T**.

4.T99

Per il secondo anno di fila, le **forniture all'OSC** di medicinali e materiale sanitario non sono aumentate, assestandosi a Fr. 1.005.000.-; l'evoluzione dal 2002 in poi è illustrata dalla **T** dell'allegato statistico. Essendo leggermente diminuito il numero delle giornate di cura, si registra un lieve aumento della media dei consumi per giornata di cura, che ammonta ora a Fr. 12,29 per la CPC e a Fr. 9,61 per il CARL. Il costo per caso ammonta a Fr. 550.-, con una sensibile riduzione rispetto al 2004 (Fr. 681.-). Questi risultati sono da considerare come molto positivi, siccome sensibilmente inferiori alla media svizzera degli ospedali psichiatrici che è stata di Fr. 15,36. L'84% dei prodotti sono acquistati direttamente presso il fabbricante. Si fa notare che il 50% della spesa è determinato da appena 11 medicinali; sul versante degli acquisti i margini di risparmio sono praticamente esauriti, per cui l'attenzione si è ora concentrata sul volume dei consumi.

4.T103

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 apiari nel 2005 sono riassunti nella **T**.

4.T48

Anche se non sono stati registrati casi di malattia nel nostro Cantone, l'epizootia che ha segnato il 2005 è stata senz'altro l'**influenza aviaria** causata dal tipo H5N1. Infatti, se nel periodo 1999 - 2004 questa temuta infezione virale degli uccelli era diffusa principalmente in Asia e confinata agli allevamenti di pollame domestico, nel 2005 il fronte della malattia ha compiuto una grande espansione raggiungendo il continente europeo attraverso gli uccelli selvatici migratori. Questa nuova situazione epidemiologica ha indotto il Consiglio Federale ad adottare specifiche misure di protezione nei confronti del patrimonio avicolo indigeno, come il divieto di tenuta all'aperto del pollame nel periodo dei flussi migratori autunnali. L'Ufficio del veterinario cantonale ha elaborato un piano di intervento basato su procedure operative uniformate e proposto un concetto di intervento cantonale. Gli aspetti organizzativi e i preparativi di dettaglio per quanto riguarda gli interventi sul terreno (sequestro delle aziende, pulizia, disinfezione, ecc.) sono stati curati

in stretta collaborazione con la Sezione del militare e della protezione della popolazione (SMPP).

Le greggi sottoposte ad esame sierologico nei confronti dell'**artrite-encefalite caprina (CAE)** sono stati 102, per un totale di 1.507 capi. 4 (-6) animali appartenenti a 4 effettivi diversi sono risultati sieropositivi. Malgrado gli sforzi compiuti negli anni precedenti nel controllo sistematico della malattia e nell'eliminazione dei soggetti infetti, questa infezione virale non è ancora scomparsa completamente dalle nostre greggi. Si tratta di un fenomeno imputabile alle caratteristiche del virus. Pertanto è necessario un cambiamento di strategia nelle misure di lotta, dovranno essere finalizzate al mantenimento di una bassa prevalenza dell'infezione anziché alla sua totale eradicazione. I dettagli sull'esito dei controlli sono precisati nella **T**.

4.T49

Per quanto riguarda le altre epizootie riportate nella tabella sinottica non vi sono note di rilievo rispetto alla casistica degli anni precedenti.

Igiene delle carni

Nella **T** sono riportati i dati relativi alle macellazioni professionali e i risultati dell'ispezione delle carni.

4.T50

Ispezioni

I controlli veterinari nel settore della produzione animale si riferiscono alla legislazione sulla protezione degli animali, sulle epizootie, sui farmaci veterinari. I risultati dei controlli sono riassunti della tabella seguente.

| Settore | Conforme | Non conforme | Totale | % conforme |
|--|-----------------|---------------------|---------------|-------------------|
| Protezione animali da reddito | 12 | 44 | 56 | 21 |
| Sanità animale; traffico degli animali | 17 | 45 | 62 | 27 |
| Controlli bovine da latte | 12 | 2 | 14 | 86 |
| Trattamenti con farmaci | 23 | 17 | 40 | 58 |

Il numero di controlli riguardanti la protezione degli animali da reddito ha subito una diminuzione rispetto agli anni precedenti in quanto le aziende al beneficio di contributi diretti devono sottostare alle ispezioni di organismi di controllo privati certificati (nel nostro Cantone il principale ente di controllo è la Agrispea SA), che devono attestare la loro conformità per poter beneficiare degli aiuti dello Stato. I controlli esperiti dall'Ufficio del veterinario cantonale riguardano principalmente tenute problematiche, ciò che spiega l'elevato tasso di non conformità (80%).

I controlli veterinari sul traffico degli animali, l'igiene del latte e i trattamenti con farmaci vengono ordinati ogni anno dall'Ufficio federale di veterinaria e riguardano un elenco di aziende sorteggiate secondo criteri riferiti all'analisi del rischio. Se la situazione per quanto riguarda la legislazione sull'igiene del latte è da ritenersi buona (86% di conformità), le contestazioni riguardanti il traffico degli animali e l'impiego dei farmaci veterinari sono state relativamente numerose.

L'Ufficio si è pure occupato del preavviso di una cinquantina di domande per la costruzione di stalle e ricoveri per animali di varie specie. Tra queste vi erano una quindicina di richieste per la costruzione o l'ammodernamento di stalle destinate ai bovini, due ovili ed una per caprini.

Nell'ambito dei controlli per quanto riguarda gli **animali da compagnia e selvatici**, sono stati eseguiti 7 controlli in tenute professionali (commerci e esposizioni). Il controllo di un commercio ha portato alla sua chiusura immediata per gravi inadempienze gestionali. È stata pure autorizzata l'attività di due nuovi commerci per animali e di un centro di falconeria.

Sono state rilasciate 19 nuove autorizzazioni per la tenuta non professionale di **animali selvatici** (14 nel 2004, 37 nel 2003) di cui 10 per la tenuta di furetti, 4 di rettili non velenosi e 3 di uccelli canori. Le autorizzazioni rinnovate nel corso del 2005 sono state 13, mentre in altri 6 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 11 autorizzazioni (8 nel 2005) per l'esecuzione di **esperimenti su animali**. È stato autorizzato l'utilizzo di 86.100 ratti, 7.676 topi, 630 cavie e 100 conigli. La commissione ha inoltre espletato due controlli presso stabulari di aziende farmaceutiche.

Diversi

Nel corso dell'anno sono state rinnovate 27 patenti di negozianti di bestiame.

Complessivamente nel 2005 sono state consegnate per la distruzione 459 tonnellate di scarti di origine animali.

4.3.6 Laboratorio cantonale (LC)

L'attività del Laboratorio cantonale nel **settore delle derrate alimentari** è rimasta più o meno costante: si segnala tuttavia il numero di ispezioni ufficiali sceso da 2.147 a 1.806 (meno 16%) e il numero di campioni ufficiali di derrate alimentari analizzati (senza acqua potabile) sceso da 1.674 a 1.312 (meno 22%). Questa flessione, peraltro preannunciata nel rendiconto del 2004, si spiega con un organico temporaneamente incompleto e con l'attività maggiormente orientata verso il conseguimento dell'accreditamento alle norme di qualità ISO 17020 (per l'ispettorato) e ISO 17025 (per la parte analitica) ①.

4.T73-78

Sul fronte dell'**assicurazione qualità**, il nuovo pacchetto legislativo alimentare promulgato dal Consiglio federale per armonizzare la legislazione nazionale con quella comunitaria ha imposto a tutti i laboratori cantonali il raggiungimento obbligatorio dei più alti standard di qualità attraverso il sistema dell'accreditamento (Ordinanza sulle derrate alimentari, art. 62). In dicembre questo processo si è concluso positivamente anche per il Laboratorio cantonale del Ticino, non senza un dispendio di energie e risorse eccezionale. Parecchi collaboratori hanno infatti dovuto dedicare una fetta considerevole del proprio tempo al raggiungimento di questo scopo, a scapito ovviamente di altre attività. Il Laboratorio cantonale è al momento il solo laboratorio di prova in Ticino accreditato ISO 17025 per lo svolgimento di analisi su derrate alimentari, come pure il solo organismo accreditato ISO 17020 per svolgere ispezioni in ambito alimentare. In stretta relazione con l'introduzione di un nuovo sistema di qualità è stato messo in produzione, dopo parecchi mesi di gestazione e proficua collaborazione con il CSI, un nuovo applicativo per la gestione dei campioni e delle ispezioni; questo nuovo prodotto permetterà una costante e migliore valutazione dei dati a disposizione, a tutto vantaggio di una più efficace gestione aziendale.

Sul fronte delle **risorse umane**, solo nel corso dell'ottobre 2005 si è potuta completare la sostituzione di due collaboratori passati al beneficio della pensione con due nuovi collaboratori scientifici. Per avvicinare ancor di più l'attività del Laboratorio cantonale a quella dell'Ufficio del veterinario cantonale si è assunta quale responsabile del reparto microbiologia una dottoressa in medicina veterinaria, mentre per rafforzare la componente ispettiva dell'attività di controllo si è deciso di diminuire il personale accademico nei reparti analitici assumendo una ingegnere in scienze alimentari quale responsabile degli ispettorati. La durata più lunga del previsto dei processi di assunzione, determinata dal mercato del lavoro, ha tuttavia lasciato incompleto l'effettivo del personale per parecchi mesi.

