

Rapporto

numero	data	Dipartimento
7227 R	9 novembre 2017	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 4 ottobre 2016 concernente la revisione parziale della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (legge sanitaria)

INDICE

1.	INTRODUZIONE	2
2.	LE PRINCIPALI MODIFICHE DELLA REVISIONE PARZIALE	2
2.1	Adeguamenti alle nuove leggi federali in ambito sanitario	2
2.2	Prestatori di servizio transfrontalieri	4
2.3	Aggiornamento dell'elenco delle professioni regolamentate	5
2.4	Obbligo di autorizzazione per i servizi ambulatoriali	5
2.5	Maggiore efficacia in ambito di vigilanza	5
2.6	Estensione dell'obbligo di segnalazione dei reati	8
3.	LAVORI COMMISSIONALI	8
4.	RIASSUNTO DELLE AUDIZIONI	9
4.1	Audizione 2.2.2017 del Presidente dell'Ordine dei medici dentisti signor Lorenzo Reali e del suo successore designato signor Tazio Gada, audizione della Presidente della Sezione Ticino di Swiss Dental Hygienists signora Lisa Boschetti	9
4.2	Audizione 16.2.2017 della Presidente dell'Associazione Svizzera Infermieri Sezione Ticino (ASI)	10
4.3	Audizione 30.3.2017 della responsabile settore infermieristico EOC signora Yvonne Willems Cavalli	10
4.4	Audizione 30.3.2017 del Capo Ufficio di sanità signor Stefano Radczuweit	11
4.5	Audizione 13.4.2017 del Giudice Mauro Ermani, Presidente della Commissione di vigilanza sanitaria del Cantone Ticino	11
4.6	Audizione 8.6.2017 del Procuratore generale, Avv. John Noseda	11
4.7	Audizione 8.6.2017 del Dr. med. Bausch, Presidente della Società ticinese di psichiatria e psicoterapia	11
4.8	Audizione 26.10.2017 del Dr. med. Giorgio Merlani, Medico cantonale e nuovamente del Lic. jur. Stefano Radczuweit, Capo Ufficio di sanità	12
5.	ANALISI E COMMENTI DEI SINGOLI ARTICOLI DI LEGGE PRESENTATI NEL MESSAGGIO GOVERNATIVO	12
6.	CONCLUSIONE	38

* * * * *

1. INTRODUZIONE

La Legge sanitaria cantonale è stata adottata dal Parlamento ticinese il 18 aprile 1989, in sostituzione della legge del 1954 ed è una delle prime leggi in Svizzera che ha codificato i diritti e le libertà dei pazienti.

I suoi obiettivi sono ancora attuali, ma dall'ultima revisione importante, che risale al 2000, vi sono stati molti cambiamenti che hanno più o meno direttamente influito sul contesto in cui questa legge è chiamata a operare.

Primo fra tutti la globalizzazione, che per noi si è tradotta nella firma degli Accordi bilaterali con l'Unione europea nel 2001 e nella conseguente apertura del mercato sanitario (riconoscimento dei titoli e procedura agevolata per i prestatori di servizi transfrontalieri), che ha portato a un aumento esponenziale e costante del numero di operatori attivi in Ticino con un impatto marcato sulla vigilanza sanitaria e sui costi di sanità.

Inoltre, sulla scia degli Accordi bilaterali la Svizzera ha conosciuto un'importante evoluzione e tendenza alla centralizzazione del disciplinamento delle professioni sanitarie, con l'adozione di nuove leggi federali. Ciò ha condotto a una frammentazione sempre più marcata delle basi legali e a una perdita progressiva delle competenze cantonali in questo settore.

Si è quindi creata l'esigenza di adeguare e completare il quadro normativo cantonale ai nuovi scenari, allineandolo al diritto federale, da una parte, e completandolo, dall'altra, nel limite delle competenze che ancora restano al legislatore ticinese.

Il fattore scatenante di questo processo di revisione è tuttavia attribuibile all'entrata in vigore in Svizzera, il 1° settembre 2013, della (nuova) procedura europea di verifica semplificata dei diplomi per i prestatori di servizi transfrontalieri (cosiddetti prestatori 90 giorni).

2. LE PRINCIPALI MODIFICHE DELLA REVISIONE PARZIALE

Dopo una procedura di consultazione che ha coinvolto 57 attori sanitari fra Ordini professionali, Autorità e Associazioni e che ha raccolto una buona rispondenza (30 risposte, 10 prese di posizione spontanee, generale condivisione delle proposte di revisione), nell'ottobre 2016 è stato licenziato il messaggio con il quale il Consiglio di Stato ha sostanzialmente confermato l'impianto proposto con l'avamprogetto.

Le maggiori modifiche riguardano i seguenti ambiti.

2.1 Adeguamenti alle nuove leggi federali in ambito sanitario

Uno dei principali compiti che la Legge sanitaria attribuisce allo Stato è quello della vigilanza sugli operatori sanitari, i quali, svolgendo un'attività ritenuta potenzialmente pericolosa per la popolazione, sono soggetti a verifica dei loro titoli e delle loro qualità personali.

Se un tempo le regole e i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni erano di esclusiva competenza dei Cantoni, sotto la spinta della firma degli Accordi bilaterali con l'Unione

europea, in vigore dal 2002, si è assistito a una progressiva concentrazione di competenze sanitarie nelle mani della Confederazione, pur senza una base costituzionale legale chiara (cfr. *"Il sacrificio del federalismo sanitario sull'altare dello spazio economico svizzero omogeneo, con uno sguardo alla nuova legge sul mercato interno generale"*, di Lic. Jur. Radczuweit, in TtiD/I-2010, pagg. 357 segg.)

Dall'1.9.2007 l'attività indipendente degli operatori nelle professioni mediche universitarie (medici, dentisti, farmacisti, chiropratici e veterinari) è disciplinata a livello federale dalla Legge federale sulle professioni mediche universitarie [LPMed; RS 811.11]. Questa legge definisce in modo esaustivo, fra altre cose, i requisiti relativi all'autorizzazione d'esercizio della professione medica universitaria, mentre l'attività dipendente di queste cinque categorie di operatori sanitari continua a essere disciplinata dalla Legge sanitaria cantonale. Vale la pena precisare a questo proposito che con la revisione del 20.3.2015 della LPMed (cfr. RU 2015 pag. 5081) il campo di applicazione della stessa è stato esteso a ogni attività economica (nell'ambito delle professioni mediche universitarie) svolta nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale, indipendentemente dallo statuto dell'operatore (impiegato o indipendente). Questa modifica entrerà in vigore l'1.1.2018 e da quel momento la LPMed non si applicherà più soltanto al personale medico universitario che esercita a titolo indipendente ai sensi della legislazione sull'AVS e fiscale, ma cadranno sotto le disposizioni della LPMed anche i medici dipendenti presso le cliniche private che esercitano sotto la propria responsabilità professionale. Gli altri operatori universitari saranno invece (sempre a partire dal 2018) disciplinati dal diritto cantonale, fatti salvi l'obbligo di iscrizione al Registro federale Medreg e l'obbligo di disporre di conoscenze linguistiche necessarie all'esercizio della professione, a cui saranno tenuti tutti gli operatori delle professioni mediche universitarie, indipendentemente dal loro statuto (indipendente o dipendente) o dal fatto che siano attivi nel settore pubblico o privato.

Per il nostro Cantone ciò significa che l'Ufficio di sanità potrà rilasciare un'autorizzazione all'esercizio dipendente o indipendente unicamente se la persona in questione sarà iscritta nel registro federale Medreg e disporrà pertanto di titoli riconosciuti o valutati come sufficienti dalla Mebeko.

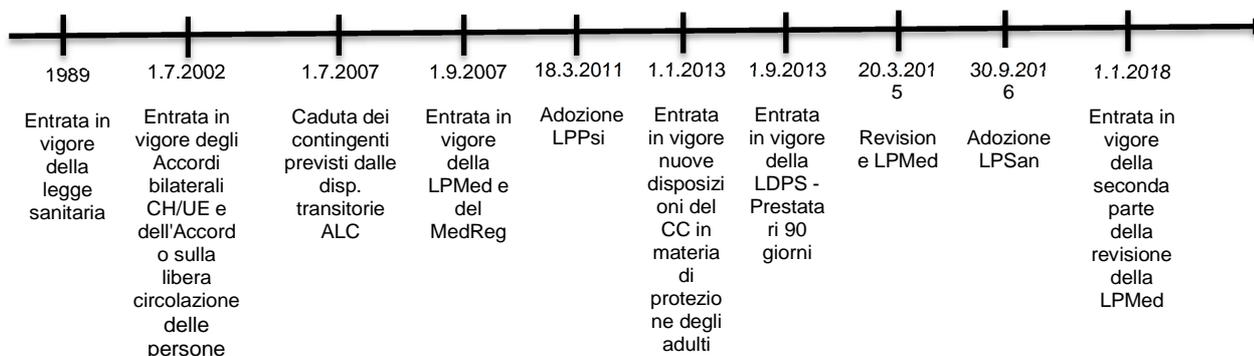
Oltre che per le professioni mediche universitarie la tendenza alla centralizzazione del disciplinamento delle professioni sanitarie ha portato all'adozione della Legge federale sulle professioni psicologiche (LPPSi), in vigore dal 1.4.2013, che disciplina l'autorizzazione e l'attività indipendente (intesa come attività nel settore privato e sotto la propria responsabilità) dello psicoterapeuta e la tutela del titolo di psicologo, e della Legge federale sulle professioni sanitarie del 30.9.2016 (LPSan), non ancora in vigore, che disciplinerà l'attività sotto la propria responsabilità professionale degli operatori sanitari con formazione a livello di scuole universitarie professionali.

Questa frammentazione di competenze (tra Cantoni e Confederazione) obbliga di fatto i Cantoni ad allinearsi con le proprie disposizioni sulle professioni sanitarie al modello della LPMed e delle altre leggi federali, *«così da creare almeno un quadro armonizzato e comprensibile»* (cfr. Stefano Radczuweit, ibidem).

A ciò si aggiungono altri (nuovi) atti normativi federali, posteriori alla revisione della Legge sanitaria del 2000, con un impatto più o meno diretto sulla nostra legislazione sanitaria cantonale e che richiedono pertanto un aggiornamento della stessa. Si tratta della creazione di nuovi percorsi formativi che abilitano al libero esercizio, della revisione del Codice civile svizzero (CCS) in materia di protezione dell'adulto (mandato precauzionale,

direttive anticipate e rappresentanza in caso di provvedimenti medici) e dell'adozione della Legge federale concernente la ricerca sull'essere umano del 30.9.2011 [RS 810.30; LRUm], nonché della Legge federale sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano del 28.9.2012 (RS 818.101, LEp) e della Legge federale sui trapianti di organi, tessuti e cellule dell'8.10.2004 [RS 810.21; Legge sui trapianti].

Figura 1: L'evoluzione del quadro normativo sanitario



2.2 Prestatori di servizio transfrontalieri

Per quanto riguarda gli operatori sanitari provenienti dall'estero, un importante cambiamento del quadro normativo è intervenuto con l'entrata in vigore, il 1° settembre 2013, della Legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate [RS 935.01; LDPS]. Questa legge federale ha ripreso in Svizzera le disposizioni europee della Direttiva 2005/36/CE, applicabili nel nostro Paese in virtù degli Accordi bilaterali, in materia di qualifiche professionali dei prestatori di servizi transfrontalieri fino a un massimo di 90 giorni nelle professioni regolamentate.

Per le professioni sottoposte a un particolare controllo le disposizioni europee prevedono un'importante distinzione tra le verifiche che lo Stato ospitante può effettuare nei confronti di cittadini stranieri che intendono stabilirsi nel Paese ospitante e le verifiche che possono invece essere attuate nei confronti dei prestatori di servizi transfrontalieri fino a un massimo di 90 giorni. Per questi ultimi la procedura di verifica delle qualifiche professionali e del rilascio del conseguente nulla osta è semplificata e parzialmente elettronica e non può durare complessivamente più di due mesi dal completamento della domanda.

Se l'autorità competente in materia di autorizzazioni e vigilanza non rispetta i termini il suo silenzio è considerato come assenso (5 cpv. 1 lett. b LDPS); il prestatore di servizi potrà pertanto iniziare immediatamente a svolgere la propria attività nel paese ospitante.

La legislazione prevede tuttavia la possibilità di effettuare un esame attitudinale se il diploma estero non è considerato equivalente, ma ciò deve essere previsto in una base legale.

Confederazione e Cantoni devono indicare quali sono le professioni considerate regolamentate ai sensi della normativa europea e devono inoltre predisporre la base legale per la verifica delle qualifiche.

La Confederazione lo ha fatto nella LDPS (art. 3 cpv. 2) e nella relativa ordinanza di applicazione (ODPS). Per quanto concerne le professioni disciplinate unicamente a livello

cantonale (in Ticino: logopedisti, osteopati, psicologi attivi in ambito sanitario, terapisti complementari ed estetisti), la base legale è stata creata all'art. 53a Disegno di legge e con l'aggiornamento della lista delle professioni regolamentate (art. 54 Disegno di legge).

2.3 Aggiornamento dell'elenco delle professioni regolamentate

Il messaggio in discussione prevede l'aggiunta di nove professioni esercitabili a titolo indipendente: agopuntore, arteterapeuta, audioprotesista, fisioterapista per animali, igienista dentale, massaggiatore medicale, osteopata, naturopata con diploma federale e terapeuta complementare con diploma federale.

L'aggiornamento si è reso necessario da una parte per riconoscere l'evoluzione del profilo professionale e del percorso formativo per talune professioni attualmente non esercitabili a titolo indipendente, pena la violazione della libertà economica (l'osteopata, l'igienista dentale, l'audioprotesista, l'arteterapeuta, il fisioterapista per animali, il naturopata con diploma federale e il terapeuta complementare con diploma federale); dall'altra parte per la necessità di precisare le professioni soggette ad autorizzazione per poter procedere alla verifica dei diplomi degli operatori esteri come spiegato al punto precedente.

È stata inoltre reintrodotta la competenza del Consiglio di Stato per estendere l'elenco delle professioni esercitabili a titolo indipendente (competenza che il Consiglio di Stato aveva perso nel 2000).

Per talune professioni si è infine proceduto ad alcune precisazioni: nuovi diplomi federali di naturopata e terapeuta complementare dal 2015; estensione delle prestazioni estetiche soggette ad autorizzazione mediante modifica del Regolamento (iniziativa Franscella); concetto maggiormente restrittivo della figura del guaritore; protezione della concorrenza sleale delle professioni sanitarie ausiliarie con diploma.

2.4 Obbligo di autorizzazione per i servizi ambulatoriali

Nell'attuale Legge sanitaria l'obbligo di autorizzazione concerne solo le attività esercitate da operatori singoli e da strutture stazionarie ma, salvo eccezioni (es. Spitex e centri diurni e notturni), non per i servizi ambulatoriali. La revisione in corso intende colmare questa lacuna anche per tenere conto dell'evoluzione verso i sempre più numerosi studi di gruppo organizzati in SA o Sagl e della necessità di controllare le qualifiche dei servizi esteri.