L'entrata in vigore del citato nuovo **pacchetto legislativo alimentare a livello federale** che impone principi nuovi come l'obbligo di notifica e quello di autorizzazione (Ordinanza sulle derrate alimentari, art. 12 e 13) nonché l'esecuzione dell'attività da parte degli organi di controllo non più per prove a caso ma su base regolare e in funzione del rischio (Ordinanza sulle derrate alimentari, art. 56) creerà seri problemi se il contesto finanziario negativo nel quale si opera attualmente dovesse persistere: una ulteriore riduzione del personale non permetterà di garantire il soddisfacimento di quegli obblighi che il Cantone invece ha nell'ambito dell'esecuzione del diritto alimentare (Legge federale sulle derrate alimentari, art. 40). Una diminuzione dell'effettivo dedito alle ispezioni non permetterà di raggiungere la frequenza minima imposta (un'ispezione all'anno in un'azienda a rischio), così come una diminuzione di quello analitico risulterà in un numero di prove inferiore al minimo richiesto (ca. 1.000 analisi ogni 100.000 abitanti). L'obiettivo politico del mantenimento al livello attuale della sicurezza degli alimenti dovrà, se del caso, essere ridimensionato.

Nel corso del 2005 è pure entrato in vigore un **nuovo pacchetto legislativo nel settore dei prodotti chimici** che annovera ora una ventina di diverse ordinanze esecutive: l'ispettorato dei prodotti chimici, che consta di sole 0,8 unità di lavoro, ha forzatamente limitato la propria attività all'informazione delle cerchie interessate e non ha potuto eseguire alcun controllo di routine.

Si ribadisce infine che l'**attività di controllo delle derrate alimentari da parte del Laboratorio cantonale è gratuita** sancendo infatti la **Legge federale** sulle derrate alimentari che la Confederazione ed i Cantoni assumono le spese d'esecuzione della stessa nel loro ambito di competenza e che emolumenti possono essere riscossi solo per controlli che hanno provocato contestazioni.

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/laboratorio) il "Rapporto d'esercizio 2005" 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)

Durante il 2005 si è portata a termine la preparazione dei documenti per l'accreditamento sia della parte analitica (dei reparti di batteriologia e sierologia) che della parte amministrativa e gestionale (del personale e contabile) secondo le norme ISO/IEC 17025 e ISO 15189. La procedura è stata conclusa con successo con l'ultima visita d'ispezione a fine novembre. Le analisi microbiologiche effettuate nel corso del 2005 sono riassunte nella **T**. Oltre 50.000 materiali clinici sono stati analizzati con l'effettuazione di 78.507 analisi. Quantitativamente il numero di analisi batteriologiche svolte risulta stabile con un leggero aumento rispetto al 2004 e superiore alla media degli ultimi 5 anni.

4.T79

Per quel che concerne la sierologia/virologia, il numero delle analisi nel 2005 è stato di 27.732. Qualitativamente l'utilizzazione di procedure basate sulla biologia molecolare diventa sempre più importante. Sono stati messi in funzione due nuovi apparecchi: "Ampli-prep"/Taqman per determinare la viremia dei pazienti positivi per il virus HIV, epatite C e epatite B; il Phoenix per l'identificazione completamente automatica delle specie batteriche e della loro sensibilità agli antibiotici.

Mandati peritali e programmi particolari

Prosecuzione del mandato come Centro Nazionale di Referenza per la *Legionella* da parte dell'Ufficio Federale della Salute Pubblica, Berna. Nel grafico **T** è riportata l'evolu-

4.T80

zione della prestazione nel comparto clinico e ambientale per la messa in evidenza della *Legionella*.

L'ICM ha ricevuto il mandato e un finanziamento dall'Ufficio Federale della Salute Pubblica per sviluppare un Laboratorio Regionale per le analisi del tipo bioterrorismo. In caso di bisogno, questo laboratorio si insedierà nel laboratorio di biosicurezza (BSL-3) di cui l'ICM dispone.

Come Centro Nazionale di Referenza per la Legionella è stato avviato un programma inerente al grado di contaminazione delle torri di raffreddamento. Si tratta di un progetto pilota a livello svizzero che ha portato al censimento di queste infrastrutture sul territorio ticinese. Inoltre lo stesso Centro ha fornito la versione in italiano delle direttive sempre in collaborazione con l'Ufficio federale della salute pubblica.

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

Continuano pure i corsi sottoforma di stage: Hydrobiologie microbienne, Diplôme d'études approfondies en microbiologie et parasitologie (DEA), Master d'études supérieures en sciences naturelles de l'environnement (MESSNE), e École doctorale en microbiologie del "Triangle Azur" (Università di Ginevra, Losanna e Neuchâtel).

Questi insegnamenti di microbiologia pratica e teorica sono stati dispensati presso i laboratori del Centro di biologia alpina di Piora, infrastruttura gestita dalle Università di Ginevra e di Zurigo e dal nostro istituto e della cui fondazione il direttore è presidente.

Sono proseguite le ricerche inerenti a due progetti nel quadro del Programma Nazionale di Ricerca PNR 49 (Resistenza agli antibiotici), di cui il Direttore aggiunto è il presidente del Comitato direttivo.

4.3.8 Istituto cantonale di patologia (ICP)

Il 2005 è stato caratterizzato dall'avvicendamento alla direzione dell'ICP. Dopo quasi 30 anni di attività, ai direttori Dr. E. Pedrinis e Dr. P. Lusciati è subentrato il 1. maggio il Prof. L. Mazzucchelli. Grazie ad una buona pianificazione e collaborazione tra i direttori uscenti ed il subentrante, l'attività dell'ICP ha potuto proseguire senza significativi problemi. Rispetto all'anno precedente si è assistito ad un incremento del numero di pazienti per i quali sono state eseguite delle analisi come pure ad un ulteriore ampliamento dell'offerta diagnostica. In particolare, l'acquisto di nuove attrezzature e l'assunzione di un biologo molecolare hanno permesso di incrementare e migliorare sensibilmente la diagnostica molecolare. Il laboratorio di istopatologia è stato riorganizzato dalla nuova responsabile, L. Lunghi, subentrata a M. Personeni andata in pensione dopo più di 30 anni di servizio presso l'ICP. Si è inoltre completata l'installazione e messa a punto del nuovo sistema informatico. La collaborazione con ospedali dell'Ente Ospedaliero Cantonale e cliniche private è stata migliorata e sostenuta dalla partecipazione di medici patologi a numerosi colloqui interdisciplinari. Sono stati organizzati corsi di aggiornamento presso l'ICP con partecipazione di medici specialisti operanti sul territorio cantonale quali dermatologi e gastroenterologi. Inoltre è stato intensificato l'impegno di membri dell'ICP in attività didattiche presso scuole cantonali del ramo sanitario. Il costante impegno dei medici patologi ha permesso infine di mantenere le collaborazioni con gruppi di lavoro svizzeri sulle patologie pediatriche, epatiche, polmonari, ematologiche, dei tessuti molli e della mammella. Si sono intensificate le relazioni con strutture della vicina Lombardia, quali l'Istituto dei Tumori di Milano e si sono mantenute le collaborazioni scienti-

fiche e di insegnamento con atenei svizzeri e italiani. Oltre a sviluppare progetti di ricerca all'interno dell'ICP, i collaboratori dell'istituto hanno sostenuto attivamente progetti di ricerca presso l'Istituto di Ricerca Biomedica e l'Istituto di Oncologia della Svizzera Italiana. A seguito del cambio di direzione l'ICP è stato valutato da una speciale commissione della FMH e riconfermato istituto di categoria A. Segnaliamo infine che nel corso del 2005 si è formalizzato il passaggio del servizio di medicina legale dal Dipartimento della sanità e della socialità al Dipartimento delle istituzioni.

Registro cantonale dei tumori

Il Registro è stato chiamato, nel nostro Cantone, alla partecipazione di numerose commissioni, gruppi di lavoro e riunioni, tra i quali ReteinfoAmianto, Gruppo Salute e Ambiente, Centro cantonale di Senologia, Lega ticinese contro il Cancro, Gruppo interpartimentale di Statistica Sanitaria, valutazione dell'impatto del Radon, Comitato etico cantonale. A livello nazionale prosegue l'impegno di segretario presso l'Associazione svizzera registri tumori (ASRT) e la partecipazione collaborativa con l'Istituto Svizzero di Ricerca Applicata sul Cancro. A livello internazionale il Registro è impegnato nell'European Network of Cancer Registries, International Association of Cancer Registries e nel Gruppo di registrazione ed epidemiologia latino, attività queste coordinate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. E' stata completata la pubblicazione dei dati registrati per il periodo 1996-2003. La pagina web, ulteriormente potenziata e completata, è voluta quale piattaforma razionale ed economica per divulgazione dei risultati. Si sono evase 75 richieste di consulenza relative a lavori per pubblicazioni scientifiche, a corsi di formazione e giornate di aggiornamento in ambito sanitario/oncologico, a supporti per dottorandi e a dipartimenti governativi e giornalisti.

Nel corso del 2005 sono stati aperti 2.965 nuovi dossier di pazienti affetti da malattie neoplastiche ①, corrispondenti ad un totale di 163.075 indicatori codificati, ed è stata seguita e aggiornata l'evoluzione della malattia di 13.285 pazienti ①. 76.456 gli atti medici considerati, dei quali 19.900 analizzati e ritenuti nei dettagli. La banca dispone attualmente di una casistica di 28.800 tumori. Tutti i particolari della produzione sono consultabili presso il sito web www.ti.ch/tumori

4.T83

4.T84

Anatomia patologica (biopsie, necropsie)

L'attività quotidiana riguardante la diagnostica istopatologica ha visto un incremento dei pazienti di circa il 5% e ha raggiunto quota 20.295 rispetto ai 19.322 dell'anno precedente ①. Sono pure sensibilmente aumentate rispetto agli anni precedenti le prestazioni del laboratorio di istopatologia quantificabili nel numero di blocchi di paraffina (prelievi) e tagli istologici allestiti nonché dal numero di analisi immunoistochimiche ①. Questi dati attestano che grazie all'impegno di tutti i collaboratori e alla riorganizzazione dei flussi di lavoro, è stato possibile aumentare il carico di lavoro dell'istituto nel corso degli ultimi tre anni di circa il 25%, senza peraltro assunzione di nuovo personale. Questa tendenza positiva è decisamente confermata anche dall'evoluzione finanziaria del Servizio di patologia anatomica (centro di responsabilità budgetaria 276) che, analogamente al Centro citologico cantonale (277) registra un chiaro saldo attivo. Al riguardo si rimanda ai dati della gestione corrente, Consuntivo 2005. Unico dato in controtendenza è il numero di interventi necroscopici che, come in altri istituti svizzeri, risulta in costante calo. Per la casistica riguardante le malattie tumorali si fa riferimento ai dati forniti dal registro dei tumori ①.

4.T87

4.T89

4.T81, 82

Medicina legale

Il servizio è stato incaricato di eseguire 78 autopsie forensi e 55 ispezioni esterne dei corpi.

Citopatologia clinica (prevenzione e diagnosi citologica del cancro)

Il centro citologico ha proceduto a **142.548** (150.176) analisi mediche per un numero complessivo di **35.637** (37.544) pazienti **①**. Gli esami destinati alla prevenzione del cancro dell'utero sono stati **32.091** (34.377) ed hanno mostrato in **1.289** (1.440) casi cellule atipiche, potenzialmente capaci di evolvere verso un cancro oppure espressione di un tumore già manifesto. Le analisi non ginecologiche sono state **3.546** (3.960) suddivise in **1.691** (2.002) casi di citologia esfoliativa **①** e in **1.855** (1.958) ago-aspirato di diversi organi **①**. Le attività di consulenza e di collaborazione hanno riguardato gli ospedali: Civico ed Italiano di Lugano, Beata Vergine di Mendrisio, La Carità di Locarno per i quali il primario di citologia ha eseguito circa **1.391** (1.468) ago-aspirazioni di diversi organi. Analoga attività è stata svolta presso la sede di Locarno e di Lugano.

Esami speciali: virus HPV **673** (855); recettori ormonali **0** (10); immunocitochimica **58** (109); citometria di flusso **66** (54); Fish **12** (100).

4.T88

4.T85

4.T86

Laboratorio di patologia sperimentale

Nel 2005 sono state eseguite a scopo diagnostico 17 analisi di biologia molecolare (FR2 e FR3) per monoclonalità dei linfociti B e 14 analisi per monoclonalità del recettore dei linfociti T (V1-8 e V9-11). Inoltre, sono state eseguite 16 analisi allo scopo di rilevare la presenza di mutazioni nel gene del recettore per l'epidermal growth factor in biopsie di tumori polmonari. Questo tipo di analisi ha un impatto molto importante nella scelta del protocollo terapeutico.

L'attività di ricerca, finanziata dal Fondo Nazionale Svizzero e dalla Fondazione S. Salvatore è proseguita con risultati interessanti. La presenza di una regolazione adrenergica della risposta immunitaria innata della cute ha rivelato alcuni meccanismi che potrebbero avere rilevanza per la patogenesi di malattie infiammatorie croniche della pelle. A questi risultati si associano poi osservazioni sull'influenza di questi meccanismi nell'efficacia dei vaccini anti-cancro a base di cellule dendritiche.

Il laboratorio ha ospitato e ospita temporaneamente studenti per stage di ricerca autofinanziati.

4.3.9 Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)

Parecchi gli argomenti anche nel 2005 che hanno caratterizzato l'attività dell'OSC. Citiamo, riprendendo dapprima i progetti avviati già nel 2004:

- La presentazione, da parte del Consiglio di Stato, della **Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008**, documento completo sia per i dati statistici e le considerazioni sull'evoluzione della psichiatria cantonale pubblica degli ultimi anni, sia per le prospettive ed i programmi per il futuro prossimo.
- L'approvazione dell'istituzione della **Fondazione "Centro peritale per le assicurazioni sociali"**, con sede a Bellinzona, che si occupa dell'esecuzione e della gestione di tutte le perizie richieste dall'Ufficio AI per i richiedenti di prestazioni a causa di un danno alla salute di natura psichica.
- Il proseguimento e la realizzazione pratica del **progetto AMTiTox** (Approccio multidisciplinare ticinese per la presa a carico delle persone tossicodipendenti) attuato in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale e il Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM) e che, con la creazione di un piccolo reparto di 7 letti in CPC, ha permesso di affrontare al meglio questa casistica.
- Il **progetto BOA** (Bulimia, obesità, anoressia) attuato in collaborazione con l'OBV ha visto la creazione presso questo istituto di un reparto di 8 letti, per pazienti adulti e giovani adulti.
- L'attuazione parziale (Settore Sottoceneri) della **riorganizzazione dei servizi ambulatoriali sul territorio** sia per adulti (SPS) che per minorenni (SMP), con il collocamento dei

servizi di Lugano e Mendrisio, Coldrerio per l'SMP, sotto la direzione di un unico medico caposervizio.

- L'implementazione, con la collaborazione del Centro sistemi informativi, della contabilità finanziaria, analitica e la fatturazione dei pazienti nel **sistema informatico SAP**, che sostituisce l'attuale sistema informatico PRISMA per la fatturazione e **SIRIO** per la contabilità finanziaria. E' stata inoltre predisposta la programmazione delle interfacce tra la cartella di cura e SAP.
- La continuazione delle **ristrutturazioni nel quartiere di Casvegno/Mendrisio** con l'apertura del Padiglione Adorna, con 55 posti letto, e la chiusura del Padiglione Edera che è stato sottoposto a lavori di ammodernamento. L'apertura del Nuovo Teatro, che si presenta in veste decisamente moderna, sia all'interno che all'esterno e con attrezzature tecniche all'avanguardia che ne permettono un utilizzo adeguato ai diversi scopi per i quali è stato ristrutturato. La costruzione della Nuova cucina e la riattazione parziale del Padiglione Ginestra, annesso e collegato alla cucina stessa quale spazio logistico d'appoggio (spogliatoi, locale confezionamento pasti per Pro Senectute nonché la nuova sede dell'Ufficio economato, logistica e sicurezza). La sostituzione delle centenarie canalizzazioni in tutto il quartiere di Casvegno, ciò che ha imposto un'attenzione particolare per quanto concerne la viabilità e la garanzia della sicurezza degli ospiti.
- L'elaborazione e l'attuazione di un progetto finalizzato a rispondere al problema dell'**abitazione di persone in situazione di disagio socio-psichiatrico dimesse dalla Clinica psichiatrica cantonale o seguite dai Servizi ambulatoriali**. Tramite l'acquisto da parte della Fondazione Sirio dello stabile "Home Compagna" a Breganzona, Via Vergiò 3, ora ribattezzata "Casa Sirio", e la presa a carico socio-educativa e terapeutica assicurata dal Servizio psico-sociale di Lugano, si offrono 22 posti letto in una struttura gestita come una pensione e che dovrebbe autofinanziarsi senza contributi collettivi degli enti pubblici.
- La continuazione, in collaborazione con l'Unità di contrattualizzazione della Sezione sanitaria del DSS, dello studio di fattibilità per la **trasformazione dell'OSC in una Unità Amministrativa Autonoma (UAA)** e l'elaborazione dei mandati di prestazione quadriennali e annuali.
- La partecipazione, unitamente all'EOC, al Cardiocentro e all'Associazione cliniche private, alla **prima giornata nazionale** degli ospedali promossa dall'Associazione H+ allo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica sui compiti e ruoli del settore della sanità.

Per quanto concerne l'attività svolta, nel 2005 l'OSC si è occupata complessivamente di 8.719 utenti (8.633 nel 2004), dei quali 1.884 minorenni (1.887) e 6.835 adulti (6.746) **①**. La **Clinica psichiatrica cantonale (CPC)** ha registrato, rispetto al 2004, una leggera flessione del numero delle giornate di degenza (48.487 rispetto alle 51.228 del 2004). L'occupazione media è così risultata del 94,89%, sempre elevata (con una punta di 101,13 % per il mese di maggio), ma rispetto agli anni trascorsi ha permesso di attenuare i disagi creati da occupazioni che si attestavano attorno al 100% con punte fino al 105%. La degenza media per caso ammesso è stata di 32 giorni. Le persone ospitate sono state 970 per un totale di 1.386 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 119 ospiti per 35.773 giornate di presenza e 1.493 riserve letti (quindi complessivamente 37.266). L'occupazione media è stata del 93,67% e la degenza media per ospite di 313 giorni. Nel corso del mese di maggio, come stabilito dal protocollo per la qualità, ha avuto luogo il secondo "audit di sorveglianza". Il relativo rapporto, redatto dall'Ufficio preposto alla certificazione, ha confermato anche questa volta la validità e la coerenza del sistema di qualità implementato al CARL per soddisfare le 19 condizioni poste dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

4.T51-72

I 117 posti di lavoro dei **laboratori protetti** hanno offerto opportunità lavorative a 370 persone, delle quali 79 ospiti del CARL, 179 utenti della CPC e 112 provenienti dall'esterno.

Il **Centro documentazione e ricerca** ha svolto il suo compito di raccolta, informatizzazione e analisi dei dati delle persone che si sono rivolte all'OSC. Lo scopo è di fornire informazioni quantitative sulla morbilità psichiatrica per le valutazioni epidemiologiche e per la pianificazione delle strutture.

Il Centro ha pure svolto parecchi studi di verifica della qualità, fra cui citiamo la consueta valutazione della soddisfazione dei pazienti attraverso il questionario POC 18, l'indagine sulla qualità delle prestazioni e dei servizi offerti dai laboratori protetti CARL effettuate presso i clienti degli stessi e dalla quale è risultato un quadro di gradimento molto positivo. Sempre al CARL è stata rilevata la soddisfazione degli ospiti delle unità abitative nonché dei Centri diurni dell'OSC, indagine che ha pure confermato un elevato grado di soddisfazione.

L'**assistenza somatica** agli ospiti CPC/CARL è stata assicurata, in ragione di un'attività del 50%, da una capoclinica dell'OBV nell'ambito della proficua collaborazione che abbiamo con il vicino ospedale regionale, che come nel passato provvede pure alla gestione di tutti gli esami radiologici delle nostre strutture stazionarie e di laboratorio tramite EOLAB.