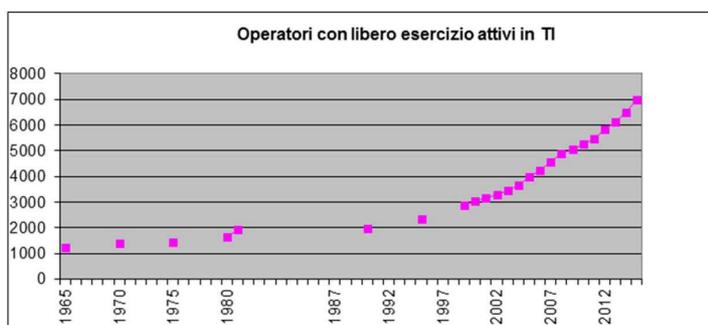
2.5 Maggiore efficacia in ambito di vigilanza

Gli Accordi bilaterali CH/UE e l'Accordo sulla libera circolazione delle persone hanno avuto un impatto devastante sul numero degli operatori sanitari con il libero esercizio attivi in Ticino con conseguenze dirette sui costi e sulla vigilanza sanitaria.

L'enorme aumento del numero di operatori sanitari sul territorio cantonale negli ultimi 12 anni ha comportato un'importante mole di lavoro supplementare a livello di rilascio di autorizzazioni (dal 2001 al 2015 le nuove autorizzazioni di libero esercizio rilasciate ogni anno dall'Ufficio di sanità sono aumentate del 340%) e un aumento delle procedure disciplinari e amministrative.

Gli operatori sanitari attivi in Ticino il 31 dicembre di ogni anno sono più che raddoppiati dal 2001 (anno immediatamente precedente l'introduzione dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone) al 2015 passando da 3'167 unità a 6'999 (figure 2 e 3). Oltre a questi vanno anche considerati gli operatori sanitari con libero esercizio, che esercitano l'attività a titolo dipendente non sotto la propria responsabilità professionale, i quali non abbisognano dell'autorizzazione al libero esercizio (ad esempio infermieri e medici ass)

Figura 2: Operatori con libero esercizio attivi in TI (fonte: Ufficio di sanità)



- 1996: aumento per l'entrata in vigore della LAMal
- 6.2002: ulteriore aumento per l'entrata in vigore dell'Accordo di libera circolazione

Figura 3: Evoluzione del totale degli operatori sanitari con libero esercizio attivi in TI (fonte: Ufficio di sanità)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
3167	3294	3395	3645	3938	4232	4531	4878	5044	5241	5472	5809	6116	6484	6999

Come sottolineato anche nel messaggio governativo, fatta eccezione per i medici, la cui progressione è strettamente correlata al regime delle moratorie per tutti gli altri operatori, dopo l'introduzione dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC), diversamente da quanto ci si poteva attendere, non vi è stato un picco iniziale all'apertura delle frontiere con successiva stabilizzazione delle cifre, ma l'aumento è stato costante e progressivo (figura 4).

Figura 4: Evoluzione degli operatori sanitari universitari con libero esercizio (fonte: Ufficio di sanità)

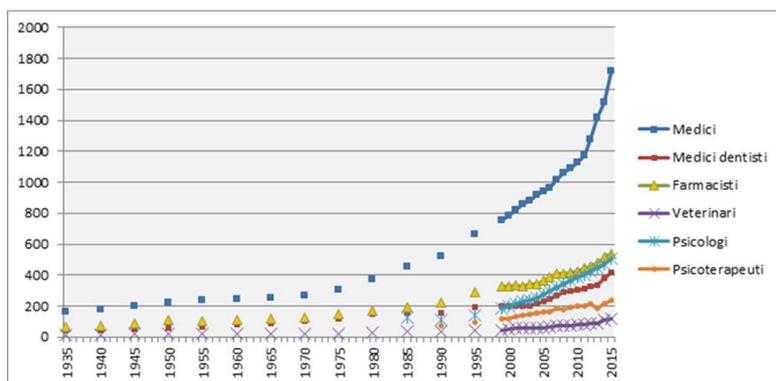
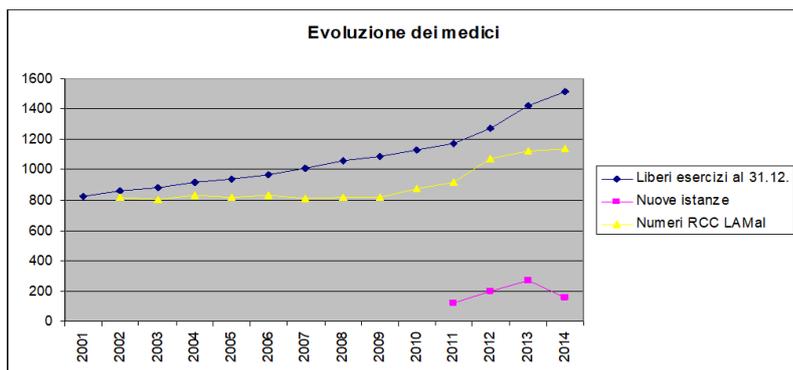
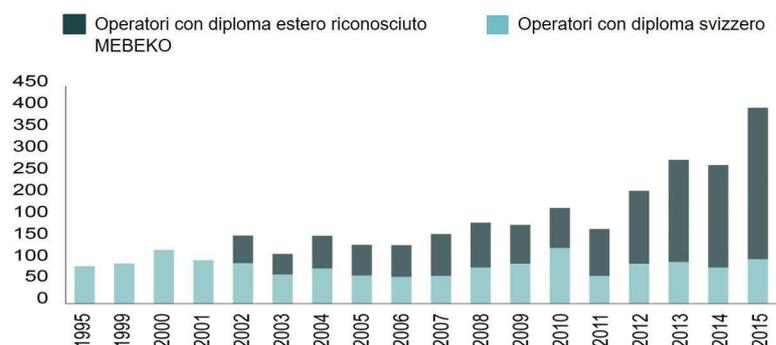


Figura 5: Evoluzione dei medici abilitati secondo la LAMal (fonte: Ufficio di sanità)



È importante tenere conto che l'aumento del numero dei medici, dei dentisti, dei farmacisti, dei veterinari, degli psicologi e degli psicoterapeuti, è da ricondurre all'arrivo di operatori stranieri in quanto, come mostra il grafico seguente (figura 6), il numero di nuove autorizzazioni di libero esercizio rilasciato ai titolari di diplomi svizzeri è rimasto costante, contrariamente a quanto avvenuto per gli operatori sanitari provenienti dall'estero.

Figura 6: Nuove autorizzazioni (medici, dentisti farmacisti, veterinari, psicologi e psicoterapeuti) - (fonte: Ufficio di sanità)



- Tendenza stabile per le nuove autorizzazioni di diplomati svizzeri
- Aumento costante delle nuove autorizzazioni di operatori sanitari con diploma estero
- 2015: aumento dovuto a un cambiamento nelle procedure (estensione dell'obbligo di libero esercizio per i medici ospedalieri)

Alla luce di questa significativa evoluzione si è ritenuto opportuno prevedere delle misure per rendere più efficace l'apparato della vigilanza sanitaria, attraverso la possibilità di sanzionare alcune infrazioni di tipo amministrativo senza dover coinvolgere la CVSan (si pensa alle infrazioni più di tipo amministrativo tipo alla pubblicità illegittima, alla violazione dell'obbligo di aggiornarsi, alla mancanza di assicurazione RC) e di delegare alcuni compiti di vigilanza (come previsto peraltro anche dalla LPMed) e competenze decisionali in ambito sanzionatorio a ordini e associazioni professionali. Questa delega è pensata su due livelli: il primo prevede la delega di certi compiti a tutti gli ordini e associazioni (per esempio relativi alla sorveglianza del territorio). Il secondo va oltre e prevede la possibilità di delegare anche decisioni a livello sanzionatorio, ma soltanto agli Ordini di diritto pubblico. Queste possibilità andranno comunque discusse con gli ordini singolarmente, in base alla loro struttura e organizzazione.

Sempre ai fini di una migliore vigilanza sanitaria, si è inoltre prevista la possibilità di sanzionare ed emanare divieti d'esercizio anche per le professioni sanitarie ausiliarie, di limitare il segreto professionale nei casi in cui il Medico cantonale necessiti di documentazione per l'espletamento della vigilanza, di prevedere l'obbligo di tenuta della cartella sanitaria anche per il farmacista, quello di disporre di locali adeguati dove conservare le cartelle sanitarie e infine di precisare le norme in caso di sostituzione per assenza di un operatore sanitario autorizzato.

2.6 Estensione dell'obbligo di segnalazione dei reati

L'attuale obbligo di segnalazione impone agli operatori sanitari di informare il Ministero pubblico dei casi di malattia, lesione o morte per causa certa o sospetta di reato venuti a conoscenza nell'esercizio della professione. Secondo la proposta in revisione l'obbligo viene esteso anche per altri reati perseguibili d'ufficio se perpetrati da altri operatori sanitari. Per questi reati, considerati meno gravi rispetto a quelli che ledono il bene giuridico dell'integrità fisica, il rapporto terapeutico è stato preservato. Inoltre si propone di vincolare all'obbligo di segnalazione anche le direzioni amministrative e sanitarie per i reati perpetrati dai propri dipendenti.

3. LAVORI COMMISSIONALI

La Commissione speciale sanitaria ha iniziato l'esame del messaggio governativo in data 2.2.2017 e si è riunita sul tema 13 volte prima di giungere alla firma del presente rapporto.

I lavori commissionali sono stati diretti da due presidenti che si sono susseguiti alla carica, dapprima Massimiliano Robbiani e in seguito Maristella Polli.

La Commissione speciale sanitaria, nell'analisi del messaggio in questione, ha ritenuto opportuno sentire in audizione i seguenti rappresentanti dei principali attori sanitari coinvolti nella sanità ticinese:

- 2 febbraio 2017: audizione del **Presidente dell'Ordine dei medici dentisti** Dr. Lorenzo Reali e del suo successore designato Dr. Tazio Gada;
- 2 febbraio 2017: audizione della **Presidente della Sezione Ticino di Swiss Dental Hygienists** signora Lisa Boschetti;
- 16 febbraio 2017: audizione della **Presidente Associazione Svizzera Infermieri Sezione Ticino** signora Luzia Mariani;
- 30 marzo 2017: audizione della **responsabile settore infermieristico EOC** signora Yvonne Willems **Cavalli**;
- 30 marzo 2017: audizione del Lic. jur. Stefano Radczuweit, **Capo Ufficio di sanità**;
- 13 aprile 2017: audizione del Giudice Mauro Ermani, **Presidente della Commissione di vigilanza sanitaria del Cantone Ticino**;
- 8 giugno 2017: audizione dell'avv. John Nosedà, **Procuratore generale** e del Dr. med. Paolo Bausch, **Presidente della Società ticinese di psichiatria e di psicoterapia**;
- 26 ottobre 2017: audizione del Dr. med. Giorgio Merlani, **Medico cantonale** e nuovamente del Lic. jur. Stefano Radczuweit, **Capo Ufficio di sanità**.

L'**Ordine dei medici del Cantone Ticino** non è stato convocato ufficialmente, poiché già sufficientemente rappresentato in Commissione dal suo presidente, Dr. med. Franco Denti.

4. RIASSUNTO DELLE AUDIZIONI

4.1 Audizione 2.2.2017 del Presidente dell'Ordine dei medici dentisti signor Lorenzo Reali e del suo successore designato signor Tazio Gada, audizione della Presidente della Sezione Ticino di Swiss Dental Hygienists signora Lisa Boschetti

Durante l'audizione sono state sollevate da parte dei dentisti sostanzialmente due problematiche principali: la prima riguarda la regolamentazione della pubblicità in ambito medico-dentistico; la seconda riguarda l'indipendenza delle igieniste dentali.

I medici dentisti sul territorio ticinese sono confrontati, peraltro alla pari dei loro colleghi medici, a forme di pubblicità dette "invasive", che spesso disorientano il paziente. In Italia, da anni la pubblicità non è più regolamentata e la tendenza a praticare una sorta di concorrenza sleale in ambito pubblicitario penalizza anche in Ticino chi segue il codice deontologico del proprio Ordine dei medici.

Per quanto concerne la problematica della pubblicità va ricordato che gli artt. 70 e 71 Legge sanitaria relativi a pubblicità e comparaggio sono stati modificati con il rinvio, diretto, o per analogia, all'art. 40 lett. d) ed e) della Legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006 (LPMed).

Rispetto alla versione precedente, viene inoltre abrogato il controllo preventivo da parte del Consiglio di Stato sull'uso dei titoli di specialista o di titoli accademici esteri.

La Commissione ritiene però preferibile, al pari con il messaggio governativo, di concentrare le risorse sulla vigilanza piuttosto che sull'autorizzazione preventiva, ritenuto anche che non si può vietare l'uso di un titolo realmente conseguito, ma solo verificare che venga menzionato correttamente. La revisione di legge inoltre permetterà allo Stato di delegare agli Ordini professionali la vigilanza in materia di pubblicità e uso dei titoli. Sebbene l'Ordine dei dentisti, diversamente da quelle dei medici, attualmente non disponga di una struttura sufficientemente strutturata a svolgere questo compito, se verrà ritenuto opportuno e se le condizioni fossero date, il compito di vigilare in materia pubblicitaria e sull'uso dei titoli potrebbe essere a loro conferito.

Rispetto al desiderio da parte dell'Ordine dei dentisti di istituire la figura del Medico dentista cantonale la Commissione ritiene tale ipotesi superflua e non confacente ai bisogni effettivi, considerando inoltre i nuovi costi generati da un ulteriore funzionario altamente qualificato.

Per quanto concerne l'indipendenza delle igieniste dentali, il Ticino è l'ultimo Cantone in Svizzera dove questa figura professionale non può lavorare sotto la propria responsabilità. Per l'Ordine dei dentisti però "sotto propria responsabilità" non significa necessariamente in modo indipendente. Essi sono inoltre dell'opinione che la presenza in studio di un dentista serva a garantire la qualità del lavoro dell'igienista, a limitare abusi e soprattutto a effettuare una diagnosi dentale accurata e completa mediante controllo dettagliato dello stato dei denti. I dentisti hanno espresso sostanzialmente l'opinione che le figure

professionali di dentista e igienista non possono lavorare separatamente senza mettere in dubbio la sicurezza di alcune procedure (come ad esempio il detartraggio sotto gengivale o la cura di parodontopatie di media gravità) che, se fatte senza supervisione medica, possono sfociare in complicanze.

Di altro avviso è la Sig.ra Boschetti, rappresentante dell'Associazione delle igieniste, la quale ha espresso piena soddisfazione per quanto concerne la modifica della legge laddove autorizza l'igienista dentale a esercitare sotto la propria responsabilità professionale. La rappresentante delle igieniste ha precisato che la figura dell'igienista dentale è sufficientemente formata per eseguire in modo autonomo quanto invece messo in dubbio dai dentisti.

In considerazione di quanto esposto e considerata la prassi con esperienze positive nel resto della Svizzera, nonché le rassicurazioni dell'Ufficio di sanità, la Commissione ritiene doveroso attribuire il libero esercizio alle igieniste dentali uniformandone lo statuto al resto della Svizzera. Tuttavia, ritenuto che l'attività pratica e l'esperienza costituiscono un fattore fondamentale per garantire la sicurezza delle procedure, si ritiene opportuno subordinare il libero esercizio a due anni di pratica presso un dentista certificato SSO. La presente volontà della Commissione è stata ben accolta sia dai dentisti sia dalle igieniste proprio perché volta a garantire la qualità delle prestazioni ai pazienti. L'assolvimento di due anni di pratica è inoltre un concetto ripreso anche da altri Cantoni per determinate figure professionali laddove ciò rappresenti un'esigenza legata alla qualità e alla sicurezza. La presente revisione di legge permette inoltre di rispondere positivamente agli atti parlamentari che chiedevano appunto l'adeguamento dello status delle igieniste dentali agli standard elvetici in vigore (*iniziativa parlamentare elaborata IE 404 presentata da Ghisolfi Nadia e Denti Franco; interpellanza 1660 presentata da Quadranti Matteo*).