L'**attività dei Servizi ambulatoriali per adulti e minorenni** sul territorio si è mantenuta allo stesso livello dell'anno precedente, soddisfacendo le richieste degli utenti che si rivolgono ai nostri servizi per cercare una risposta alle varie patologie e disagi psichici. Le tabelle dell'Allegato statistico offrono la possibilità di una lettura di dettaglio di tutta la casistica.

La **Commissione giuridica LASP** si è occupata di 113 ricorsi (117 nel 2004), evadendone 106 (gli altri al 31.12 erano ancora pendenti). Rispetto agli anni precedenti il Presidente della Commissione giuridica LASP ha segnalato che alcuni ricorsi riguardavano il problema della contenzione, ricorsi giustificabili dal fatto che nel 2005 per il primo anno è stata data l'informazione agli utenti del diritto a ricorrere non solo contro la decisione di ricovero coatto, ma anche contro le decisioni di contenzione fisica e questo nell'ottica di una sempre maggior trasparenza dell'operato dell'OSC a tutela dei diritti dei pazienti.

Finanziariamente la spesa complessiva è stata di fr. 56,6 mio (fr. 54,4 mio nel 2004) e gli introiti di fr. 31,6 mio (fr. 32,9 mio nel 2004), con un fabbisogno a carico del Cantone di fr. 25 mio (fr. 21,5 mio nel 2004). Il fabbisogno 2005 è in linea con quello degli anni 2002 e 2003, mentre quello del 2004 (fr. 21,5 mio) era il risultato di coincidenze favorevoli straordinarie. Il maggior importo di fr. 3,5 mio rispetto al 2004, è imputabile a fattori decisionali esterni al nostro controllo. Infatti alle uscite segnaliamo il contributo supplementare di fr. 1,2 mio al Fondo Cassa Pensione e il rimborso di fr. 1,3 mio a santésuisse a seguito dell'introduzione nel 2004 del nuovo tariffario TARMED e al principio della neutralità dei costi, evento puntuale che è stato possibile verificare solo a posteriori.

Da notare che il rimborso a santésuisse si riferisce agli anni 2004 e 2005 ma che è stato imputato interamente nel 2005.

Per quanto concerne i ricavi, è da segnalare una contrazione di quelli dei CPE dovuta alla mancata definizione dei sussidi UFAS/AI di competenza per il 2004 ed a parecchie decisioni individuali tuttora pendenti presso l'Ufficio AI. Parte di questi ricavi verranno contabilizzati nel 2006.

4.4 Divisione dell'azione sociale

4.4.1 A2000 - Progetto "Contratti di prestazione"

Nel 2005, quarto e ultimo anno del progetto, l'attività è stata orientata a preparare concretamente il passaggio dalla fase di sperimentazione alla fase di entrata in vigore a regime dei contratti.

A metà anno è stato redatto un pre rapporto finale sul progetto (*Rapporto sulla fase di realizzazione del progetto - Pre rapporto finale*, DSS/DAS/SSEAS, agosto 2005), il cui obiettivo prioritario era di rendere il più possibile informata e consapevole la decisione - di competenza del Consiglio di Stato - di messa in vigore generalizzata del nuovo sistema di finanziamento. Il Decreto esecutivo che mette in vigore, dal primo gennaio 2006, i contratti di prestazione e i contributi fissi, in alternativa al precedente sistema di finanziamento, è stato approvato il 19 ottobre 2005 e riguarda tutti e quattro i settori di competenza della Divisione dell'azione sociale: istituti per anziani, istituti e servizi per invalidi, centri educativi per minorenni e servizi di assistenza e cura a domicilio.

Il "sistema" dei contratti di prestazione è l'insieme dei nuovi strumenti di gestione attraverso cui ottenere una migliore valutazione dell'impiego delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi in termini di esiti dell'attività di produzione ed erogazione delle prestazioni. A fine anno risultava essere ad un livello di realizzazione più che sufficiente per consentire, come programmato, la generalizzazione dei contratti nel 2006. In particolare, gli obiettivi seguenti erano raggiunti a fine 2005:

- definizione del catalogo dei servizi e delle prestazioni relativo ai quattro settori che costituiscono l'ambito di operatività del progetto (*Catalogo dei servizi e delle prestazioni*, DSS/DAS, 1a edizione settembre 2005; www.ti.ch/dss/das);
- definizione dei requisiti di qualità di riferimento per ognuno dei quattro settori e definizione degli obiettivi/indicatori per il 2006;
- sviluppo e sperimentazione generalizzata a tutte le strutture dei quattro settori dei modelli di contabilità analitica;
- definizione dei prezzi standard delle prestazioni nel settore degli anziani e nel settore dell'assistenza e cura a domicilio.

Inoltre, ha preso avvio nel 2005 il Progetto RAI-NH per l'introduzione di questo strumento di valutazione multidimensionale dei bisogni dell'ospite in tutti gli istituti per anziani medicalizzati del Cantone. Sarà concluso entro il mese di giugno 2006. Il RAI-NH consentirà l'identificazione dei problemi, la definizione del piano di cura, la pianificazione e il monitoraggio della sua realizzazione; l'elaborazione di indicatori di qualità tesi a misurare l'esito delle prestazioni; la definizione di gruppi iso-risorse (gruppi di utenti con livelli uguali di bisogno di cura e assistenza) ai fini della fatturazione alle casse malati, come pure della differenziazione del sussidio dell'ente pubblico.

Infine, è stato ultimato l'intervento formativo, programmato all'inizio del progetto, e destinato sia ai responsabili e collaboratori degli enti, sia ai funzionari loro partner. Tale intervento, denominato "*Logiche e strumenti di management dei servizi sociosanitari*", messo a punto in collaborazione con l'USI (Istituto di microeconomia ed economia pubblica - Mecop) e con la SUPSI (Dipartimento di scienze sociali e aziendali), ha perseguito il duplice obiettivo di creare, da un lato, una maggiore sensibilità verso i costi e, dall'altro, di mantenere o incrementare la sensibilità verso gli aspetti relazionali e qualitativi nel processo di erogazione delle prestazioni. L'intervento ha coinvolto 17 funzionari dirigenti e collaboratori della SSEAS, 81 direttori e 294 quadri intermedi (amministratori, contabili, capo-équipe) degli enti. Sono stati trattati i seguenti temi: legislazione e cambiamento; sistemi di qualità; organizzazione; contabilità analitica; controlling; gestione e sviluppo del personale; qualità strutturale e qualità percepita.

4.4.2 Innovazioni legislative cantonali nel campo di competenza della DAS

- Nella Legge sul sostegno e il coordinamento delle attività giovanili (Legge giovani) del 2 ottobre 1996 è stato introdotto, con decisione del Gran Consiglio del 24 gennaio 2005, il riconoscimento del Consiglio cantonale dei giovani.

- Il Regolamento di applicazione della Legge giovani del 18 ottobre 2005 è poi stato a sua volta modificato per disciplinare il riconoscimento del Consiglio cantonale dei giovani.
- La nuova 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 nel 2005 limitatamente al sussidio per le spese di esercizio ai Nidi dell'infanzia.
- Di conseguenza, con il 1° gennaio 2005 è entrato in vigore il Regolamento concernente la concessione di sussidi per le spese di esercizio ai nidi dell'infanzia, del 5 ottobre 2004, che ha regolamentato il versamento dei contributi fissi agli asili nido di sostegno alle famiglie.
- Dal 1° gennaio 2005 sono state messe in vigore le nuove norme 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, segnatamente per quanto attiene ai nuovi criteri entrati in vigore il 1° gennaio 2005 che disciplinano il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio dell'attività di accoglienza di minorenni dai 0 ai 3 anni presso i Nidi dell'infanzia (in applicazione dell'Ordinanza federale sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione e di adozione del 19 ottobre 1977, precedentemente disciplinata dal Cantone in forma di Direttive dipartimentali).
- È stata messa in vigore nel 2005 la rinnovata Convenzione intercantonale relativa alle istituzioni sociali (CIIS), del 13 dicembre 2002, che annulla e sostituisce la Convenzione sottoscritta dal Consiglio di Stato l'11 giugno 1986. La Convenzione è uno strumento valido per definire i costi di collocamento nei singoli istituti riconosciuti dai Cantoni e ha garantito il pagamento del Cantone di domicilio al Cantone che assicurava l'accoglienza tramite istituti riconosciuti e sussidiati. Per il nostro Cantone il rinnovo della Convenzione costituisce un indubbio vantaggio poiché non è pensabile poter istituire da noi tutte le strutture specialistiche necessarie nell'ambito della protezione dei minorenni, segnatamente degli adolescenti (mancanza della massa critica). La Convenzione asseconda anche la necessità di introdurre negli Istituti metodi moderni di gestione manageriale: prezzi forfetari, costi comparabili, prezzi e tariffe fissati sulla base di approcci analitici.
- Il Regolamento concernente l'anticipo e l'incasso degli alimenti per i figli minorenni del 18 maggio 1988 è stato modificato, a partire dal primo gennaio 2005, con l'introduzione dell'art. 10 cpv.2 (nuovo), che limita la durata della concessione dell'anticipo alimentare a 60 mesi cumulativi al massimo.

4.4.3 Innovazioni organizzative e logistiche della DAS

Dal 1° settembre 2005, l'Ufficio dell'abitazione ha cessato di operare quale ufficio indipendente: le sue attività sono state trasferite al nuovo Servizio dell'abitazione dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (Risoluzione governativa del 10 giugno 2005).