4.2 Audizione 16.2.2017 della Presidente dell'Associazione Svizzera Infermieri Sezione Ticino (ASI)

L'audizione in oggetto ha permesso di rilevare una sostanziale carenza di posti di formazione in ambito sanitario, in particolare infermieristico e prevalentemente nelle cliniche private e nelle case per anziani. La problematica non sembra invece toccare l'Ente ospedaliero cantonale. Emergono inoltre delle difficoltà nel trovare figure professionali per istituti che non rientrano nell'ambito della medicina acuta. È stata ribadita la necessità di garantire una formazione adeguata sia accademica sia pratica, così come delle condizioni lavorative conciliabili con gli impegni familiari, affinché le professioni in ambito sanitario diventino più attrattive e la carriera professionale più duratura (attualmente 15 anni di media per le infermiere), ma anche allo scopo di scongiurare casi di *burnout*. Non sono emerse altre criticità correlate alla presente revisione, come peraltro già indicato durante la precedente procedura di consultazione.

4.3 Audizione 30.3.2017 della responsabile settore infermieristico EOC signora Yvonne Willems Cavalli

Anche la presente audizione ha permesso di confermare la difficoltà a formare personale sanitario infermieristico autoctono. La percentuale di personale frontaliero alle dipendenze dell'EOC corrisponde all'11.8%, mentre per il personale infermieristico le cifre si attestano al 24.6% (con trend in discesa).

Sebbene l'EOC abbia aumentato i posti di formazione in ambito infermieristico da 400 a 700 in pochi anni, essi non permettono di garantire un ricambio del personale sulla via del pensionamento con giovani leve autoctone; questo sebbene l'interesse per le professioni infermieristiche sia molto alto in Ticino. È emersa anche la necessità di reclutare il più alto numero di istituti che già oggi sarebbero idonei a formare personale infermieristico. A tal proposito si è ricordato il sistema bonus-malus che incoraggia la messa a disposizione di posti di stage in vigore in alcuni Cantoni. Il sistema stabilisce il numero di posti stage per singolo istituto: chi non raggiunge il numero stabilito deve contribuire finanziariamente a un fondo di compensazione.

Sulla scorta delle considerazioni esposte la Commissione intende affrontare la problematica della carenza di formazione del personale sanitario inserendo nella legge quantitativi minimi di personale in formazione sulla base del volume di prestazione erogato dalle singole strutture sanitarie.

4.4 Audizione 30.3.2017 del Capo Ufficio di sanità signor Stefano Radczuweit

Il Capo ufficio di sanità si è reso disponibile a commentare in sede commissionale articolo per articolo.

La sua consulenza ha permesso una miglior comprensione del testo di legge e per la Commissione di avere un importante canale diretto con il Dipartimento della sanità e della socialità. I suoi interventi verranno ripresi in sede di analisi dei singoli articoli di legge.

4.5 Audizione 13.4.2017 del Giudice Mauro Ermani, Presidente della Commissione di vigilanza sanitaria del Cantone Ticino

La presenza del Giudice Ermani ha permesso alla Commissione di approfondire in particolar modo gli aspetti inerenti al segreto medico e all'attività della Commissione di vigilanza. I suoi interventi verranno ripresi in sede di analisi degli articoli di legge.

4.6 Audizione 8.6.2017 del Procuratore generale, Avv. John Noseda

L'audizione del PG Noseda è servita ad avere il suo punto di vista in particolare sull'art. 68 che concerne l'obbligo di segnalazione da parte di operatori sanitari e che ha suscitato approfondite discussioni in sede commissionale. Le sue considerazioni verranno riprese nel dettaglio nei commenti alla norma citata.

4.7 Audizione 8.6.2017 del Dr. med. Bausch, Presidente della Società ticinese di psichiatria e psicoterapia

Anche l'audizione del Dr. med. Bausch si è concentrata sul contenuto del controverso art. 68 del Disegno di legge (obbligo di segnalazione). Anche le sue osservazioni saranno riprese nei commenti alla norma citata.

4.8 Audizione 26.10.2017 del Dr. med. Giorgio Merlani, Medico cantonale e nuovamente del Lic. jur. Stefano Radczuweit, Capo Ufficio di sanità

Il Medico cantonale e il Capo Ufficio di sanità sono stati convocati dalla Commissione al fine di precisare ulteriormente alcuni aspetti relativi agli artt. 20 cpv. 4 e 68 cpv. 2 del Disegno di legge relativi al segreto professionale e all'obbligo di segnalazione di reati.

5. ANALISI E COMMENTI DEI SINGOLI ARTICOLI DI LEGGE PRESENTATI NEL MESSAGGIO GOVERNATIVO

Artt. da 5 a 9 - Informazione e consenso / Art. 19 - Diritti dei pazienti nelle strutture sanitarie stazionarie

Gli artt. da 5 a 9 e 19 sono stati adeguati alle nuove norme sulla protezione degli adulti in vigore dal 1.1.2013 (artt. 360 segg. CC), che disciplinano con maggiore precisione la presa a carico sanitaria e la rappresentanza di persone incapaci di discernimento, offrendo la possibilità alle persone in grado di intendere e volere di fissare anzitempo quali misure mediche accettare o rifiutare nell'eventualità che subentri un'incapacità di discernimento e stabilendo con precisione chi può decidere in assenza di direttive anticipate.

Le principali innovazioni che interessano il campo sanitario sono:

- il mandato precauzionale (artt. 360-369 CC) e le direttive anticipate (artt. 370-373 CC);
- il potere di rappresentanza legale del coniuge o del partner registrato (artt. 374-376 CC) e la rappresentanza in caso di provvedimenti medici (artt. 377-381 CC);
- una regolamentazione federale minima per le persone incapaci di discernimento residenti in istituto (artt. 382-387 CC).

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Art. 5 cpv. 2 - Protezione degli adulti

Il cpv. 2 dell'art. 5 è stato adeguato alle nuove norme sulla protezione degli adulti in vigore dall'1.1.2013 (artt. 360 segg. CC) e fa riferimento anche alle limitazioni dei diritti dei pazienti che possono essere imposte in base al diritto penale (per es. ordinando terapie coatte).

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Art. 6 cpv. 2 - Informazione in caso di paziente incapace di discernimento

Così come previsto dagli artt. 377 e 378 CC (rappresentanza in caso di provvedimenti medici) in presenza di pazienti incapaci di discernimento le informazioni vanno date, per i minorenni ai genitori, se non privati dell'autorità parentale, oppure, per i maggiorenni, nell'ordine, alla persona di fiducia designata dal paziente in virtù degli artt. 360 segg. CC (mandato precauzionale) e sussidiariamente alle persone con diritto di rappresentanza ai sensi dell'art. 378 CC.

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Art. 7 - Consenso

La Commissione condivide il commento opportuno sulla distinzione fra consenso esplicito, consenso implicito e consenso presunto riferito nel messaggio governativo e il mantenimento dei 16 anni per la capacità presunta di discernimento.

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Artt. 8 e 8a - Consenso/direttive anticipate

Affinché il controllo sull'esistenza di "direttive anticipate" ai sensi degli artt. 370 segg. Codice civile svizzero entri nei meccanismi dei medici e delle strutture stazionarie, la Commissione auspica, indipendentemente dalla revisione della legge sanitaria, un intervento informativo possibilmente congiunto da parte del DSS, dell'EOC, delle Cliniche private e dell'OMCT.

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Art. 9 cpv.1 - Dimissioni/revoca del consenso

Le osservazioni emerse riguardano l'importanza della presenza, nel limite del possibile, di una traccia scritta nella documentazione sanitaria qualora un paziente capace di discernimento revochi il proprio consenso interrompendo contro parere medico una cura, rifiutando prestazioni sanitarie, o dimettendosi autonomamente da una struttura stazionaria. Tale esigenza deve essere inserita in ogni regolamento d'applicazione.

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Artt. da 10 a 12 - Ricerca e sperimentazione / Legge federale concernente la ricerca sull'essere umano; LRUM

Senza osservazioni.

Art. 15 - Legge sui trapianti

Senza osservazioni.

Art. 19 cpv. 3 (nuovo) - Diritti nelle strutture sanitarie

Al di là della formulazione la Commissione ricorda che spesso si constata, nella realtà delle case per anziani, il più o meno diretto allontanamento del medico curante originario, con scarso rispetto dei diritti del degente.

La Commissione è d'accordo con il nuovo cpv. 3.

Art. 20 cpv. 4 e 5 lett. e) (nuovi) - Segreto professionale

L'articolo in oggetto è stato oggetto di lunghe e approfondite discussioni che la Commissione riassume come segue.

Il nuovo art. 20 cpv. 4 prevede che *«il segreto professionale non può essere opposto all'autorità di vigilanza qualora essa giustifichi la necessità di ricevere dati personali per l'espletamento dei propri compiti di ispezione e vigilanza»*.

Questa eccezione all'obbligo del segreto professionale per favorire l'esercizio della vigilanza elimina di fatto, nel quadro delle indagini dell'autorità di vigilanza, il segreto nei

confronti di terzi pazienti dello stesso medico "indagato", che non sono né vittime né segnalanti, o denunciati.

Per la Commissione la soluzione proposta risultava inizialmente piuttosto perentoria in quanto apparentemente non considera il diritto di questi "terzi pazienti" i cui dati magari molto sensibili, si pensi alle cure psichiatriche, o a risultati di test HIV, diventerebbero accessibili non solo al Medico cantonale, ma anche, alla Commissione di vigilanza o al legale del medico indagato, ai denunciati e alle altre persone e strutture coinvolte nell'indagine. Di fatto si potrebbe avere l'impressione di una "fishing expedition": le cartelle di tutti i pazienti curati in un certo periodo, o di una certa età o patologia, o con un determinato medicamento potrebbero essere prelevate in blocco dall'autorità di vigilanza ai fini investigativi, senza apparente ulteriore possibilità di opposizione. Nemmeno il Ministero pubblico nell'ambito delle sue inchieste può andare così lontano nel procedere con misure che incidono sui diritti fondamentali di terzi. La procedura penale prevede infatti lo strumento dell'apposizione dei sigilli (art. 248 CPP) in virtù della quale il medico inquisito, detentore del segreto professionale, può chiedere la sigillatura delle carte e dei documenti oggetto del sequestro. Sarà poi il Giudice dei provvedimenti coercitivi che dovrà decidere quali documenti potranno essere messi a disposizione dell'autorità inquirente e lo dovrà fare sulla base di rigidi principi sviluppati dalla giurisprudenza del TF a garanzia del segreto medico e della protezione della sfera intima delle persone (ATF 141 IV 77).

La Commissione ritiene opportuno evitare che l'autorità di vigilanza entri in possesso di cartelle sanitarie di pazienti non coinvolti nel procedimento, prima che qualcuno avesse verificato la necessità istruttoria di questo sequestro e soprattutto ponderato gli interessi in gioco, affinché venga rispettata, fino a decisione finale, la sfera intima del paziente non coinvolto. Per la Commissione, pur riconoscendo le esigenze dell'autorità di vigilanza, che deve poter accedere agli atti in maniera tempestiva alla documentazione necessarie per espletare il suo mandato, la formulazione proposta dall'esecutivo cantonale sembra non tutelare sufficientemente i diritti di questi terzi pazienti e si è quindi interrogata sull'opportunità di esplicitare nella legge la possibilità per gli operatori custodi dei dati sensibili dei loro pazienti di consegnare la documentazione sotto sigilli, in attesa della decisione di un'autorità indipendente, sul modello della procedura di apposizione dei sigilli prevista dal Codice di procedura penale.

Nella sua audizione del 13.4.2017 il Giudice Mauro Ermani ha sottolineato che l'Autorità di vigilanza necessita di disporre delle necessarie informazioni per correggere eventuali malfunzionamenti e che tutte le autorità implicate nella procedura sono comunque tenute al segreto. Ha inoltre aggiunto che il denunciante non è parte del procedimento amministrativo, ragione per cui non avrà diritto ad accedere alla documentazione; *«vi sono esclusivamente lo Stato e il medico in questione»*. Inoltre il Giudice Ermani ha sottolineato come *«nel diritto pubblico c'è sempre la ponderazione degli interessi in gioco»* e nella formulazione dell'articolo *«ci sono delle garanzie fornite dall'obbligo di dimostrare che c'è un interesse pubblico preponderante»*. Secondo i giuristi del DSS, ha spiegato il Giudice Ermani, vi sarebbe poi per il medico interessato dal sequestro, sulla base della LPAm, il diritto di esigere una decisione formale impugnabile al CdS e poi al TRAM.

In una nota dell'11.10.2017, il consulente giuridico del Gran consiglio, Avv. Veronelli ipotizza due soluzioni al problema emerso in Commissione: 1) la modifica del cpv. 4 nella formulazione seguente (o dal tenore analogo) *«Il segreto professionale non può essere opposto all'autorità di vigilanza qualora le informazioni siano chieste ai fini dell'espletamento dei propri compiti d'ispezione e vigilanza»*; per il giurista la sostituzione del verbo "giustificare" con il verbo "chiedere" toglierebbe la facoltà di opporsi, risolvendo il problema; 2) l'introduzione di un nuovo cpv. 5, qualora si intendesse mantenere il cpv. 4

così come espresso nel DL *«Il detentore del segreto che si oppone può consegnare i documenti sotto sigillo al Tribunale amministrativo. Se l'autorità di vigilanza non presenta entro 20 giorni una domanda di dissigillamento, i documenti sigillati sono restituiti all'avente diritto. Se l'autorità di vigilanza presenta una domanda di dissigillamento, il Tribunale amministrativo decide entro un mese, quale istanza unica ai sensi degli art. 92 segg. della Legge sulla procedura amministrativa»*.

Su questo tema, in data 26.10.2017, si sono espressi anche il Medico cantonale, Dr. med. Giorgio Merlani e il Capo Ufficio di sanità i quali hanno posto l'accento sulle esigenze dell'autorità di vigilanza sanitaria e sui compiti del Medico cantonale, classificando in tre categorie i tipi di vigilanza che quest'ultimo è chiamato a effettuare:

- «1) *la vigilanza ordinaria proattiva quando il Medico cantonale verifica ogni 4-5 anni la qualità delle cure;*
- 2) *la vigilanza reattiva innescata dal paziente e si tratta di una delle grandi novità della legge sanitaria del 1989, dove in prima istanza non interviene il Medico cantonale, ma la Commissione di vigilanza sanitaria (sono solo i medici della Commissione che hanno l'incarto completo);*
- 3) *la segnalazione che giunge dal Ministero pubblico o da un altro medico, in questo caso l'incarto non va alla commissione di vigilanza, ma direttamente al Medico cantonale che di regola fa un'istruzione preliminare per capire se bisogna veramente intervenire. Nel caso in cui si ritiene che si debba aprire un procedimento formale, a quel momento si prepara un mandato formale al DSS e si affida l'istruzione a seconda dei casi al Medico cantonale o alla Commissione di vigilanza»* (cfr. verbale Commissione sanitaria 26.10.2017).

La procedura dell'apposizione dei sigilli, a mente del Medico cantonale e del Capo Ufficio di sanità, è problematica in particolare per le verifiche nelle strutture sanitarie dove sono segnalati degli abusi (per es. case per anziani) in quanto la soluzione *«rallenterebbe moltissimo l'attività ispettiva e permetterebbe a chi ha commesso degli errori di correggerli»* (cfr. verbale Commissione sanitaria 26.10.2017). Anche l'ipotesi di scrivere a tutti gli ospiti, o ai loro parenti, per esempio di una casa anziani, per chiedere l'accesso alle cartelle per accertare una segnalazione di maltrattamenti, è problematica già solo per le ripercussioni a livello emotivo che questa misura comporterebbe e le difficoltà gestionali che causerebbe alla struttura; quando basterebbe *«una breve verifica di 3-4 cartelle»*.

Inoltre, sempre a detta dei summenzionati funzionari, la garanzia di tutela del segreto professionale *«è già data, perché il concetto dell'art. 20 parla comunque già di giustificare le ragioni per cui si vuole accedere alla documentazione»*. Infine *«la figura istituzionale del Medico cantonale quando interviene in modo reattivo su sospetto o segnalazione per approfondire le questioni emette una decisione di sequestro della cartella, contro la quale è data facoltà di ricorso al Consiglio di Stato»* (cfr. verbale Commissione sanitaria 26.10.2017).

In considerazione degli elementi esposti, per non compromettere il lavoro dell'autorità di vigilanza (in particolar modo l'attività preponderante del tipo ordinaria proattiva) avendo appurato che gli elementi sensibili delle cartelle mediche soggette a ispezione sono sottoposte ad esame del solo Medico cantonale e, nell'ambito eventuale dei lavori della Commissione di Vigilanza solo ai membri vincolati dal segreto medico, la Commissione sanitaria predilige la versione 1 del consulente giuridico del Gran Consiglio avv. Veronelli (esposta precedentemente).

La Commissione è per contro d'accordo con l'aggiunta (cpv. 5 lett. e) riferita alla Legge sugli stupefacenti.

Art. 21 cpv. 3 (nuovo) - Commissione di vigilanza e legittimazione

La Commissione ha riflettuto sull'opportunità di riconoscere la qualità di parte al denunciante, o almeno su un suo maggiore coinvolgimento nel corso della procedura. Si ricorda che allo stato attuale, come precisato anche dal Giudice Ermani nell'udienza del 13.4.2017, il denunciante ha diritto «*solo a una risposta*».

Si rileva che recentemente il Codice deontologico FMH ha riconosciuto quella qualità di parte per «*la paziente e il paziente nelle procedure in materia di lesione della dignità umana o di abuso dello stato di dipendenza, che deriva dall'attività medica*» (art. 45 cpv. 2 lett. b Codice Deontologico FMH).

E che la Commissione deontologica dell'OMCT, da sempre, rende partecipe il paziente segnalante nell'intera procedura, con accesso di principio immediato e completo agli atti, pur senza facoltà di impugnazione.

Tuttavia in considerazione dell'allentamento del segreto medico previsto all'art. 20 cpv. 4 e delle informazioni sensibili riguardanti pazienti terzi che potrebbero figurare nell'incarto della vigilanza la Commissione ritiene che concedere l'accesso agli atti al denunciante allargherebbe pregiudizievolemente la cerchia delle persone che potrebbero venire a conoscenza di informazioni sensibili. Oltretutto il denunciante non avrebbe neppure l'obbligo di serbare il segreto. Di conseguenza non ritiene in questo caso opportuno concedere nemmeno l'accesso agli atti.

Art. 24 cpv. 1 - Competenze Commissione di vigilanza

La Commissione di vigilanza sanitaria è attualmente un organo di inchiesta di tipo consultivo per il Consiglio di Stato. La Commissione ha valutato se fosse opportuno o meno concederle poteri esecutivi/decisionali.

Il Giudice Ermani, nella sua audizione ha spiegato che il motivo principale per cui la Commissione di vigilanza è un organo di tipo consultivo «*verte attorno a quanto i giuristi chiamano il parallelismo delle forme*», principio secondo cui «*chi ritira l'autorizzazione è soltanto colui che l'ha rilasciata*» e quindi, nella fattispecie, l'Ufficio di sanità in base alla legge sulle deleghe.

Il Giudice Ermani ha inoltre precisato che «*la Commissione di vigilanza sanitaria, concepita come ausilio all'autorità di vigilanza cantonale, è composta anche da un medico a tutela dei diritti dei medici e come supporto tecnico supplementare, da un rappresentante dei pazienti e, per garantirne l'indipendenza, il legislatore ha stabilito che la presidenza fosse attribuita a un giudice. La Commissione ha la sua totale indipendenza per quanto concerne i compiti che è chiamata a svolgere*».

L'audizione del Giudice Ermani ha permesso di appurare che durante l'attuale gestione del Dipartimento, in soli due casi quest'ultimo si è espresso diversamente da quanto proposto dalla Commissione di vigilanza sanitaria (in un caso si è ritenuto che la sanzione non fosse sufficientemente incisiva, e nel secondo caso, che il tipo di sanzione non fosse giustificata optando per una sanzione pecuniaria).

Sempre secondo il Giudice Ermani, il costo della Commissione di vigilanza sanitaria (attualmente) è esiguo se confrontato alla creazione di un'istituzione completamente indipendente tipo "tribunale".

Sulla base delle considerazioni esposte la Commissione ha ritenuto doveroso mantenere il carattere consultivo della Commissione di vigilanza.

Art. 26 cpv. 3 (nuovo)

La revisione del presente articolo di legge risponde alle esigenze di snellire le procedure e i compiti delle autorità di vigilanza cantonali. Gli Ordini e le Associazioni professionali forniscono un aiuto alla vigilanza in un contesto di libera circolazione che di fatto ha aumentato i compiti amministrativi. L'Ufficio di sanità deve potersi in questo modo sgravare di alcuni compiti. La Commissione ritiene la delega di compiti di vigilanza ad altre unità amministrative e agli Ordini e Associazioni professionali giustificata. Dal profilo giuridico non sono state intraviste problematiche particolari, tanto più che la stessa legge federale sulle professioni mediche (LPMed) nella versione adottata il 20.3.2015 prevede formalmente e incoraggia questa possibilità.

Il messaggio enuncia a titolo esemplificativo il campo della pubblicità e dell'uso dei titoli quali settori specifici in cui una delega di competenze potrebbe entrare in considerazione. Per la Commissione vi potrebbe essere anche quello delle autorizzazioni con compiti di accertamento, d'istruttoria e di preavviso.

La Commissione ritiene che la delega sia giustificata in modo particolare agli ordini professionali a cui la legge sanitaria riconosce lo statuto di corporazione di diritto pubblico (art. 30 Legge sanitaria).

Un coinvolgimento maggiore e strutturato degli ordini in questi campi aumenterà l'efficacia della vigilanza e sgraverà il DSS, permettendogli di appoggiarsi su un'antenna sempre accesa e aggiornata, orientata a garantire la qualità dei medici sul territorio.

Spetterà al Regolamento di applicazione definire le modalità operative e le rispettive competenze, tenendo in considerazione l'organizzazione strutturale di ogni ordine.

Allo stesso modo il Regolamento dovrà affrontare il tema della remunerazione degli ordini e delle associazioni professionali per i compiti che vengono loro delegati.

Art. 30a cpv. 2 - Servizio sanitario di picchetto notturno e festivo

Nell'organizzazione dei picchetti esistono già alcuni picchetti specialistici notturni e festivi, finora su base volontaria, pur se sostitutivi dell'obbligo generale di partecipazione. E la tendenza è di ampliamento di questi servizi; sia come miglioramento delle prestazioni a favore dei pazienti sia perché lo specialista è più idoneo a questo servizio che non a quello di base. La Commissione propone di formalizzare questa opzione in una base legale esplicita aggiungendo all'art. 30 cpv. 2 Legge sanitaria la seguente frase: «[...] *organizzano il servizio sanitario di picchetto, segnatamente notturno e festivo di base e, eventualmente, specialistico*».

Nel passato era stata riconosciuta un'indennità agli Ordini per l'organizzazione del servizio sanitario di picchetto notturno e festivo, che è stata successivamente revocata a causa delle difficoltà economiche del Cantone. La Commissione ritiene che il principio di riconoscere un'indennità agli ordini tenuti a organizzare i picchetti sia corretto, tuttavia, tenuto conto delle reiterate difficoltà finanziarie del Cantone, essa rinuncia in questa occasione a ritornare sul tema. Anche l'Ordine dei medici del Cantone Ticino, rappresentato dal suo Presidente, Dr. med. Denti, è di questo avviso, ma si riserva di tornare sul tema in un futuro.

Art. 40b (nuovo) - Legge sulle epidemie

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Art. 45 cpv. 1 (modifica) - Servizio dentario scolastico

Con lettera 28.8.2017 il DSS ha proposto alla Commissione un'ulteriore modifica alla Legge sanitaria, non contemplata dal messaggio governativo e che riguarda l'articolo a margine.

Il problema concerne l'estensione del campo di applicazione del servizio dentario scolastico che secondo l'attuale formulazione riguarda «*gli allievi in obbligo scolastico*». Fino all'1.7.2015 (entrata in vigore del Concordato Harnos) l'obbligo scolastico si estendeva agli allievi delle elementari e delle medie. Con Harnos invece l'obbligo di frequentazione è stato esteso anche agli ultimi due anni della scuola dell'infanzia (cfr. art. 4 Legge sulla scuola). Di riflesso, secondo l'attuale formulazione dell'art. 45 legge sanitaria, il servizio dentario scolastico si applicherebbe anche ai bambini della scuola dell'infanzia.

La Commissione consultiva per il servizio dentario scolastico ha ritenuto l'estensione della fascia d'utenza poco opportuna e anche problematica, oltre che economicamente impegnativa.

Il DSS propone quindi di precisare come segue, al fine di evitare incertezze giuridiche, il tenore dell'art. 45:

«¹Il servizio dentario scolastico ha lo scopo di promuovere la prevenzione e la cura dentaria degli allievi delle scuole elementari e medie, pubbliche e private, del Cantone».

La Commissione approva la modifica.

Art. 51 - Consumo bevande alcoliche

La Commissione condivide l'allineamento alle disposizioni della Lear.

Su indicazione della Commissione il DSS ha indicato nella lettera 5.5.2017 la presenza di un refuso all'52 cpv. 2 lett. a DL, che va quindi modificato come segue:

²Sono parimenti vietati:

a) l'acquisto di bevande alcoliche destinate a persone inferiori ai 18 anni o in stato di ebbrietà.

Art. 52 cpv. 5 / 52a - Protezione dei giovani

La Commissione condivide la creazione di una base legale formale nella Legge sanitaria.

Art. 53 - Autorizzazione e vigilanza

La Commissione condivide gli obiettivi di rafforzamento sia per le autorizzazioni sia per la vigilanza. È d'accordo con l'obbligo di esporre nel proprio ambulatorio il certificato di libero esercizio; ciò che del resto, come riferito dal Dr. med. Denti, tradizionalmente, i medici hanno sempre fatto.

Art. 53a (nuovo) - Prestatori transfrontalieri 90 gg

Nel Messaggio governativo questo articolo viene definito «*una delle modifiche più importanti del presente disegno di legge*» (pag. 19).

Per le professioni cosiddette regolamentate le disposizioni europee, vincolanti anche per la Svizzera in virtù degli accordi bilaterali, prevedono un'importante distinzione tra le

verifiche che lo Stato ospitante può effettuare nei confronti di cittadini stranieri che intendono stabilirsi nel Paese ospitante e le verifiche che possono invece essere attuate nei confronti dei prestatori di servizi transfrontalieri fino ad un massimo di 90 giorni. Per questi ultimi la procedura di verifica delle qualifiche professionali e del rilascio del conseguente nulla osta è semplificata e parzialmente elettronica e non può durare complessivamente più di 2 mesi dal completamento della domanda.

Se l'autorità competente in materia di autorizzazioni e vigilanza non rispetta tali termini il suo silenzio sarà considerato come assenso; il prestatore di servizi potrà pertanto iniziare immediatamente a svolgere la propria attività nel paese ospitante.

Questa procedura è in vigore in Svizzera dall'1.9.2013 data dell'entrata in vigore della LDPS, che traspone nel diritto svizzero il Titolo II della Direttiva UE 2005/36/CE.

Per poter procedere alle verifiche dei diplomi nelle professioni regolamentate, Confederazione e Cantoni devono indicare quali sono le professioni considerate regolamentate ai sensi della normativa europea e devono inoltre predisporre la base legale per la verifica delle qualifiche. La Confederazione lo ha fatto nella LDPS (art. 3 cpv. 2) e nella relativa ordinanza di applicazione (ODPS).

Anche la LPMed all'art. 35 cpv. 1 prevede il rinvio alla procedura semplificata e alla LDPS.

Per quanto concerne le professioni disciplinate unicamente a livello cantonale (in Ticino: logopedisti, osteopati, psicologi attivi in ambito sanitario, terapisti complementari e estetisti) la base legale è prevista in questo nuovo articolo, in particolare al cpv. 2. Senza questa base legale non sarebbe per esempio possibile verificare i diplomi e i certificati di uno psicologo proveniente dall'Italia.

Il Cantone, come confermato anche dal Capo ufficio di sanità, Lic. iur. Stefano Radczuweit, non ha nessun margine di manovra in merito alla procedura semplificata per i prestatori di servizi 90 gg poiché si tratta di una procedura prevista dal diritto federale ed europeo, che il Cantone si è limitato a riprendere al cpv. 1 dell'articolo a margine. E ciò anche se il Cantone Ticino, a mente della Commissione non avrebbe necessità di operatori sanitari che esercitano 90 giorni all'anno nel nostro Paese.

Rientra invece nel campo di competenza del Cantone la verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi stranieri attivi in professioni regolamentate unicamente a livello cantonale.

La conseguenza pratica della procedura semplificata per i prestatori di servizi 90 giorni è che essi non sottostanno più a un'autorizzazione da parte dell'Ufficio di sanità (libero esercizio), ma unicamente a un nulla osta.

La Commissione ha espresso importanti preoccupazioni in merito alla procedura semplificata prevista dalla LDPS e ha richiesto, a tutela della sanità pubblica, la possibilità, di imporre ai transfrontalieri la verifica dei requisiti esplicitamente previsti per gli operatori indipendenti, in primis la padronanza della lingua italiana e la copertura assicurativa adeguata.

Sembra assurdo, nell'interesse primario dei pazienti ticinesi, che un medico con titolo riconosciuto in Italia (quindi non obbligatoriamente italofono), oppure olandese residente in Italia (che di per sé può pure rivendicare lo statuto di frontaliere) possa tranquillamente esercitare in Ticino 90 giorni lavorativi all'anno (di fatto, quasi al 50%) senza conoscere adeguatamente l'italiano o addirittura senza conoscere una lingua nazionale, a maggior

ragione senza garanzia di sufficiente copertura assicurativa (poiché, anche se prevista dal luogo di residenza, non automaticamente estendibile all'attività svolta in un altro Paese).

Non si tratta di rimettere in discussione le qualifiche professionali; quanto piuttosto di tutelare i pazienti e di non discriminare, per un'attività equivalente, i colleghi che devono parlar italiano ed essere assicurati.

A questo proposito il DSS nella lettera dell'1.6.2017 ha rassicurato la Commissione indicando che, pur trattandosi di un semplice "nulla osta", vi è una verifica formale delle medesime condizioni cui gli operatori sanitari sottostanno per l'ottenimento del libero esercizio, in particolare per quanto concerne l'obbligo di possedere una copertura assicurativa (RC) adeguata alla realtà elvetica.