4.4.4 Sviluppo sociale e priorità di intervento

- *Disoccupazione ed esclusione.* Nel 2005, il numero medio di disoccupati (7.218) è aumentato di 469 unità rispetto al 2003 (+7%). Verso la fine dell'anno ha finalmente iniziato a diminuire il numero di coloro che, di mese in mese, esauriscono il diritto alle indennità di disoccupazione. Nel mese di novembre del 2005, sono state 155 le persone che hanno esaurito il diritto alle indennità: di queste, in gennaio solo il 17% aveva ritrovato un impiego. In media, negli ultimi 12 mesi i casi di esaurimento del diritto sono stati 167, contro 163 del 2004. Si stima che dal 20 al 25% di queste persone, più o meno rapidamente, chiede l'assistenza. L'andamento della disoccupazione (dal 2001 al 2005 è aumentata dell'85%!) e il numero elevato di assicurati che esaurisce il diritto alle indennità (oltre 150 al mese) sono due dei fattori che spiegano l'aumento importante degli utenti di prestazioni assistenziali nel 2005. Altri fattori che si sono fatti sentire negli ulti-

mi anni 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. Dal dicembre 2004 al dicembre 2005, il numero di "unità di riferimento" (UR: economie domestiche ai sensi della Laps) che ricevono prestazioni assistenziali (ordinarie e/o speciali) è aumentato del 16%. Nel corso del 2005, quasi 4000 UR hanno ricevuto almeno una prestazione, contro poco più di 3.500 nel 2004. Nel mese di dicembre, le circa 2.600 UR beneficiarie comprendevano in tutto 4.000 persone circa. 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, 305 utenti del sostegno sociale hanno potuto usufruire di "misure attive" nella forma di contratti d'inserimento professionale ai sensi della Legge sull'assistenza, contro 462 l'anno precedente (i nuovi contratti stipulati nel 2005 sono stati 96, contro 296 nel 2004). I programmi d'inserimento, e il loro esito, riflettono 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 non è soddisfacente dal punto di vista del collocamento in un posto di lavoro "normale": nel 2005, solo il 3% ha interrotto il programma perché gli sforzi degli uffici regionali di collocamento (cui sono obbligatoriamente iscritti) è stato coronato da successo. Più rallegrante è che meno del 10% dei partecipanti ha interrotto l'occupazione temporanea per malattia o incapacità di adeguarsi ad un normale ritmo di lavoro. Gli altri lo hanno portato a termine regolarmente. Poiché i programmi sono concepiti in modo tale che - se non viene raggiunto l'obiettivo principale del collocamento - si riacquistano almeno i diritti all'indennità di disoccupazione e alle misure attive degli uffici di collocamento, il bilancio del sostegno sociale ne risulta alleggerito. Infine - sempre nell'ambito dell'emarginazione e dei rischi d'esclusione - ricordiamo che nel 2005 sono stati divulgati e discussi nelle varie regioni del Cantone, con i servizi sociali pubblici e privati, i risultati dell'inchiesta sulla tematica delle persone in difficoltà e senza alloggio. Alcune iniziative sono state avviate (o, almeno, prospettate) per far fronte a questo fenomeno: pensiamo all'iniziativa della Fondazione Sirio a Lugano (rivolta ai casi psichiatrici), a quella della Fondazione Amilcare in tutto il Cantone (rivolta ai giovani in rottura con il mondo degli adulti), a un'iniziativa del Movimento dei Senza Voce allo studio per la regione Mendrisiotto.

- *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, è stata per la Divisione un compito prioritario, nel 2005. È stato elaborato il Regolamento d'applicazione della legge, che ha potuto così entrare in vigore il primo gennaio 2006. Sono pure stati definiti i modi e gli strumenti per dare slancio alla politica di sostegno delle famiglie e di protezione dei minorenni e, in particolare, per perseguire la finalità del coordinamento fra i servizi e gli istituti privati e pubblici che operano in questo ambito. A tal fine, la direzione della Divisione dell'azione sociale (ribattezzata dal 2006: Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, DASF) è stata rafforzata con una funzione di coordinatore per il settore famiglie e minorenni. Anche i due uffici della Divisione che, più di altri, saranno

impegnati nell'attuazione della nuova legge sono stati ribattezzati e, in parte, riorganizzati: l'Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia diventa Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani (UFaG); l'Ufficio del servizio sociale diventa Ufficio delle famiglie e dei minorenni (UFaM).

- *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. Nel 2005, la pianificazione di questo settore è stata rielaborata per il periodo 2005-2009. Il rapporto di pianificazione verrà trasmesso dal Consiglio di Stato al Gran Consiglio nei primi mesi del 2006.
- *Finanziamento delle prestazioni sociali.* Questo tema ha costituito anche nel 2005 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. I contratti di prestazione, il cui scopo va ben al di là della dimensione finanziaria, si sono rivelati uno strumento utile tramite il quale gli enti interessati e l'amministrazione cercano d'individuare, per quanto possibile, possibilità di contenimento della spesa che non pregiudichino né il volume, né la qualità delle prestazioni necessarie.

4.4.5 Rendiconto delle unità amministrative

4.4.5.1 Sezione del sostegno a enti e attività sociali

La Sezione ha coordinato le attività nei settori dell'assistenza e cura a domicilio, degli anziani, degli invalidi, dei giovani, maternità e infanzia (si vedano i punti seguenti). Per la gestione corrente di tutti i settori, la massima priorità è stata riservata a preparare la generalizzazione, per il 2006, del finanziamento degli enti sussidiati tramite contributi fissi e contributi globali, questi ultimi associati alla sottoscrizione di contratti di prestazione. Nell'ambito del sostegno agli investimenti, la Sezione, in collaborazione con gli uffici competenti, ha valutato le richieste degli enti, elaborato i Messaggi del Consiglio di Stato al Parlamento, accompagnato gli enti nella realizzazione. Informazioni precise sono espresse nei punti successivi, che riguardano i singoli settori.

L'istanza di compensazione ha gestito nel 2004 (ultimi dati completi) franchi 114.396.768,45 di flusso finanziario fra Cantone e Comuni da una parte, case per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio e servizi d'appoggio dall'altra. Nel 2005, è stata pubblicata una specifica Direttiva sul funzionamento del servizio e sono state attuate le misure necessarie al passaggio al nuovo sistema di finanziamento tramite contributi fissi e contributi globali.

4.4.5.1.1 Assistenza e cura a domicilio

- *Valutazione:* è stato sottoposto al Parlamento il Rapporto di valutazione del primo quadriennio d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio entrata in vigore nel 2000 elaborato dalla SUPSI.

Pianificazione: è terminato l'allestimento del Rapporto di pianificazione per il periodo 2005-2009, che ha coinvolto gli enti interessati. Partendo dalle tematiche emerse dai lavori di pianificazione, si sono anche avviati degli approfondimenti su alcuni temi: è stato creato un gruppo di lavoro che ha affrontato la questione del coordinamento fra i SACD e gli ospedali, come pure un gruppo di lavoro sul tema dell'estensione ai servizi di assistenza e cura a domicilio del regime di autorizzazione ai sensi della Legge sanitaria. Inoltre, una riflessione sul ruolo del servizio di consulenza materna e pediatrica dei SACD è sfociata nell'attribuzione di un mandato di ricerca alla SUPSI/SSFSS.

- *Servizi di assistenza e cura a domicilio (Sacd)* ①. Il 1° gennaio 2005 è entrato in vigore il nuovo tariffario per l'aiuto domestico. Esso è stato semplificato e ha ridotto lo scarto

4.T30

fra tariffa e costo della prestazione. Contemporaneamente, è stata avviata una negoziazione per il rinnovo della Convenzione con Santésuisse. Il 1° luglio 2005 è entrata in vigore una normativa, allestita in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale, sulle figure abilitate ad effettuare le prestazioni di assistenza e cura a domicilio riconosciute dalla LAMal.

Il mese di settembre, in sintonia con quanto espresso nella relativa Ordinanza federale, è partito il nuovo modello di formazione dell'operatore sociosanitario tramite contratto di tirocinio, che sostituisce la figura dell'aiuto familiare. In primavera è stato organizzato a livello cantonale un corso per ausiliarie CRS 120 ore cui hanno partecipato diverse collaboratrici dei SACD.

La SSEAS ha tenuto incontri regolari di coordinamento con le direzioni dei SACD, che hanno permesso di affrontare molte tematiche comuni.

- *Servizi di appoggio.* Dopo il chiarimento giuridico espresso nel Rapporto della Commissione della gestione e delle finanze 5540R, i centri diurni terapeutici ubicati nelle case per anziani sono stati posti sotto la Legge anziani benché, per principio, i centri diurni sarebbero servizi d'appoggio ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio.

Sono state presentate richieste di riconoscimento di alcuni nuovi servizi che saranno realizzate nell'ambito della pianificazione 2005-2009. Tramite alcuni incontri, sono state approfondite le modalità di miglioramento della collaborazione fra i servizi per ammalati e i SACD. L'ATTE ha beneficiato di un'estensione del mandato che riguarda i centri diurni di Mendrisio e Novazzano. La Pro Senectute ha allargato l'attività alla produzione dei pasti rilevando la mensa di Besso, in precedenza gestita dalla Posta.

- *Aiuti diretti al mantenimento a domicilio* ①. Il miglioramento delle misure previste dalla LAI e dalla LPC, entrato in vigore già nel 2004, ha confermato la possibilità di ridurre gli importi della specifica prestazione cantonale per utenti invalidi. Il numero dei beneficiari, dopo il forte aumento degli scorsi anni, sembra essersi stabilizzato. È stata allestita una nuova direttiva che uniforma il sistema di calcolo fra il sussidio per il mantenimento a domicilio e il sussidio per l'eliminazione delle barriere architettoniche.

4.T29

4.4.5.1.2 Ufficio degli anziani ①

4.T28

È stata condotta a termine la riconversione in casa per anziani della clinica San Donato di Intragna, con effetto 1° gennaio 2005. Questa operazione era stata decisa con l'Aggiornamento della pianificazione ospedaliera (Messaggio n. 5606 del 7 dicembre 2004).

Con gli assicuratori malattia (Santésuisse) è stata perfezionata la Convenzione per i 60 posti letto delle 4 unità ad alto contenuto sanitario ed è stata aggiornata la tariffa per gli altri istituti medicalizzati. Le case per anziani "ad alto contenuto sanitario" sono strutture per soggiorni temporanei di riabilitazione che assicurano la presa a carico dell'anziano dopo la fase acuta in ospedale, oppure evitano collocamenti impropri nelle strutture sanitarie acute. Esse hanno un costo per giornata più elevato, rispetto a un posto letto in una casa per anziani "normale" - dovuto alla presenza a tempo parziale di un medico e alla diversa dotazione di personale di cura - ma inferiore a quello di un Istituto ospedaliero acuto o di una clinica di riabilitazione. Queste nuove strutture sono state valutate in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale.