In ogni caso, come indicato nel messaggio governativo, «dall'entrata in vigore della LDPS i nulla osta rilasciati a prestatori di servizi transfrontalieri nel settore sanitario non hanno subito un aumento degno di nota rispetto agli anni immediatamente precedenti l'introduzione della nuova procedura», lo dimostra la tabella qui allegata (allegato 1), relativa alle «istanze nulla osta 90 gg» che, su richiesta della Commissione, il DSS ha prodotto agli atti (2011: 25; 2012: 28; 2013:25; 2014: 32; 2015: 25; 2016: 32). Per oltre il 95% dei casi le verifiche vengono effettuate a livello federale trattandosi di professioni regolamentate a livello federale (come il medico).

La Commissione ritiene che le verifiche che il DSS ha confermato di sistematicamente effettuare debbano venire codificate nella legge con la seguente aggiunta di un cpv. 3 (nuovo) all'art. 53 a: *il nulla osta è rilasciato alle medesime condizioni del libero esercizio.*

Art. 53b (nuovo) - Prestatori residenti in altri Cantoni

La Commissione è d'accordo con questa disposizione, che evita una discriminazione degli operatori indigeni rispetto a quelli transfrontalieri. Se cittadini UE/AELS possono beneficiare della procedura agevolata per lavorare fino a 90 gg in Svizzera è giusto che possano fare altrettanto i cittadini confederati di altri Cantoni.

Per le professioni mediche universitarie la (stessa) soluzione è già prevista dall'art. 35 cpv. 2 LPMed, che è stato sostanzialmente ripreso dal nuovo art. 53 b (nuovo) Legge sanitaria.

La Commissione condivide pienamente anche il contenuto del cpv. 3 sulla documentazione da produrre anticipatamente.

Art. 54 - Operatori abilitati

La Commissione prende atto che l'inserimento dei nuovi profili, abilitati a esercitare anche a titolo indipendente, è sostanzialmente un atto dovuto, alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale e anche delle soluzioni adottate nel resto della Svizzera e ne condivide il principio.

Limiti di competenze

La Commissione si è interrogata sulla problematica degli abusi e dei limiti di competenze nel fornire prestazioni. A questo proposito il Capo ufficio di sanità, con e-mail 7.2.2017 ha ribadito come sia «difficile stabilire a priori cosa può fare o non può fare un determinato operatore» aggiungendo che «perfino nell'ambito di una stessa professione le competenze possono variare a seconda del momento in cui è stata conclusa una formazione».

Legalmente i limiti di competenza sono disciplinati dall'art. 64 legge sanitaria, che nell'attuale revisione verrà modificato con un rinvio all'art. 40 lett. a) LPMed, che recita:

«Chi esercita liberamente una professione medica universitaria deve osservare i seguenti obblighi professionali:

a. esercitare la professione in modo accurato e coscienzioso; deve altresì rispettare i limiti delle competenze acquisite nell'ambito».

La verifica del rispetto di tale obbligo professionale avviene di regola a posteriori, su segnalazione, esaminando la formazione che un dato operatore ha effettivamente ricevuto.

Consulente in salute sessuale

La Commissione ha esaminato la possibilità di inserire nella lista degli operatori sanitari abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità la figura dell'assistente sessuale o del consulente in salute sessuale. In una nota del 29.3.2017 consegnata alla Commissione il Capo ufficio di sanità ha spiegato che la formazione in questione è una formazione post-diploma offerta soprattutto dalle SUP di Ginevra e Lucerna. Di conseguenza non essendo una formazione di base non può essere annoverata nella lista degli operatori sanitari.

Percorso formativo per il rilascio del libero esercizio ai terapisti complementari

Per la professione di terapeuta complementare esiste dal mese di settembre 2015 un diploma federale riconosciuto dalla Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI). Il disegno di legge in esame prevede di tenere conto di questa formazione e di esigere il possesso di tale diploma per poter esercitare l'attività di terapeuta complementare (lo stesso discorso vale per il naturopata). È previsto in regime transitorio a tutela dei diritti acquisiti e non vi sarà quindi nessun effetto su chi è già autorizzato.

La Commissione si è chinata su una problematica sollevata in fase di consultazione dalle Organizzazioni del Mondo del Lavoro (OdMdL) Terapia complementare e Medicina alternativa Svizzera, ossia che attualmente, dopo l'ottenimento del certificato settoriale i terapisti complementari svolgono un'attività indipendente con supervisione e dopo un paio d'anni effettuano l'esame federale.

Se la nuova normativa legale autorizza unicamente chi è già in possesso di questo titolo federale, i terapisti con certificato settoriale non possono più esercitare in Ticino e prepararsi all'esame federale. L'associazione chiedeva segnatamente di prevedere la possibilità di lavorare per un periodo massimo di cinque anni in modo indipendente sotto la supervisione di uno specialista attestato per prepararsi all'esame federale.

Il DSS con lettera 28.8.2017 ha rilevato che il problema *«risiede a monte (...) nella scelta del Gran consiglio ticinese nel 2000 (...) di subordinare ad autorizzazione anche il terapeuta complementare (...) contrariamente a quanto avviene in molti altri Cantoni, dove l'esercizio di tale attività è libero»*. L'autorizzazione viene rilasciata se sono soddisfatti i requisiti minimi esatti dalla legge sanitaria. Per il DSS non è immaginabile *«permettere un'attività indipendente sotto la sorveglianza sporadica di un mentore esterno per 2-5 anni, alla fine dei quali il libero esercizio potrebbe anche essere negato in caso di mancato superamento dell'esame federale»*. Occorre scegliere fra le due ipotesi: *«o il nuovo diploma federale è considerato come asticella minima per poter esercitare sotto la propria responsabilità professionale (e allora una pratica professionale indipendente in vista dell'ottenimento del diploma non è giuridicamente fattibile), o si ritiene che il certificato settoriale rilasciato dalle OdML dopo tre anni di studio è requisito sufficiente»*.

Oltre a ciò il DSS fa notare che le casse malati complementari sarebbero disposte a permettere la fatturazione delle prestazioni di medicina complementare anche ai terapeuti in formazione, ciò che permetterebbe loro di svolgere la pratica alle dipendenze di un terapeuta complementare autorizzato in Ticino.

Il 28.7.2017 le OdMdL hanno comunicato ufficialmente che preferirebbero vincolare il rilascio dell'autorizzazione al libero esercizio in Ticino al solo certificato settoriale. Quest'ultimo a mente delle associazioni professionali attesterebbe già la conclusione di un solido percorso formativo e l'acquisizione di competenze per operare sotto la propria responsabilità professionale.

In considerazione degli elementi esposti la Commissione si allinea alla posizione della Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI) concordando che dall'entrata in vigore della revisione della presente Legge, il nuovo diploma federale sia considerato l'asticella minima per poter esercitare sotto la propria responsabilità. Una decisione di diverso tipo risulterebbe anacronistico e non in linea con gli intendimenti riguardanti la tutela dei pazienti.

La Commissione invita il Consiglio di Stato a valutare l'applicazione dell'art. 54 cpv. 2 per consentire ai terapeuti complementari con diploma settoriale di poter svolgere la pratica necessaria a conseguire il diploma federale.

Art. 55 cpv. 1 e 2 - Autorità competente

La Commissione prende atto degli adeguamenti formali delle definizioni.

Art. 56 cpvv. 1, 2, 4 e 5, 6 (nuovi) e 56a - Requisiti per il libero esercizio

Considerazioni generali

La Commissione si esprime favorevolmente sull'inserimento della lingua italiana e della copertura assicurativa fra i requisiti per l'ottenimento del libero esercizio.

Allo stesso modo condivide e apprezza il completamento, con il nuovo art. 56a, della documentazione richiesta a comprova dei requisiti per l'autorizzazione; come pure la facoltà per il CdS di precisare i requisiti tramite Regolamento (art. 56 cpv. 4) e dell'autorità di procedere a ulteriori accertamenti (art. 56a cpv. 2).

Periodo di pratica di due anni

La Commissione si è chinata sulla proposta formulata dall'Ordine dei dentisti e condivisa anche dalla Sezione Ticino di Swiss Dental Hygienists, di subordinare l'ottenimento del libero esercizio delle igieniste dentali a un periodo di pratica di due anni presso un dentista SSO dopo il conseguimento del diploma e prima dell'ottenimento del libero esercizio; interrogandosi anche sull'opportunità di estenderne l'applicazione anche ad altri operatori sanitari di cui all'art. 54.

Il DSS, con presa di posizione 5.5.2017, ha specificato che «*con riferimento alle singole professioni il quadro è assai differenziato e per alcune professioni richiederebbe ulteriori approfondimenti con i centri di formazione e le associazioni professionali*».

Sempre su indicazione del DSS «*i Cantoni che hanno introdotto questo requisito (n.d.r. il periodo di prova dei due anni) lo hanno fatto per le professioni per le quali tale requisito è esatto dalla LAMal per poter fatturare le proprie prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (levatrice, fisioterapista, ergoterapista, infermiere, logopedista e dietista)*».

È escluso per contro «pretendere due anni di pratica dagli operatori subordinati alla legge federale sulle professioni mediche universitarie (LPMed; medico, dentista, farmacista, veterinario, chiropratico) in quanto i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione di libero esercizio per questi operatori sono disciplinati in modo esaustivo dal diritto federale».

Il DSS ha infine considerato che «non farebbe senso esigere i due anni di pratica per il rilascio del libero esercizio dall'osteopata, dallo psicoterapeuta, dal naturopata con diploma federale e da un terapeuta con diploma federale poiché la formazione di questi operatori sanitari è già suddivisa in due tronconi e prevede un lungo periodo di pratica professionale (di regola due anni) per poter ottenere il relativo diploma».

Per le altre professioni, salvo quella dell'igienista dentale per la quale vi sarebbe già un accordo in tal senso da parte dell'associazioni di categoria, una risposta definitiva dovrebbe comunque essere approfondita con i centri di formazione e le associazioni professionali.

Ai fini dell'analisi del problema occorre non di meno considerare che con l'entrata in vigore della Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan), non prevista prima del 2020, il requisito di pratica dei due anni diventerebbe contrario al diritto federale per le professioni che saranno disciplinate esclusivamente da questa legge federale, ovvero: infermiere, fisioterapista, ergoterapista, levatrice, dietista, optometrista e osteopata.

La miglior soluzione secondo il DSS sarebbe quindi quella di risolvere il problema a livello di Regolamento, ciò che permetterebbe i dovuti approfondimenti e la necessaria flessibilità in caso di modifiche future.

Dopo attenta riflessione la Commissione decide di seguire la via indicata dal DSS completando l'art. 56 cpv. 1 con una nuova lett. d):

«d) hanno assolto un periodo di pratica di due anni, laddove ciò è previsto dai regolamenti di applicazione alla presente legge».

Il Governo è invitato a prevedere il periodo di pratica di due anni almeno e in ogni caso per le igieniste dentali e per le infermiere che lavorano a domicilio, quale tutela e garanzia della qualità del loro lavoro.

Conoscenze linguistiche

La Commissione ritiene fondamentale per gli operatori sanitari, in particolare i medici e i farmacisti e più in generale per le professioni universitarie regolamentate dalla LPMed, la conoscenza di una seconda lingua nazionale (francese o tedesco), anche in considerazione del fatto che la farmacopea, fondamentale strumento di lavoro, è disponibile solo in queste due lingue e che i rapporti con colleghi e ospedali confederati avvengono di regola in queste lingue.

Nella sua presa di posizione del 1.6.2017 il DSS ha fatto notare come «il requisito della conoscenza di una seconda lingua nazionale potrebbe semmai essere introdotto nella Legge sanitaria unicamente per le professioni non (ancora) disciplinate a livello federale».

Infatti «per le professioni mediche universitarie (medico, medico dentista, farmacista, medico veterinario, chiropratico) e quella dello psicoterapeuta i requisiti per l'ottenimento del libero esercizio sono disciplinate in maniera esaustiva dal diritto federale» agli articoli:

- 36 cpv. 1 lett. c) rivisto LPMed (in vigore dall'1.1.2018) secondo cui l'operatore deve disporre «delle conoscenze necessarie di una lingua ufficiale del Cantone per il quale richiede l'autorizzazione» (cfr. RU 2015, pag. 5081)

- 24 cpv. 1 lett. c) LPPsi il quale prevede la padronanza di una lingua nazionale.

Lo stesso principio, sempre secondo lo scritto del DSS «*varrà per le professioni la cui formazione viene svolta presso le SUP (infermiere, fisioterapista, ergoterapista, levatrice, dietista, optometrista e osteopata) in virtù dell'art. 12 cpv. 1 lett. c) della nuova Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan; cfr. FF 2016 pag. 6837), approvata dal Parlamento federale il 30 settembre 2016 e che entrerà in vigore verosimilmente nel 2020. Tale disposizione sancisce infatti a sua volta che è sufficiente la padronanza di una sola lingua federale*».

Sulla base di quanto esposto sopra, secondo il DSS il requisito della padronanza di una seconda lingua nazionale non può essere introdotto nella Legge sanitaria per quanto riguarda le professioni di medico, medico dentista, farmacista, medico veterinario, chiropratico e psicoterapeuta.

Da quando entrerà in vigore la LPSan tale requisito non potrà (più) essere previsto neanche per le professioni SUP, ma essere applicato soltanto alle professioni non disciplinate a livello federale.

Il DSS ha fatto sapere in una nota del 28.8.2017 che a suo avviso «*risulterebbe sproporzionato ed estraneo al contesto globale esigere la conoscenza di una seconda lingua nazionale dall'infermiera o dal fisioterapista, mentre al medico, farmacista o veterinario questo requisito non può essere imposto a causa della preminenza del diritto federale superiore, ovvero della LPMed*».

Ciò nonostante la Commissione ritiene che il Parlamento federale, prevalentemente franco-germanofono, nell'adozione della LPMed, della LPPsi e della LPSan non abbia pensato al nostro Cantone e alla possibilità che esistessero operatori sanitari operanti su suolo ticinese, a conoscenza unicamente della lingua italiana e senza nessuna conoscenza del tedesco e del francese.

Oltretutto va ricordato, in modo particolare per i medici, che nel proseguimento del perfezionamento professionale per l'ottenimento di un titolo di specialità svizzero e per la formazione permanente, l'operatore è di regola obbligato a frequentare centri di formazione d'Oltralpe.

Si consideri inoltre come lo stesso Governo, a livello di vigilanza sanitaria, abbia già dovuto affrontare casi di errata prescrizione di medicinali da parte di operatori provenienti dall'estero e quindi non in grado di consultare correttamente la farmacopea attualmente tradotta appunto solo in tedesco e francese. Giova inoltre ricordare che la quota di operatori sanitari universitari con nazionalità straniera (spesso senza le dovute conoscenze linguistiche richieste in questo contesto) e oggi in possesso del libero esercizio si aggira attorno al 35%. In uno strumento di polizia sanitaria volto a tutelare la qualità delle prestazioni e dei prestatori di servizio, come appunto la presente Legge sanitaria non ci si può esimere di correggerne il contenuto esigendo una conoscenza ritenuta imprescindibile per l'espletamento in sicurezza delle proprie funzioni professionali.

La Commissione intende pertanto colmare questa lacuna modificando l'art. 56 cpv. 2 lett. a) come segue:

- a) *la padronanza della lingua italiana e, per le professioni universitarie ai sensi della LPMed, l'autonomia in una seconda lingua nazionale che corrisponda a un certificato B1 secondo gli standard internazionali.*

Per evitare che con l'entrata in vigore della modifica legislativa si debba procedere alla revoca di migliaia di autorizzazioni, si prevede una norma transitoria, art. 102g (nuovo) per

permettere agli operatori già in esercizio di acquisire le competenze linguistiche richieste entro due anni.

Parimenti viene prevista un'eccezione per coloro che esercitano sotto la sorveglianza specialistica, i quali potranno esercitare anche senza la competenza linguistica necessaria, nella misura in cui ciò si impone per garantire l'assistenza ai pazienti, non sia stato possibile trovare una persona in grado di comprovare tali competenze linguistiche e sia garantita la sicurezza dei pazienti. In ogni caso anche costoro dovranno acquisire le competenze linguistiche entro un anno.

Art. 57 - Marginale

La Commissione prende atto dell'adeguamenti formale del marginale.

Art. 58 cpv. 1, 2, 5 e 6 - Esercizio dipendente

La Commissione è d'accordo con l'estensione della vigilanza anche alla direzione amministrativa di servizi e strutture sanitarie, per i motivi indicati nel rapporto (influsso di questa direzione sulle prassi adottate); come pure con l'obbligo del titolare, rispettivamente della struttura sanitaria di verificare i requisiti dell'operatore che sarà assunto come dipendente.

Art. 58a (nuovo) - Operatori in formazione

La Commissione condivide il disciplinamento più preciso relativo agli operatori in formazione.

Con riferimento al cpv. 3 la Commissione è dell'avviso che il Dipartimento debba stabilire non solo il numero massimo di persone ammesse alla formazione per responsabile o servizio (a garanzia della qualità della formazione), ma anche il numero minimo e ciò per garantire un numero sufficiente di posti di formazione in Ticino nonché un'equa suddivisione degli stessi all'interno degli istituti pubblici e privati.

La Commissione ha approfondito questa tematica sub art. 81 dedicato ai requisiti per l'autorizzazione di ospedali, cliniche, case di cura e altre strutture assimilabili.

Art. 59 - Misure disciplinari

La Commissione non ha osservazioni sugli aspetti procedurali, compreso l'inserimento dell'interrogatorio fra i mezzi di prova.

Apprezza il maggior coinvolgimento degli Ordini professionali nel quadro della vigilanza, in particolare con la comunicazione sistematica di provvedimenti e sanzioni. Ciò sarà senz'altro di ausilio all'attività degli organi di controllo interni agli ordini, come per esempio la Commissione deontologica dell'OMCT, nell'applicazione del Codice deontologico FMH, compresa, come menzionato nel rapporto, la possibilità per gli ordini di segnalare eventuali infrazioni a quei provvedimenti.

La Commissione condivide pure la possibilità di pubblicazioni sul Foglio Ufficiale delle misure disciplinari più gravi anche a tutela dei pazienti e di darne comunicazione ai potenziali datori di lavoro nell'ambito sanitario (in analogia all'obbligo di segnalazione di questi ultimi, come da art. 59).

Tuttavia fa presente che in una recente sentenza (2C_1062/2016) il TF ha stabilito che le misure disciplinari pronunciate nei confronti di operatori sanitari universitari in applicazione della LPMed non è ammissibile poiché non prevista da tale legge e quindi sarebbe in contrasto con il diritto federale.

La Commissione ha chiesto pertanto al DSS se alla luce della sentenza sopra citata occorre procedere a una modifica del cpv. 6 art. 59. La risposta è risultata negativa in quanto il DSS ha dichiarato di prevedere soltanto la pubblicazione delle revoche delle autorizzazioni e non delle sanzioni disciplinari.

Art. 60 cpv. 1 e 3 (nuovo) - Durata dell'autorizzazione

Nella sua audizione del 30.3.2017 il Capo Ufficio di sanità, Lic. jur. Stefano Radczuweit ha precisato trattarsi di un problema emerso soprattutto negli ultimi anni, che si pone soprattutto per le persone che arrivano dall'estero e dove può succedere che poi rientrano al loro domicilio senza notificare alle autorità la loro partenza. Ha dichiarato inoltre che la disposizione sulla durata dell'autorizzazione «*verrà comunque applicata con una certa prudenza*».

La Commissione condivide la possibilità di dichiarare decaduta l'autorizzazione in caso di mancato uso per due anni consecutivi; comunque tramite accertamento formale impugnabile che permetterà all'interessato di far valere le eventuali particolarità della sua situazione.

L'OMCT ha del resto postulato a diverse riprese un aggiornamento delle autorizzazioni, allo scopo di disporre di un monitoraggio sul numero dei medici effettivamente attivi sul territorio e nelle singole discipline, sia per valutare il fabbisogno di copertura sanitaria sia per eliminare un difetto importante nelle statistiche (comprese quelle degli assicuratori LAMal), oltre che dichiarato la sua disponibilità per collaborare nell'accertamento.

Art. 61 cpv. 2 - Iscrizione all'albo

La Commissione è d'accordo con la formulazione proposta nel Disegno di legge.

Art. 62 - Operatori sanitari non abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale

La Commissione ha chiesto al DSS se esiste un registro delle professioni che rientrano sub art. 62.

Nella sua audizione del 30.3.2017 il Capo Ufficio di sanità ha fatto notare che dopo la procedura di consultazione si è deciso di rinunciare a un elenco in quanto ogni anno nascono nuove professioni.

La Commissione è d'accordo con la riformulazione dell'articolo.

Desidera tuttavia (ri)proporre un tema sollevato dall'OMCT nella fase di consultazione, ovvero l'esame della posizione delle assistenti di studio medico (ASM).

L'OMCT aveva infatti ritenuto che quella posizione dovesse uscire dal rigido schema storico, che non sottopone ad autorizzazione tutte le attività che non possono, per loro natura, essere esercitate a titolo indipendente.

Dopo aver constatato che fungono da ASM anche persone prive di qualsiasi formazione specifica, l'OMCT ha dichiarato di temere che il fenomeno fosse in crescita e di non aver

nessuna possibilità di intervento diretto sui propri membri, se non richiamando gli obblighi legali nella scelta, nell'istruzione e nel controllo di queste ASM non formate. Ma non vi è facoltà di controlli preventivi. E quindi l'intervento dell'OMCT e dell'ente pubblico, potrà essere solo posteriore, di fatto dopo un incidente.

La Commissione condivide le preoccupazioni dell'OMCT e ritiene che il solo cpv. 3 nella formulazione emendata (divieto di dispensare prestazioni che rientrano nelle competenze di una formazione attestata da diploma) non sia sufficiente alla salvaguardia preventiva della qualità delle cure e alla tutela di pazienti.

Sembra inoltre contraddittorio che il Cantone Ticino gestisca e finanzi uno specifico percorso formativo con la Scuola Superiore Medico-Tecnica, che si conclude con l'attestato federale di capacità o l'attestato federale di maturità professionale; e non protegga poi quella formazione a livello professionale. Si dubita poi che sempre quel cpv. 3 offra effettive facoltà di intervento, non semplicemente sanzionatorie.

Se invece così fosse, allora sarebbe preferibile codificare esplicitamente nella Legge sanitaria (o per lo meno in un Regolamento) almeno l'obbligo dell'operatore titolare di verificare che la formazione è attestata da un diploma riconosciuto (come in futuro per le direzioni amministrative).

E il passo logico successivo sarebbe che quella verifica preventiva fosse eseguita dall'Ufficio di sanità.

Anche l'Associazione Ticinese Assistenti di Studio Medico (ATAM) in una lettera del 22.2.2017 alla Commissione Tripartita ha espresso la sua preoccupazione per i mancati controlli del Dipartimento sulla formazione delle ASM prima dell'attribuzione dei permessi di soggiorno.

In risposta l'Ufficio della migrazione ha semplicemente rilevato che il presupposto della formazione non figura fra i requisiti per l'ottenimento di un permesso di lavoro.

In considerazione di quanto sopra la Commissione ha sottoposto al DSS la possibilità di introdurre, per le ASM, una forma di autorizzazione.

Il DSS, con risposta 28.8.2017, ha sottolineato che, pur comprendendone le motivazioni, la richiesta della Commissione *«appare sproporzionata e contraria all'impostazione di fondo della legge sanitaria»*.

E ciò in quanto *«a livello di esercizio dipendente (non sotto la propria responsabilità professionale) la legge sanitaria prevede l'obbligo di autorizzazione unicamente per le professioni universitarie (medico, dentista, farmacista, chiropratico, psicologo, psicoterapeuta e veterinario). I requisiti per tutte le altre attività dipendenti vengono per contro verificati dal datore di lavoro e non dallo Stato»*.

Il DSS ribadisce che il cpv. 3 dell'art. a margine costituisce una risposta adeguata alle preoccupazioni della Commissione, ma che eventualmente si potrebbe andare nella direzione di replicare per il personale paramedico quanto previsto all'art. 58, prevedendo l'obbligo del datore di lavoro di assumere per le altre attività sanitarie unicamente personale formato.

In concreto il DSS formula le seguenti ipotesi di modifica:

«Art. 62

²*L'operatore sanitario titolare oppure la direzione sanitaria o amministrativa di un servizio, ambulatorio o struttura sanitari autorizzati, prima di assumere un operatore in forma dipendente che non necessita di autorizzazione del Dipartimento deve accertarsi che l'operatore in questione sia in possesso del diploma, svizzero o riconosciuto, confacente.*

³*Eccezioni a quanto previsto dal cpv. 2 possono essere autorizzate per giustificati motivi dal rispettivo Ordine e Associazione professionale».*

Inoltre, per evitare un numero importante di licenziamenti il DSS propone di completare il disegno di legge con la seguente disposizione transitoria:

«Art. 102f (nuovo)

¹*L'obbligo di cui all'art. 62 cpv. 2 si applica al personale assunto dopo l'entrata in vigore della modifica di legge del (data)».*

La Commissione condivide e fa sua questa impostazione.

Art. 63 cpv. 1/63b cpv. 2 lett. h (nuova) - Terapista complementare e naturopata

La Commissione ha sottoposto al DSS una problematica sulla quale si è ritrovata spaccata in due. Una parte dei commissari desidera infatti poter prevedere nella Legge sanitaria il limite oltre il quale il terapista complementare non può spingersi se in contraddizione con la prescrizione di un medico.

La proposta del DSS, formulata nel parere dell'1.6.2017, oltre a ricordare che è fondamentale, a tutela del paziente, un corretto e proporzionato dovere di informazione, è quella di aggiungere una lett. i) all'art. 63 b dal seguente tenore:

«Il terapista complementare non può:

i) distogliere il paziente da cure e prestazioni scientificamente riconosciute».

La Commissione condivide l'impostazione e la fa sua.

Art. 63d - Guaritori

Non è certamente confortante constatare che si debba continuare a riconoscere la "patente di guaritore", affinché lo Stato possa esercitare una pur ridotta vigilanza, anche nelle relazioni transfrontaliere.

La Commissione si ritrova tuttavia d'accordo con il ritorno alla definizione originale di guaritore e all'introduzione del divieto assoluto di pubblicità (che dovrebbe includere anche i semplici avvisi di apertura dell'attività).

Il divieto assoluto di ricevere compensi è senz'altro adeguato ma, verosimilmente, quasi del tutto inefficace.

Per le stesse ragioni espresse al punto precedente, su indicazione del DSS (lett. 1.6.2017) la Commissione completa l'art. 63 d cpv. 2 lett. c) come segue:

Il guaritore:

c) può dispensare unicamente prestazioni e terapie non invasive e non pericolose, per la loro stessa natura, all'incolumità del paziente e non può distogliere il paziente da cure e prestazioni scientificamente riconosciute.

Art. 64 - Obblighi professionali

La Commissione è d'accordo con l'armonizzazione degli obblighi professionali. Apprezza anche il riferimento (cpv. 3) alle disposizioni emanate dalle associazioni professionali.

Condivide il nuovo cpv. 2, con l'obbligo di disporre di una struttura logistica minima nel Cantone.

All'esempio menzionato nel messaggio (medici che indicano di operare unicamente al domicilio del paziente) la Commissione aggiunge quello di medici transfrontalieri che dispongono in Ticino unicamente di un recapito postale (e, come già constatato, nemmeno più di quello).

Su richiesta della Commissione il Capo ufficio di sanità in un messaggio e-mail del 7.2.2017 ha precisato che, sul tema della pubblicità, l'art. 70 Legge sanitaria rivisto rinvia all'art. 40 lett. d) LPMed che recita:

«Chi esercita liberamente una professione medica universitaria deve osservare i seguenti obblighi professionali:

d. Praticare esclusivamente una pubblicità oggettiva e corrispondente all'interesse generale, non ingannevole né invadente».

Per *«pubblicità corrispondente all'interesse generale»* si intende che la pubblicità deve *«rispondere ai bisogni d'informazione del pubblico»* (cfr. art. 12 lett. d della Legge federale sulla libera circolazione degli avvocati).

Tutti gli operatori sanitari assoggettati alla Legge sanitaria sottostanno a questa norma sulla pubblicità.

La Commissione si è interrogata sulla modifica dell'art. 70 sulla pubblicità, sostituito da un solo rinvio alla LPMed, ritenendo che una disposizione contenuta anche nella Legge sanitaria (in aggiunta al richiamo alla LPMed) sarebbe del tutto opportuna. E ciò soprattutto dopo che, sia l'Ufficio di sanità, sia gli ordini professionali, constatano sempre più spesso pratiche promozionali eufemisticamente inusuali alle nostre latitudini e che necessitano di un contenimento anche sanzionatorio.

Analoghe considerazioni valgono contro l'abrogazione dell'art. 71 sul comparaggio.

Anche in considerazione delle argomentazioni espresse dagli Ordini dei medici e dei dentisti la Commissione propone di mantenere le definizioni di pubblicità ammissibile e comparaggio sub art. 70 modificato, non accontentandosi di un solo richiamo al diritto superiore.

Art. 67 cpv. 1 e cpv. 3a (nuovo)

Senza osservazioni.

Art. 68 cpvv. 2 e 3, 68 a (nuovo) e 68b (nuovo) - Obbligo di segnalazione

Introduzione

L'obbligo di segnalazione (o di informazione) di reati nel campo sanitario ha dato adito a discussioni molto approfondite e a dibattiti intensi nell'ambito dell'esame del presente messaggio che hanno contraddistinto plurime sedute commissionali.

Sul tema si sono espressi, oltre al Dipartimento e al Capo Ufficio di sanità, anche il PG Nosedà, il Giudice Ermani, il Dr. Bausch, Presidente della Società ticinese di Psichiatria e

di Psicoterapia, e, per iscritto, l'Avv. Veronelli, consulente giuridico del Gran Consiglio, il Dr. Calanchini, specialista in psichiatria e psicoterapia e l'OMCT.

La problematica in breve

La problematica dell'obbligo di segnalazione è attuale (se ne parla per esempio in relazione al pilota suicida della Germanwings, o all'assassinio della socioterapeuta a Ginevra) e nel contempo delicata e complessa.

Essa riguarda la ponderazione di due interessi contrapposti: da una parte la sicurezza, dall'altra la tutela del segreto professionale, che rappresenta la base su cui si fonda e si sviluppa il rapporto terapeutico medico-paziente.

Concretamente si tratta di scegliere fra la prevalenza all'accertamento giudiziario e il mantenimento del rapporto di fiducia medico-paziente, per evitare che quest'ultimo (autore o vittima) rinunci alla terapia, per esempio psichiatrica, per timore di essere denunciato dal proprio medico.