Nel quadro delle misure tese a garantire la qualità delle cure è continuato il progetto (che ha coinvolto tutti gli istituti sussidiati e non) per l'introduzione dello strumento multidimensionale di valutazione dei bisogni RAI-NH.

Per quanto riguarda il sostegno degli investimenti, nel settore delle case per anziani, si distinguono diversi tipi d'intervento.

La Sezione ha accompagnato, nell'intento di concretizzare quel supplemento di posti letto la cui necessità è comprovata dalla pianificazione per il periodo 2000-2010, l'elaborazione dei seguenti progetti: Casa Consortile di Claro; Casa Montesano di Orselina; Casa

Alto Vedeggio di Mezzovico; Residenza Gemmo di Lugano; Centro sociosanitario di Cevio; Opera Charitas di Sonvico, Istituto L. Guanella di Castel San Pietro.

È stata presentata al Parlamento, che l'ha accordata, una richiesta di crediti per la ristrutturazione e l'ampliamento della Casa Riziero Rezzonico di Lugano. Molti altri progetti di ampliamento sono stati accompagnati.

Sono stati erogati i contributi accordati alle seguenti iniziative concluse, in corso, avviate:

- opere concluse nel 2005: l'adattamento della ex Clinica di Arzo; le ristrutturazioni della casa comunale di Balerna e della casa Sacra Famiglia di Loco (aggregata al centro sociale di Russo);
- opere di ristrutturazione ancora in corso: lavori di manutenzione straordinaria (sicurezza anti-incendio, installazioni igieniche e sanitarie) degli istituti sociali di Lugano (Casa Serena; Residenza Gemmo; Residenza al Castagneto); della Casa al Pagnolo di Sorengo; della Casa Solarium di Gordola;
- opere di ampliamento: Casa anziani Greina, Bellinzona; Residenza La Piazzetta di Lugano-Loreto.

Breve commento ai dati finanziari 2004 contenuti nell'allegato statistico

Nel 2004 (ultimi dati disponibili) si osserva un ulteriore potenziamento dell'offerta (posti letto e giornate di presenza), in sintonia con la pianificazione settoriale che prevede un aumento di 500 posti a medio termine. Crescono quindi anche i costi e i ricavi totali e per giornata, come pure il disavanzo di esercizio totale; diminuisce invece il disavanzo medio per giornata di presenza (da 80 a 79 fr.).

4.4.5.1.3 Ufficio degli invalidi

Invalidi adulti **T**

4.T31

Il 2005 è caratterizzato da una leggera flessione del percorso di adeguamento dei posti previsto nel documento di pianificazione 2004-2006 delle strutture per invalidi adulti. Situazione maggiormente accentuata per il settore abitativo. Ciononostante, l'ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) approva la creazione di 13 nuovi posti nella categoria riservata alle case ed ai centri diurni e 22 per la categoria dei laboratori. I potenziamenti e le nuove iniziative sono i seguenti:

- la fondazione Provvida Madre di Balerna adegua il proprio numero di posti letto in favore di ospiti adulti. Tale intervento si rende necessario per garantire la continuità di presa a carico di alcuni ospiti minorenni che sono passati alla maggiore età (+ 2 posti per un totale di 39);
- la Casa della Giovane di Lugano termina la conversione della propria struttura, attribuendo tutti gli spazi abitativi del proprio immobile di Lugano a struttura per persone con disagi psichici (totale 35 posti). Il processo di conversione, iniziato durante il 2004, si è reso necessario per rispondere al sempre crescente numero di persone con importanti problemi psichici, che necessitano di soluzioni abitative protette;
- la fondazione Diamante aumenta di due posti il contingente attribuito al foyer Camminata di Bellinzona, preposto ad accogliere persone con disagio psichico;
- nuovo adeguamento di 1 posto per il foyer Casa al Cedro della fondazione San Gottardo di Lugano;
- la Fondazione Pedroncini inaugura la nuova struttura di Locarno, presso l'ex Albergo Vallemaggia. Al primo piano l'attivazione graduale di 6 posti (dei 10 previsti) di un centro diurno preposto all'accoglienza di persone con elevato grado di dipendenza; al piano terreno, la creazione di 12 posti di laboratorio protetto (ristorante);
- la fondazione OTAF inizia un potenziamento graduale dei propri laboratori di gastronomia grazie alla stipulazione di un primo accordo per la distribuzione di pasti. Durante il 2005 il numero di posti di lavoro protetti supplementari è di 2, per un totale di 59 posti;

anche la nuova azienda agricola OTAF di Cureglia, completamente a regime, può offrire tre posti di lavoro protetti supplementari (per un totale di 13);

- inaugurazione del nuovo laboratorio di panetteria/pasticceria della fondazione La Fonte. Ubicato di fronte all'Università della Svizzera italiana, esso dispone di tutte le prerogative per integrare professionalmente e socialmente i 5 nuovi ospiti accolti.

Anche per il 2005 l'UFAS ha approvato parte delle richieste di ottenere un supplemento di sussidio per quelle istituzioni che hanno subito un notevole aggravamento degli handicap delle persone prese a carico (supplemento per assistenza 2005).

Il progetto per l'implementazione dei contratti di prestazione, al terzo anno di sperimentazione, permette di aumentare il numero di enti coinvolti (fondazione Varini di Orselina, fondazione La Fonte di Neggio, Ingrado di Lugano). Hanno continuato la loro attività i diversi gruppi di lavoro, in particolare quelli dediti alla sperimentazione e allo sviluppo di diversi strumenti di management (contabilità analitica e catalogo delle prestazioni).

Sono iniziati i lavori preliminari per l'entrata in vigore della nuova ripartizione dei compiti fra Confederazione e Cantoni. Sia a livello cantonale che a livello federale sono stati costituiti gruppi di lavoro, dove l'Ufficio degli invalidi è rappresentato dal capoufficio.

La neocostituita Commissione consultiva della Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) si riunisce per la prima volta durante il mese di dicembre 2005.

La Commissione si prefigge di affrontare importanti dossier quali, ad esempio, l'entrata in vigore della nuova perequazione dei compiti, la revisione della LISPI, l'identificazione di nuovi modelli di presa a carico e di integrazione professionale, nonché di sottoporre al Consiglio di Stato suggerimenti generali o particolari relativi al settore dell'andicap.

Breve commento ai dati finanziari 2004 contenuti nell'allegato statistico

Nel 2004 (ultimi dati di competenza disponibili) si osserva una leggera inversione di tendenza (riduzione) nell'evoluzione del costo giornaliero rispetto al periodo 1999-2003. Tale evoluzione è stata in parte possibile grazie ad economie di scala (la nuova offerta potenzia l'esistente più che esservi aggiunta) e in parte grazie all'esercizio di contenimento dei costi svolto a tutti i livelli.

Nonostante la prospettata diminuzione del sussidio federale (dato non ancora definitivo), i ricavi sono aumentati in modo importante in seguito ad una variazione della retta giornaliera corrisposta dagli ospiti collocati. Essa è stata possibile grazie ad un adeguamento delle Prestazioni complementari ricevute dagli stessi ospiti.

Invalidi minorenni

4.T32

Questo settore rimane caratterizzato da un'importante intensificazione delle ore di presa a carico al di fuori del regolare orario e calendario scolastico, in seguito all'aggravamento delle condizioni psico-fisiche dei minori accolti.

Affetti spesso da invalidità e/o malattie congenite, i giovani ospiti richiedono assistenza e cure sanitarie continue che le famiglie non sono in grado di gestire autonomamente.

Per quanto riguarda il settore si ricorda inoltre che:

- il sussidio UFAS finanzia quasi esclusivamente le prestazioni erogate durante l'orario scolastico, di conseguenza l'importante aumento delle ore di assistenza al di fuori di tale fascia può generare una riduzione percentuale della quota di copertura del deficit da parte della Confederazione;
- la partenza dei docenti delle classi speciali presenti nelle istituzioni private, precedentemente a carico del DECS, viene rimpiazzata da nuovo personale a carico del DSS. Questo si traduce in un aumento dei costi a parità di prestazioni erogate;
- la partenza di personale religioso e la conseguente sostituzione con personale laico causa un aumento dei costi a parità di prestazioni erogate;

- sono iniziate le trattative per il trasferimento ad un altro Ente dell'Istituto Sant'Angelo di Castel San Pietro, in seguito alla volontà manifestata da parte della Congregazione proprietaria di ritirarsi entro il 2010. Fra gli interessati a subentrare vi sono enti del settore ed altri interlocutori che intendono costituire una nuova fondazione;
- sono iniziati i lavori preliminari per l'entrata in vigore della nuova ripartizione dei compiti fra Confederazione e Cantoni. Sia a livello cantonale che a livello federale sono stati costituiti degli appositi gruppi di lavoro in cui l'Ufficio è rappresentato.

Breve commento ai dati finanziari 2004 contenuti nell'allegato statistico

I dati di competenza 2004 (ultimi disponibili) rilevano una leggera inversione di tendenza (riduzione) rispetto all'evoluzione del costo giornaliero osservato nel periodo 1999-2003. Tale evoluzione è stata in parte possibile grazie all'ottimizzazione dell'offerta esistente (aumento delle giornate di presenza) ed in parte grazie all'esercizio di contenimento dei costi richiesto alle strutture. Essa si ripercuote positivamente anche sul disavanzo a carico del Cantone.

Anche se il dato esposto nelle tabelle non è definitivo, la prospettata diminuzione del sussidio federale per giornata di presenza è stata parzialmente bilanciata dall'aumento delle giornate sussidiate e dal riconosciuto aggravamento della tipologia degli utenti (elemento considerato per la determinazione dei sussidi UFAS).