Anche giuridicamente la problematica è complessa e dibattuta. Nella sentenza 1B_96/2013 citata nel messaggio (pag. 27) viene posta la questione, restata senza risposta, se i Cantoni possano imporre ai medici l'annuncio di casi sospetti di reato alle autorità penali.

Vi è poi la tutela del diritto fondamentale alla protezione della sfera intima che può essere oggetto di restrizioni, ma solo a determinate condizioni, fra cui una concreta ponderazione degli interessi in gioco e la proporzionalità della restrizione.

Le alternative vanno dal divieto di informazione, alla facoltà di informazione, all'obbligo diretto o indiretto di informazione.

Regime proposto nel messaggio governativo

Nel messaggio governativo si propone da una parte di mantenere l'obbligo di segnalazione per gli operatori sanitari in caso vengano a conoscenza di reati contro l'integrità fisica (art. 68 cpv. 2), ma di renderlo più preciso indicando (anche) il momento in cui l'operatore deve intervenire, ovvero "immediatamente", aggiungendo (oltre al MP) anche il Medico cantonale fra i destinatari della segnalazione e sostituendo il termine più generico di "reati" con la terminologia giuridica più precisa e delimitata di "crimini o delitti". Con quest'ultima modifica si vuole sottolineare che l'obbligo deve portare solo su reati di una certa gravità.

Dall'altra parte il messaggio prevede un'estensione dell'obbligo di segnalazione a «ogni altro reato perseguibile d'ufficio» (non solo quindi reati contro l'integrità fisica ma anche per esempio reati patrimoniali), se perpetrato da un operatore sanitario in relazione alla propria funzione (art. 68 cpv. 3), così come l'istituzione di un obbligo di segnalazione che per coloro che dirigono una struttura sanitaria o servizi sanitari per i reati perpetrati da loro dipendenti (art. 68a nuovo).

In merito all'obbligo di segnalazione di reati perpetrati da operatori sanitari (art. 68 cpv. 3) e all'obbligo di segnalazione per le direzioni amministrative e sanitarie (art. 68a), la Commissione non ha sollevato particolari obiezioni, trovandosi sostanzialmente d'accordo con l'impostazione governativa.

Per quanto concerne invece l'obbligo di segnalazione degli operatori sanitari che vengono a conoscenza di un reato contro l'integrità fisica (art. 68 cpv. 2), le discussioni sono state

particolarmente intense e interessanti e hanno portato a una riflessione a trecentosessanta gradi sulla tematica.

Riassunto delle prese di posizione esterne alla Commissione

I medici sono preoccupati per l'automatismo e l'immediatezza con cui la norma rivista impone la segnalazione di un paziente che si trova nella circostanza di aver causato una qualunque situazione di «*malattia o lesione per causa certa o sospetta di crimine o delitto*» (art. 68 cpv. 2).

L'obbligo di legge «*annulla di fatto il segreto professionale e rende immediata la segnalazione per fatti anche di gravità relativa, senza lasciare il tempo di valutarli e proporre soluzioni rispettose dei bisogni di tutte le parti coinvolte*» (cfr. lett. 16.5.2017 Dr. med. Bausch).

Il Dr. med. Bausch chiede di considerare che «*noi psichiatri e psicoterapeuti siamo confrontati giornalmente con situazioni complicate e deve essere possibile (...) nell'esercizio della professione, avere la possibilità di valutare gli interessi in gioco e decidere con coscienza come procedere*»; non è «*certamente un vantaggio sapere che raccontare qualcosa al proprio medico curante, equivale ad autodenunciarsi in polizia*».

Secondo il Presidente della Società ticinese di psichiatria, il cui «*punto di vista è prevalentemente quello clinico e della relazione terapeutica che si instaura tra lo psicoterapeuta e il paziente*» è «*una cosa poco rispettosa e violenta quella di dovere denunciare automaticamente qualunque situazione in cui si riscontra un reato punibile*». Si giungerebbe in maniera inaccettabile all'«*autodenuncia*» con la conseguenza di «*chiudere un canale di comunicazione con il paziente*». A mente del Dr. med. Bausch, «*con la denuncia non succederà che i reati non avvengano più, semplicemente succederà che queste cose non saranno più dette*». In conclusione il Dr. med. Bausch rivendica un certo margine di manovra («*elasticità nel decidere*») nel senso che «*si può procedere con la denuncia, ma questa non può essere immediata e decisa automaticamente, a meno che non si tratti di reati gravi*».

Per i medici risulterebbe inoltre complicata la distinzione tra «*crimini*», «*delitti*» e «*contravvenzioni*», oltre che superfluo segnalare i reati – minori – perseguibili su querela di parte (cfr. lett. 6.6.2017 del Dr. med. Calanchini). Il Dr. med. Calanchini ritiene peraltro più appropriato il termine più concreto di «*costatato*», in sostituzione di «*venuto a conoscenza*».

Anche il PG Nosedà è concorde nell'affermare che «*sostituire il termine generico attuale di reato con crimine o delitto risulterebbe di difficile comprensione per il personale sanitario*».

Inoltre l'obbligo di segnalazione da parte di operatori sanitari dovrebbe essere ulteriormente esteso e precisato e riguardare «*ogni reato perseguibile d'ufficio del quale abbia avuto notizia in relazione con la propria funzione/professione*», escludendo quindi i reati cosiddetti su querela di parte e senza operare alcuna distinzione tra il cpv. 2 e il cpv. 3 dell'art. 68 Disegno di legge.

Con la proposta di nuovo art. 68 l'obbligo di segnalazione sarebbe limitato «*a ogni di malattia, lesione o morte per causa certa o sospetta di crimine o delitto*», mentre se perpetrato da operatori sanitari si estenderebbe anche «*a ogni altro caso di reato perseguibile d'ufficio*», come ad esempio i reati patrimoniali. Questa differenza secondo il PG è problematica in quanto creerebbe «*una distinzione difficilmente comprensibile, ad esempio, tra gli psichiatri privati e gli psichiatri che lavorano per l'OSC, che per legge hanno l'obbligo di segnalazione per tutti i reati perseguibili d'ufficio*».

Trova inoltre «*poco logico*» che non ci sia obbligo di segnalazione «*se un operatore di una casa per anziani vede che una persona (non operatore sanitario) ruba qualcosa a un ospite*».

In ogni caso il PG è contrario alla riserva del rapporto terapeutico prevista al cpv. 3 Disegno di legge che prevede l'obbligo di segnalazione «*di ogni altri caso di reato perseguibile d'ufficio perpetrato da un operatore sanitario in relazione con la propria funzione o professione*» e propone di stralciarla.

Il PG si è mostrato invece più cauto sul «*problema delicato dell'ordine di segnalazione nel caso della persona che confida al medico di essere vittima o autore di un reato*» sostenendo che «*a quel punto attribuisco la competenza decisionale al medico, con tutte le responsabilità del caso*».

Sul destinatario della segnalazione il PG adotterebbe la formulazione che si deve informare «*direttamente il Ministero pubblico o tramite il medico cantonale*», il quale, è giusto precisare, ha comunque l'obbligo di segnalazione in quanto è un funzionario dello Stato (art. 31a LORD).

L'OMCT tramite il suo Presidente propone di adottare un (nuovo) cpv. 4 che predisponga la facoltà – anziché l'obbligo – di segnalazione quando il paziente rivela al proprio medico di essere la vittima o l'autore di un reato, mantenendo l'obbligo per tutti i reati concernenti terze persone e ciò anche in considerazione di un parere a loro indirizzato del Prof. Philippe Ducor, Professore di diritto all'Università di Ginevra, il quale ha citato l'art. 364 del Codice penale, norma che prevede il diritto – e non l'obbligo – per i medici di avvisare l'autorità di protezione dei bambini in caso di infrazione commessa contro un minore. Secondo il Professore di diritto «*Le législateur avait eu la sagesse de ne pas imposer un devoir d'aviser à l'encontre des médecins, même en cas d'infraction graves y compris de nature sexuelle. Il avait bien compris que l'intérêt de l'enfant peut parfois commander de ne pas dénoncer et avait laissé le médecin maître de la décision. On ne voit pas pourquoi certains cantons pensent différemment*».

Conclusioni commissionali in merito all'art. 68 cpv. 2

La Commissione ha riflettuto ampiamente sulla portata dell'obbligo di segnalazione degli operatori sanitari e comprende le preoccupazioni di chi ha a cuore il rapporto di fiducia medico-paziente, da cui può dipendere anche il successo stesso della terapia.

La Commissione non è però disposta a sposare la tesi proposta dall'OMCT di trasformare l'obbligo di segnalazione in una facoltà concessa ai medici; nemmeno quando il paziente rivela loro di essere una vittima o l'autore di un reato.

A mente della Commissione l'interesse pubblico alla protezione della collettività e alla sicurezza è superiore a quello del singolo paziente a essere curato e la via dell'obbligo è più efficace nel perseguirla.

L'obbligo di segnalazione giova inoltre ai medici stessi, i quali non si ritroverebbero a dover fare una valutazione anche di natura giuridica, che non rientra ovviamente fra le loro competenze. Questa soluzione impedirebbe inoltre al paziente di considerare la segnalazione una sorta di "tradimento" da parte del suo curante

Di conseguenza la Commissione ha deciso di confermare il principio dell'obbligo generale di segnalazione, ma propone alcuni paletti, che permettano una migliore ponderazione degli interessi in gioco.

La Commissione ritiene innanzitutto che l'obbligo di segnalazione vada limitato ai reati perseguibili d'ufficio e che questa delimitazione vada inserita esplicitamente nella legge. Questa è la direzione auspicata anche nel messaggio, che propone di sostituire il termine più generico di "reati" con le nozioni giuridiche più profilate di "crimini o delitti", ad esclusione quindi dei reati minori. La Commissione ritiene inoltre che la formulazione proposta dal Consiglio di Stato sia di difficile comprensione per il personale sanitario e ripropone l'attuale formulazione di "reati".

Infine, proprio in considerazione della delicata relazione medico-paziente e della tutela del rapporto terapeutico, la Commissione ha deciso di attenuare l'indicazione temporale del momento in cui l'operatore deve effettuare la segnalazione sostituendo l'avverbio "immediatamente" con "rapidamente entro un massimo di 30 giorni". La soluzione proposta dalla Commissione, in considerazione del fatto che un termine temporale debba essere inserito per evitare dichiarazioni del tipo "la segnalazione l'avremmo fatta domani" è stata concordata con il Medico cantonale.

Ovviamente più il reato è grave e/o più vi sono terze persone in pericolo più veloce dovrà essere l'intervento del medico/operatore sanitario che dovrà in ogni caso essere tempestivo. Con questa soluzione si vuole appoggiare le tesi degli psichiatri intervenuti nel dibattito, i quali hanno chiesto di ottenere un certo margine ("*elasticità nel decidere*") nel senso che «*si può procedere con la denuncia, ma questa non può essere immediata e decisa automaticamente, a meno che non si tratti di reati gravi*» (audizione Dr. med. Bausch, 8.6.2017).

I medici sono spesso confrontati con situazioni complicate ed è opportuno concedere loro il tempo necessario per valutare la situazione e decidere con coscienza su come affrontare la situazione. L'immediatezza della segnalazione non permetterebbe nessuna analisi, nemmeno della credibilità dei racconti dei propri pazienti.

Infine si reputa opportuno prevedere che la segnalazione vada fatta al Ministero pubblico direttamente o per il tramite del Medico cantonale, e ciò per offrire agli operatori sanitari una via meno istituzionale e un sostegno concreto da parte del Medico cantonale nell'operazione di segnalazione.

Questa soluzione in definitiva dovrebbe consentire una ponderazione corretta fra la tutela del rapporto di fiducia medico e paziente, in funzione di una terapia efficace e la tutela dell'interesse generale a comunque perseguire crimini e delitti.

Resta comunque il fatto che l'applicazione sistematica dell'obbligo di segnalazione può risultare problematica dal profilo giuridico. Il Giudice Ermani nella sua audizione del 13.4.2017 lo ha sottolineato affermando di aver «*dubbi che l'applicazione sistematica di questo principio non si scontri eventualmente con il diritto superiore*» e che «*ancora una volta è la valutazione degli interessi in gioco che fa la differenza. Questa valutazione non può essere fatta dalla legge, ma sono sempre i casi di applicazione*».

Sulla stessa linea è anche il PG Nosedà il quale, sul «*problema delicato dell'ordine di segnalazione nel caso della persona che confida al medico di essere vittima o autore di un reato*», ha sostenuto che «*a quel punto attribuisco la competenza decisionale al medico, con tutte le responsabilità del caso*».

Da ciò ne consegue che l'art. 68 cpv. 2 dovrà comunque essere applicato con una certa prudenza.

Conclusioni commissionali in merito all'art. 68 cpv. 3

La Commissione approva la stesura di questo articolo.

Conclusioni commissionali in merito all'art. 68 a cpv. 1 (nuovo)

La Commissione ha fatto presente al DSS della necessità di correggere il testo aggiungendo il cpv. 2, accanto al già menzionato cpv. 3. La differenza contenutistica non è di scarso rilievo. Con lettera 5.5.2017 il DSS ha confermato la presenza di un refuso all'art. 68 a cpv. 1 (nuovo) e proposto la corretta versione che va considerata nel DL finale.

¹*Chiunque diriga una struttura sanitaria o servizio sanitari ha l'obbligo di informare immediatamente il Ministero pubblico e il Medico Cantonale di ogni caso di reato di cui all'art. 68 cpvv. 2 e 3 perpetrato da un proprio dipendente o collaboratore di cui è venuto a conoscenza in relazione con la propria funzione e professione.*

La Commissione approva la stesura dell'articolo così emendato.

Conclusioni commissionali in merito all'art. 68 b (nuovo)

La Commissione approva la stesura di questo articolo.

Art. 69 cpv. 2 e cpv. 4 (nuovo)

Rinviando alle considerazioni sub art. 30 a cpv. 2 la Commissione propone la seguente modifica del cpv. 2:

Art. 69

²*I medici, i dentisti, i farmacisti ed i veterinari, sono tenuti ad assicurare i servizi di picchetto **segnatamente notturno e festivo di base e, eventualmente, specialistico** organizzati dagli Ordini a livello regionale e locale in conformità all'art. 30a cpv. 2.*

Nel passato era stata riconosciuta un'indennità agli ordini per l'organizzazione del servizio sanitario di picchetto notturno e festivo, successivamente revocata per ristrettezze finanziarie del Cantone. La Commissione ritiene che il principio di riconoscere un'indennità agli ordini tenuti a organizzare i picchetti sia corretto, tuttavia, tenuto conto delle reiterate difficoltà finanziarie del Cantone, rinuncia in questa occasione a ritornare sul tema. Anche l'Ordine dei medici rappresentato dal suo Presidente, Dr. Denti, è di questo avviso, ma si riserva di tornare sul tema in un futuro.

Nella sua audizione del 30.3.2017 il Capo Ufficio di sanità ha spiegato che con l'introduzione della base legale per il prelievo dei contributi sostitutivi, «*si intende colmare una lacuna, sulla base anche di una sentenza del TF rispetto al caso del Canton Argovia*».

La Commissione saluta positivamente l'introduzione della base legale formale ed esplicita di cui al cpv. 4 e ritiene congrui gli importi indicati, anche se quello massimo risulta piuttosto elevato. Gli importi attualmente previsti dai regolamenti OMCT risp. dai suoi Circoli rientrano senz'altro in quella forma, più vicini al limite inferiore.

Art. 70 (Pubblicità e comparaggio)

Facendo riferimento ai commenti sub. art. 64 la Commissione propone la seguente modifica dell'art. 70.