4.4.5.1.4 Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia

Giovani

4.T33

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

- Il lavoro eseguito in collaborazione con la Commissione cantonale per la gioventù per disciplinare tramite Regolamento l'istituzione del Consiglio cantonale dei giovani, come da modifica della Legge giovani del 24 gennaio 2005. Segnaliamo che il quinto Consiglio cantonale dei giovani è stato organizzato nella primavera 2005 direttamente dai giovani;
- La realizzazione della "Carta delle politiche giovanili", nata dalla collaborazione tra alcuni enti attivi nel settore, la Commissione cantonale per la gioventù e l'UGMI. La Carta è il frutto della partecipazione ai lavori di quasi cento persone, tra adulti e giovani, che hanno cercato di allestire uno strumento semplice ed utile per tutti coloro che possono facilitare lo sviluppo di nuove iniziative, soprattutto a livello locale;
- Il riconoscimento di tre nuovi Centri di attività giovanile: Viganello, Bioggio e Claro. Complessivamente, i Centri di attività giovanile riconosciuti attivi in Ticino sono tredici. I centri di attività giovanile che sono stati aperti e riconosciuti dopo l'entrata in vigore della Legge giovani il 20 giugno 1997 sono sette: Bellinzona, Breganzona, Coldrerio, Quinto, Agno, Bioggio e Claro;
- l'ampliamento del sito web dedicato ai giovani (www.ti.ch/Infogiovani).

Maternità, infanzia, fanciullezza e adolescenza

Nell'anno in rassegna segnaliamo in particolare:

- applicazione del Regolamento concernente la concessione di sussidi per le spese di esercizio ai nidi dell'infanzia del 5 ottobre 2004. Nel 2005 sono stati versati i primi acconti per sostenere l'esercizio dei Nidi dell'infanzia riconosciuti ai sensi della Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie - Lfam) del 15 settembre 2003, entrata in vigore con l'inizio del 2005 unicamente per i Nidi dell'infanzia.
- Applicazione delle nuove disposizioni in materia di rilascio dell'autorizzazione agli asili nido disciplinati dal 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 modificato il 1° dicembre 2004 per dare seguito alle normative dell'Or-

dinanza federale sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione e di adozione del 19 ottobre 1977. La modifica del Regolamento di applicazione ha sostituito, inglobandoli, i dispositivi di una Direttiva dipartimentale, adottata nel 2001 per assicurare un primo regime di vigilanza ai Nidi dell'infanzia confrontati con un'attività particolarmente delicata.

- A fine dicembre 2005 i Nidi dell'infanzia autorizzati secondo questo nuovo dispositivo erano 29, per un numero complessivo di 608 posti: +17% rispetto ai dati di fine 2004 **T**. 4.T36
Segnaliamo inoltre, in questo specifico settore, l'inizio della formazione di apprendistato anche presso gli asili nido promossa dalla Divisione della formazione professionale.
- Lo scorso 29 dicembre 2005 è stata trasmessa all'Ufficio federale di giustizia (UFG) la documentazione sulla nuova pianificazione federale delle strutture di accoglienza per minorenni riconosciuti ai sensi della Legge federale sulle prestazioni della Confederazione nel campo dell'esecuzione delle pene e delle misure, come pure la documentazione sui criteri di qualità stabiliti dall'UFG per l'esame di riconoscimento, allestita da ogni singolo Istituto nel corso del 2005. Durante i primi mesi del 2006 giungeranno in Ticino i commissari dell'UFG per procedere all'esame di riconoscimento in ogni singolo Istituto sociale.
- Adozione generalizzata dei contratti di prestazione con gli Istituti sociali, e perfezionamento dei suoi contenuti, in particolare: prestazioni erogate dagli istituti sociali; struttura della contabilità analitica e primo 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 2004, 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, segnaliamo che, nel 2005, alle colonie di vacanza riconosciute è stato deciso in sede di preventivo un contributo fisso per giornata di presenza/ospite, commisurato alle prestazioni sociali fornite da ogni singola colonia di vacanza. La neo costituita Commissione cantonale per le colonie di vacanza ha provveduto durante l'estate 2005 ad alcune visite durante lo svolgimento dei turni estivi di vacanza per comprendere bisogni, necessità e problematiche legate al promovimento del settore.

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

Sono 13 gli utenti che hanno terminato la (ri)formazione nei seguenti settori: cucina (1); giardinaggio (2); meccanica (3), orologeria (4), commercio (1).

14 utenti hanno continuato la (ri)formazione presso un altro datore di lavoro.

Durante l'anno sono stati organizzati 57 periodi di stages di approfondimento o di collocamento all'esterno del CFPS.

All'attenzione dei vari uffici AI sono stati redatti 113 rapporti.

Sono stati effettuati 67 colloqui d'ammissione.

Sono continuati gli investimenti nel Centro, necessari sia al risanamento della struttura, sia all'insediamento nella medesima struttura del nuovo "Centro di accertamento professionale" (CAP) che, tramite convenzione con l'UFAS, inizierà ad operare nel 2006.

Per quanto riguarda gli investimenti, sono stati attribuiti i mandati alle ditte interessate. I lavori di ristrutturazione inizieranno nel corso del 2006 e dovrebbero concludersi entro la fine dell'anno.

Per quanto attiene al nuovo "Centro di accertamento professionale" (CAP) è già stato sottoscritto con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali il relativo contratto di prestazione, che prevede 60 accertamenti all'anno.

4.4.5.2 Ufficio del servizio sociale

Il numero complessivo delle situazioni trattate dall'Ufficio nel corso dell'anno è diminuito di quasi il 5%. Una variazione media che coinvolge in modo diverso le sedi operative regionali. Infatti a Mendrisio e Bellinzona i casi sono aumentati, mentre a Lugano, Locarno e Biasca sono diminuiti ①.

4.T38

Fra le possibili spiegazioni di tali variazioni ne citiamo una di carattere organizzativo, relativa alla rotazione del personale (con inevitabili tempi d'attesa per le sostituzioni): ne conseguono momenti (mesi) in cui le sedi non sono in grado di assumere nuove segnalazioni; una seconda ragione è relativa all'orientamento delle prestazioni dell'Ufficio, sempre più rivolte alle famiglie con figli minorenni, e alla migliore collaborazione con alcuni servizi sociali comunali.

Per quanto concerne le fonti delle segnalazioni si rileva una maggiore quota di autosegnalazioni e di segnalazioni da parte delle autorità, soprattutto Commissioni tutorie regionali. Diminuiscono invece le segnalazioni da parte di altri servizi sociali, istituti o uffici amministrativi ①. Segnaliamo infine che i casi di nuovo avvio durante il 2005 rappresentano quasi il 50% del totale dei casi trattati ①.

4.T40

4.T41

Continua l'aumento delle vittime di reati penali (+11,5% rispetto al 2004). La percentuale di vittime donne si conferma nell'ordine di 3 su 4. Le vittime minorenni rappresentano circa 1/3 del totale. L'aumento è da ricondurre in particolare ai numerosi casi segnalati direttamente dalla Polizia cantonale inerenti alla violenza domestica, reato perseguibile d'ufficio a partire dal 1° aprile 2004 ①.

4.T43

4.4.5.3 Ufficio del tutore ufficiale

Nell'anno in rassegna, l'Ufficio si è occupato della rappresentanza di 350 persone maggiorenni e di 287 minorenni. Nel 2005, il numero dei mandati di rappresentanza di persone adulte è diminuito di 15, quello a favore di minorenni di 22 (in particolare, la diminuzione si manifesta nel settore dei richiedenti l'asilo minorenni non accompagnati). L'assunzione di 118 mandati nuovi e la chiusura di 155 mandati nel corso dell'anno è coerente con lo sforzo dell'ufficio di accettare i mandati più complessi e di valorizzare per gli altri il lavoro di tutrici e tutori volontari, in virtù del principio di sussidiarietà. In particolare sono state assunte 19 nuove curatele educative a favore di bambini che hanno comportato un importante lavoro in rete. Inoltre, sono stati assunti 15 mandati di interdizione di maggiorenni. Viene confermata la tendenza a occuparsi fin dall'inizio della presa a carico dei mandati difficili di protezione di minori e pure il fatto di essere chiamati a subentrare a tutori volontari in difficoltà per la complessità dell'incarico e la personalità dell'utente. Le ① allegate illustrano dettagliatamente il tipo di situazioni che danno luogo all'intervento del Tutore ufficiale. L'Ufficio ha pure effettuato numerose consulenze a tutori volontari, alle commissioni tutorie regionali, ai servizi sociali, alle autorità scolastiche ed ai cittadini. E' poi stata assicurata la collaborazione per il Delegato alla formazione per gli Enti locali e altri enti privati con 15 ore di insegnamento a favore dei tutori volontari.

4.T25, 26

Il patrimonio amministrato (attivi e passivi) è passato dal 1996 al 2005 da franchi 22.753.635,82 a 21.105.700,31. Questa variazione dipende molto dalla situazione individuale dei clienti. Il denaro viene collocato a interesse soprattutto presso la Banca dello Stato. Le operazioni contabili sono in leggera diminuzione; 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, nel 2005: 48.642.

L'intervento dell'Ufficio del tutore ufficiale è un intervento d'autorità. Nel corso dell'anno l'Ufficio è stato confrontato con alcune situazioni di minacce serie per le quali è stata presentata querela, sono state emesse diffide per violazione di domicilio (186 CPS), e chiesto privazioni della libertà a scopo d'assistenza. In un caso si è dovuto richiedere l'in-

tervento urgente delle forze di polizia. Un pupillo è stato condannato per minacce nei confronti di tutori.

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). Nel corso dell'anno è stato organizzato il primo corso di preparazione all'adozione che è stato molto apprezzato. La **T** 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 a 40 fra il 1996 ed il 2005; dal 1995 all'anno in rassegna, 443 bambini sono stati accolti, di cui 106 dall'Europa (14 dalla Svizzera), 63 dall'Africa, 156 dall'Asia (92 dalla Thailandia) e 118 dall'America.

4.T27

4.4.5.4 Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento

Come già indicato al punto 4.4.4, anche nel 2005 si è constatato un importante aumento delle domande di assistenza.

Sono state presentate 1.840 nuove domande (media mensile di 153), di cui 1.470 (circa 80%) sono sfociate in una decisione positiva.

Dalla **T** risulta che in dicembre 2005, 2.594 UR hanno ricevuto prestazioni finanziarie per un totale di 4.008 persone (+364 UR e +626 persone rispetto a dicembre 2004). Delle 4.008 persone beneficiarie, 2.594 sono i titolari del diritto e 1.414 i loro familiari.

4.T24

Il 95% delle prestazioni è assegnato a domicilio (il rimanente è destinato a persone collocate in vari tipi d'istituto o alloggi collettivi).

La struttura dei beneficiari non è fondamentalemente cambiata rispetto a dicembre 2004. Nel 69% dei casi, le UR sono formate da una sola persona, mentre le famiglie numerose (5 o più persone) sono solo il 2% del totale delle UR beneficiarie. I titolari del diritto giovani (<20 anni) sono solo 36 (1,4%, ma nel dicembre 2004 erano meno della metà, 13), quelli anziani (60 e più anni di età) solo l'8% del totale. Gli svizzeri sono il 63%, gli stranieri il 37%. Oltre la metà (55%) dispone di una formazione post-obbligatoria, il 45% ha al più terminato la scuola dell'obbligo. Solo il 10% esercita un'attività lucrativa: si tratta per lo più di occupati a tempo parziale, irregolari, su chiamata. Fra i non occupati (90% dei titolari del diritto), emergono due gruppi: i disoccupati (sono il 41%, 36% senza indennità di disoccupazione e 5% con indennità insufficienti) e le persone escluse dal lavoro a causa dello stato di salute compromesso (26%).

Misure attive. Nell'anno in rassegna sono stati promossi 96 nuovi programmi di inserimento professionale (PIP). Il numero assai limitato rispetto agli anni precedenti (2003: 223; 2004: 296) è stato determinato dalla diminuita disponibilità finanziaria; inoltre, nel corso del 2005 sono stati continuati e conclusi numerosi programmi già iniziati l'anno precedente. Per migliorare l'efficacia di questa misura attiva, si è perfezionato il preesistente accordo di collaborazione con la Sezione del lavoro e i suoi uffici di collocamento. Lo scopo non è solo di meglio definire le capacità lavorative dell'utente, e quindi di concretizzare il programma d'inserimento più adeguato fra quelli disponibili, ma anche di migliorare le possibilità di collocamento della persona beneficiaria di prestazioni assistenziali. L'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, prima di promuovere un PIP, chiede al competente Ufficio regionale di collocamento di formulare un preavviso sul grado di collocabilità del candidato. L'accordo prevede pure che il partecipante al programma sia convocato regolarmente dal consulente del personale dell'Ufficio regionale

di collocamento. Per parecchi beneficiari di PIP è stata introdotta una nuova modalità operativa che dovrebbe facilitare la ricerca attiva di un lavoro non sussidiato: il cosiddetto 6+6+6. Secondo questo approccio, si promuove un primo programma di lavoro temporaneo di soli sei mesi, durante il quale vige comunque l'obbligo della ricerca di un lavoro nel mercato ordinario del lavoro; nel successivo semestre, l'utente ed il suo consulente si impegnano con intensità maggiore nel reperire una possibilità occupazionale; se, al termine di questa seconda fase, l'utente risultasse ancora disoccupato, potrebbe beneficiare di un secondo periodo di lavoro temporaneo, che gli permetterà almeno (se nel frattempo non trova occupazione definitiva) di poter usufruire nuovamente del diritto alle prestazioni previste dalla legge sulla disoccupazione.

E' pure continuata nel 2005 la collaborazione con i consulenti esterni ai quali è stata assegnata la competenza di valutare la situazione e le potenzialità di beneficiari di prestazioni assistenziali con problemi multipli. Vengono segnalati mensilmente ai due operatori (uno psicologo e un'assistente sociale) una trentina di nominativi per l'allestimento di un parere sulla situazione economica-familiare, sui progetti di vita e di lavoro, sulle proposte di "misure attive" che potrebbero facilitare la riconquista dell'autonomia.

Anticipo e recuperi alimenti. Il Regolamento concernente l'anticipo e l'incasso degli alimenti per i figli minorenni del 18 maggio 1988 è stato modificato il 1° gennaio 2005 con l'introduzione del nuovo articolo 10 cpv.2 che limita l'erogazione della prestazione ad un periodo massimo di 60 mesi cumulativi. Questa misura è stata adottata dal Consiglio di Stato con il Messaggio sul Preventivo 2005 nell'ambito delle misure di contenimento delle spese. L'importo anticipabile è quello definito dalla sentenza o dalla convenzione alimentare, ritenuto un massimo mensile di fr. 700.- per minore.

A dicembre 2004 l'Ufficio anticipava la pensione alimentare per 1.184 casi, a gennaio 2005 per 1.143 ed a dicembre 2005 per 620. L'introduzione della nuova normativa ha determinato una rilevante riduzione dei beneficiari di anticipo alimenti. Per effetto della norma transitoria, le decisioni emanate prima del 1° gennaio 2005, di regola con validità annuale, sono rimaste in vigore sino alla loro scadenza. Di conseguenza la diminuzione non è avvenuta immediatamente ad inizio anno, bensì è riscontrabile mensilmente.

Nel corso del 2005 sono state presentate 228 nuove domande di anticipo (255 nel 2002, 274 nel 2003, 252 nel 2004) non tutte favorevolmente accolte.

Le pratiche di recupero tuttora aperte nei confronti delle persone obbligate al versamento assommano a 2.249 a fine 2005 (2.814 un anno prima). Esse concernono sia i casi ancora attivi nell'ambito dell'anticipo (620 a dicembre 2005), sia quelli per i quali non sono più effettuati versamenti ma sono ancora in corso le procedure di rimborso (direttamente nei confronti dell'obbligato e per il tramite di azioni civili). Nel 2005 l'Ufficio ha avviato 43 querele per trascuranza degli obblighi di mantenimento (art. 271 del Codice penale svizzero) contro 30 nel 2003 e 62 nel 2004.

Richiedenti l'asilo e persone ammesse provvisoriamente. Nel corso del 2005, in Svizzera il numero delle nuove domande di asilo è ulteriormente diminuito (10.061 contro 14.248 nel 2004, con una diminuzione del 29,4%). Al Cantone Ticino, in considerazione della chiave di ripartizione in vigore, sono stati attribuiti 336 nuovi richiedenti l'asilo. Essi hanno trovato una prima ospitalità nei Centri di accoglienza della Croce Rossa Svizzera Sezione del Luganese. Questa nuova, forte diminuzione, e l'aumento delle decisioni negative e di quelle di non entrata nel merito (NEM), hanno comportato la chiusura di diversi Centri. Alla fine dell'anno solo 5 Centri sono ancora operativi: essi permettono di ospitare complessivamente circa 400 richiedenti l'asilo.

Le persone ammesse provvisoriamente, il cui soggiorno nel Cantone dovrebbe protrarsi nel tempo, sono invece autorizzate a locare appartamenti individuali; l'accompagnamento di que-

ste persone è assicurato da SOS Ticino, con sedi operative a Bellinzona, Locarno e Lugano. Per l'aiuto d'urgenza ai cosiddetti NEM, anche nel 2005 si è fatto capo a strutture della protezione civile quale luogo di soggiorno temporaneo.

4.4.5 5 Ufficio/Servizio dell'abitazione

A partire dal primo settembre 2005, l'Ufficio dell'abitazione è stato sostituito dal nuovo Servizio dell'abitazione creato in seno all'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (USSI). Vi sono attivi i 3,5 collaboratori rimasti dopo il ridimensionamento del precedente Ufficio dell'abitazione. Il Servizio assicura la continuità delle attività di erogazione dei sussidi e di controllo.

La promozione dell'alloggio da parte della Confederazione e del Cantone in base alla Legge federale che promuove la costruzione di abitazioni e l'accesso alla loro proprietà del 4 ottobre 1974 e alla Legge cantonale sull'abitazione del 22 ottobre 1985 è terminata il 31 dicembre 2001.

Il versamento degli aiuti ricorrenti per gli impegni assunti e tuttora operanti è ammontato, nel 2005, a 27,8 milioni di franchi (16,95 milioni a carico della Confederazione e 10,85 milioni a carico del Cantone) **T**.

4.T47

L'effettivo delle abitazioni sussidiate (con sussidio federale o cantonale) ammonta complessivamente a 7.869 unità, di cui 5.040 in locazione e 2.829 in proprietà **T**.

4.T45, 46

Le abitazioni con (solo o anche) sussidio cantonale, nel 2005, sono 5.208 (4.243 abitazioni affittate e 965 in proprietà) **T**.

4.T44, 46

I sussidi pagati nel 2005 per favorire il miglioramento delle condizioni di abitazione nelle regioni di montagna, conformemente alla Legge federale 20 marzo 1970 e al Decreto legislativo del 29 marzo 1972, ammontano a fr. 155.150.- (fr. 81.460.- a carico della Confederazione e fr. 73.690.- a carico del Cantone). Le abitazioni sussidiate nell'ambito di quest'azione sono solo 3 **T**.

4.T47

Con decisione del Gran Consiglio (Decreto legislativo concernente l'aumento del capitale sociale di Logis Suisse (Ticino) SA del 12 ottobre 2005) la partecipazione del Cantone al capitale sociale di Logis Suisse (Ticino) SA è stata aumentata di fr. 3.500.000.- per permettere a questo operatore immobiliare d'utilità pubblica di rilevare da una società creata dalla Confederazione (la SAPOMP SA) la proprietà di ben 325 alloggi sussidiati, a condizioni molto vantaggiose.