Art. 70

¹*Ogni operatore sanitario deve praticare esclusivamente una pubblicità oggettiva e corrispondente all'interesse generale, non ingannevole né invadente.*

²*Egli deve tutelare, nel collaborare con membri di altre professioni sanitarie, esclusivamente gli interessi dei pazienti e operare indipendentemente da vantaggi finanziari.*

³*In particolare è vietata ogni forma di contratto o accordo tra operatori sanitari che limiti la libertà di scelta del paziente o che lo esponga a uno stato di dipendenza. Sono parimenti vietati accordi o contratti con laboratori di analisi, farmacie, altre strutture sanitarie o aziende che espongono l'operatore sanitario a obblighi e situazioni di dipendenza incompatibili con la dignità professionale o con l'interesse sanitario o economico del paziente.*

⁴*Sono riservati i contratti con gli assistenti e quelli per l'assolvimento di periodi di pratica e perfezionamento professionale.*

Art. 71 - Titoli di studio esteri

La Commissione concorda con il testo proposto nel Messaggio, che è ripreso dal regime previsto dalla legislazione federale in materia (LPMed e OPMed).

Inquadrare il contesto normativo per capire in definitiva quali titoli sia lecito pubblicare e come va fatto non è un'operazione semplice e immediata. Entrano infatti in gioco molteplici basi legali di riferimento, talvolta fra loro sovrapposte, o addirittura contraddittorie.

Da una parte il codice deontologico della FMH del 1997, che ha regolamentato per la prima volta la materia. Successivamente, nel 2008, è entrata in gioco la Legge federale sulle professioni mediche (LPMed) in cui sono consacrate delle disposizioni sull'uso dei diplomi e dei titoli di perfezionamento e previste delle sanzioni in caso di violazione. Altre disposizioni si trovano nella Legge contro la concorrenza sleale, nel Codice penale e nelle leggi sulle università, così come, indirettamente (per il tramite degli Accordi bilaterali) nella direttiva europea sul riconoscimento dei diplomi.

Per facilitare il compito alle autorità cantonali di vigilanza sanitaria, ai tribunali e alle commissioni deontologiche, ma anche per permettere ai medici di ottenere maggiore chiarezza, nel novembre 2015 la FMH e l'ISFM hanno pubblicato delle raccomandazioni dal titolo "*Recommandations de la FMH e de l'ISFM sur la mention des dénominations académiques; titres de spécialiste et autres qualifications médicales; informations relatives à l'activité médicale, offres de prestations, qualifications non médicales, études postgrades; affiliations*".

Art. 72 - Sostituzioni

La Commissione prende atto che il periodo massimo di 6 mesi previsto al cpv. 1 è allineato a quanto previsto dalla Convenzione quadro TARMED (CQT) sottoscritta nel 2002 dalla FMH (art. 8) e di quanto dichiarato dal Capo Ufficio di sanità nella sua audizione del 30.3.2017, il quale ha affermato che «*se il periodo viene allungato troppo, potrebbe diventar un modo per aggirare la moratoria*» ex 55 a LAMal; inoltre «*le deroghe sono sempre possibili se giustificate, come nel caso della maternità*».

La Commissione approva la modifica.

Art. 73 e 76 - Divieto della "Profarmacia" ed esclusività ai farmacisti

Su spunto dell'OMCT la Commissione ha preso in considerazione l'ipotesi di riportare in discussione, come recentemente avvenuto nei Cantoni GR e SH, una maggiore apertura alla vendita diretta dei medicinali da parte dei medici (Profarmacia; "Selbstdispensation").

Tuttavia per non ritardare i lavori commissionali e parlamentari nell'ambito della presente revisione si è deciso di affrontare il tema attraverso un atto parlamentare separato.

Art. 74 (ambulatori secondari)

Nessuna osservazione.

Art. 79 cpv. 1a (nuovo), 2, 4 e 5 (nuovo)

La Commissione condivide l'estensione dell'autorizzazione ai servizi ambulatoriali (persone giuridiche o istituti), con la precisazione contenuta nel messaggio secondo cui gli operatori che svolgono l'attività a titolo indipendente e da soli non rientrano nella nuova disposizione.

Art. 80 cpv. 2 (strutture stazionarie)

Nessun commento.

Art. 81 cpvv. 4 (nuovo) e 5 (nuovo) - Requisiti per l'autorizzazione di ospedali, cliniche, case di cura e altre strutture assimilabili

La Commissione condivide l'elencazione dei requisiti al cpv. 4.

Riprendendo la discussione sul numero minimo di posti di formazione iniziata nei commenti sub art. 58a cpv. 3 (nuovo) il DSS, nella sua presa di posizione del 28.8.2017, ha ritenuto che *«l'imposizione di determinati obblighi formativi, pur avendo finalità lodevoli, non può tuttavia essere considerata un requisito di polizia sanitaria, atto cioè a garantire la sicurezza dei pazienti, senza il quale l'esercizio della struttura non può essere autorizzato»*, obiettivo che invece assolve l'imposizione di numeri massimi ex nuovo art. 58 a cpv. 3, poiché predisposta per evitare abusi *«nel senso dell'assunzione di un numero eccessivo di operatori in formazione impossibili da seguire, a scopi essenzialmente finanziari e retributivi»*.

A ciò il DSS ha aggiunto *«che per quanto concerne i medici diplomati svizzeri non risultano problemi nel reperimento di posto per il perfezionamento professionale»* e il problema semmai si situa *«nell'insufficiente numero di medici formati in Svizzera»*.

Per quanto riguarda gli operatori non-universitari, prosegue il DSS *«l'obbligo di formare è già previsto dall'art. 66a segg. LCAMal e viene codificato nei contratti di prestazione dei singoli istituti»*.

Ciò nonostante, secondo il Rapporto nazionale sul fabbisogno di personale nelle professioni sanitarie 2016 (<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1143&L=1>), i diplomi nelle professioni sanitarie conseguiti nel 2014 coprivano soltanto il 43 per cento del fabbisogno annuo di nuove leve previsto fino al 2025. Alla luce di questa previsione e di un probabile peggioramento della situazione del reclutamento in seguito all'accoglimento dell'iniziativa popolare *Contro l'immigrazione di massa* il 9 febbraio 2014, il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca (DEFR) e il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di proporre nuove misure, in collaborazione con i Cantoni e le organizzazioni del mondo del lavoro.

La Commissione, sulla scorta di questi dati, ritiene importante che tutti gli istituti ospedalieri contribuiscano all'offerta di posti di formazione e propone quindi un cpv. 5 nel quale si dà al Dipartimento l'incarico di stabilire, a seconda delle caratteristiche del singolo

istituto (volumi, eccetera), un numero minimo di posti di formazione per categoria professionale.

La Commissione fa inoltre presente che il Cantone sponsorizza la formazione di medici negli ospedali mentre incomprensibilmente il Ticino è l'unico Cantone a non sostenere la formazione negli studi medici.

Auspica quindi che questa lacuna venga colmata al più presto.

Art. 81

⁵*Il Dipartimento stabilisce il numero minimo di posti di formazione per categoria professionale per responsabile o servizio di ogni singolo istituto proporzionato alla dimensione e ai volumi di prestazioni dello stesso.*

Con questa modifica si ritiene **parzialmente evasa la mozione Ghisla** (mozione 1195 e relativo Messaggio governativo 7364). Per ritenerla evasa completamente occorrerà intervenire anche sulla LCAMal e prevedere l'obbligo di formazione anche per gli operatori universitari accanto a quelli non universitari (cfr. art. 66 a segg. LCAMal).

Art. 84 cpv. 1, 2 e 3 - Drogherie

Nessun commento.

Art. 86 (nuovo) - Servizi ambulatoriali

Nessun commento.

Art. 94 - Tasse

Nessun commento.

Art. 95 cpv. 3 e 5 (nuovo) - Punibilità

La Commissione è d'accordo con l'inclusione dell'omissione.

Art. 95b (nuovo) - Infrazioni in materia di alcol e tabacco

La Commissione è d'accordo con l'allineamento alla LEAR. Prende atto che il limite massimo delle multe è fissato a CHF 100'000.- (cfr. art. 95 Legge sanitaria).

Art. 98 - Prescrizione

La Commissione è d'accordo con l'allineamento ai termini della LPMed.

Art. 99a cpv. 1 - Diritto di ricorso

La Commissione prende atto che diversamente dall'art. 26 in questo articolo non sono menzionate le "Associazioni". Il Capo Ufficio di sanità nella sua audizione del 30.3.2017 indica che l'art. 99 a si riferisce a «*decisioni sanzionatorie formali*» competenza che «*per diritto costituzionale è riservata allo Stato*». Rispetto alle associazioni gli ordini sono di diritto pubblico e quindi hanno una legittimazione superiore.

Art. 99b - Assistenza amministrativa

Nessuna osservazione.

Art. 102a cpv. 1 - Autorizzazione droghisti e drogherie

Nessuna osservazione.

Art. 102d (nuovo) - Assistenti farmacisti, audioprotesisti, terapeuti complementari, guaritori

Nessuna osservazione.

Art. 102e (nuovo) - Servizi ambulatoriali

Nessuna osservazione.

Art. 102f (nuovo) - Operatori sanitari senza attività dipendente

Con riferimento ai commenti espressi sub art. 62 si propone la seguente (nuova) disposizione transitoria:

Art. 102f (nuovo)

Operatori sanitari senza attività dipendente - Autorizzazione

¹L'obbligo di cui all'art. 62 cpv. 2 si applica al personale assunto dopo l'entrata in vigore della modifica di legge del (data).

Art. 102g (nuovo) - Competenze linguistiche

Con riferimento ai commenti espressi sub art. 56 cpv. 2 lett. a) si propone la seguente (nuova) disposizione transitoria:

Art. 102g (nuovo)

¹Gli operatori che all'entrata in vigore della modifica di legge del esercitano una professione medica universitaria dovranno acquisire le competenze linguistiche di cui all'art. 56 cpv. 2 lett. a entro un anno dall'entrata in vigore della precitata modifica di legge.

Art. 102h (nuovo) - Prescrizione

In fase di revisione si è aggiunto in accordo con il Dipartimento un ulteriore art. 102h per esplicitare che l'allineamento a livello di termini di prescrizione in virtù della legge sanitaria si applica per le infrazioni commesse dopo l'entrata in vigore della revisione. Ciò per evitare di rischiare che in virtù del principio della *lex mitior* vadano a prescriversi alcune infrazioni che oggi conoscono un termine di cinque anni, ma alle quali si applicherebbe altrimenti anche il termine relativo di due anni (contro il termine di prescrizione assoluto nuovo dei 10 anni).

Art. 102h (nuovo)

Ai procedimenti disciplinari e contravvenzionali in virtù della presente legge relativi a fatti commessi prima dell'entrata in vigore della modifica di legge del (data) si applicano i termini di prescrizione previgenti.

6. CONCLUSIONE

In un mercato, quello della sanità, dove l'offerta determina la domanda e dove le prestazioni sono a carico di un'assicurazione sociale, considerato anche che il progresso tecnologico aumenta i costi e l'invecchiamento della popolazione il numero di persone che

necessitano di cure, è fondamentale aumentare e affinare il controllo sulla qualità e l'economicità delle prestazioni offerte.

Le cifre sugli operatori sanitari esposte nel messaggio sono impietose e destano una certa preoccupazione sia dal profilo della crescita incontrollata dei costi dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, sia dal profilo della vigilanza sanitaria, che è messa a dura prova dal numero elevato di autorizzazioni che è tenuta a rilasciare e dall'incremento delle procedure sanzionatorie.

Non si è inoltre tenuto debitamente in considerazione a livello federale delle difficoltà che a fronte di conoscenze scientifiche sicuramente simili, vi è una scarsa conoscenza del sistema socio-sanitario svizzero e delle diverse normative etiche/deontologiche e legali che lo reggono. Queste lacune influiscono negativamente sulla corretta presa a carico dei nostri pazienti, con possibili ripercussioni sociali (ad esempio ritardi negli annunci dei casi di invalidità), perdita di qualità e di fiducia del sistema sanitario.

In questo contesto la Commissione ritiene importante che il nostro Cantone utilizzi al meglio gli spazi che ancora gli restano e anche osi colmare con scelte proprie qualche eventuale lacuna o smagliatura del diritto superiore attraverso un esercizio puntuale, rigoroso e anche severo della vigilanza sugli operatori sanitari, a partire dall'autorizzazione di esercizio e fino all'esercizio effettivo, soprattutto per garantire la qualità delle cure delle persone e delle strutture che le offrono e la tutela dei pazienti. A questo scopo la Commissione riconosce come fondamentale, anche la collaborazione proficua fra tutte le istanze interessate, dal Dipartimento, agli Ordini professionali, agli assicuratori e agli istituti sociali.

La Commissione ritiene che questa revisione parziale sia per il Parlamento un'occasione privilegiata per riflettere anche in maniera più ampia sulla sanità ticinese (accanto ai temi più discussi dei premi di cassa malati, della pianificazione ospedaliera e dei rapporti fra il settore pubblico e il settore privato) e sulla della presenza sempre più marcata di operatori sanitari, soprattutto medici, provenienti da formazioni, culture e consuetudini diverse dalle nostre; del mantenimento della qualità delle cure e dell'oggi auspicabile suo accresciuto controllo. Ricordiamo che il sistema sanitario svizzero è il sistema più efficiente, più efficace e più equo al mondo ed è nostro compito come politici fare tutto quanto possibile affinché resti tale.

Questa revisione parziale è un passo nella giusta direzione e presenta una serie di vantaggi fra cui: una base legale aggiornata e al passo con le leggi federali, un moderno elenco delle professioni sanitarie, un maggior controllo degli operatori e dei servizi, una protezione maggiore dei diritti dei pazienti e un sistema di vigilanza, di controllo di sanzionamento efficace e ricettivo.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Simone Ghisla e Franco Denti, relatori

Campana - Caverzasio - Crugnola - Galusero - Garobbio -

Guscio - Jelmini - La Mantia (con riserva) - Morisoli (con riserva) -

Pagani G. - Pagani L. - Polli - Robbiani - Terraneo

Allegata: Tabella relativa alle "*Istanze nulla osta 90 gg*"

Disegno di

LEGGE

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

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- vista la legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate (LDPS) del 14 dicembre 2012¹;
- vista la legge federale sulle professioni mediche universitarie (LPMed) del 23 giugno 2006²;
- vista la legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi) del 18 marzo 2011³;
- vista la legge federale sulla ricerca sull'essere umano (Legge sulla ricerca umana, LRUm) del 30 settembre 2011⁴;
- visti gli articoli 360 e seguenti del Codice civile (CC)⁵;
- vista la legge federale sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano (LEp) del 28 settembre 2012⁶;
- visto il messaggio 4 ottobre 2016 n. 7227 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 9 novembre 2017 n. 7227R della Commissione speciale sanitaria,

d e c r e t a :

I.

La legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989 è così modificata:

Titolo

Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, LSan)

Art. 5 cpv. 2

²Sono riservate le disposizioni del diritto penale concernenti le misure terapeutiche e d'internamento, le disposizioni del diritto civile concernenti la privazione della libertà a scopo d'assistenza e le disposizioni in materia di immunizzazione e di lotta alle malattie trasmissibili.

¹ RS 935.01

² RS 811.11

³ RS 935.81

⁴ RS 810.30

⁵ RS 210

⁶ RS 818.101

Art. 6 cpv. 2

²Se il paziente è incapace di discernimento l'informazione deve essere data alla persona di fiducia designata dal paziente, al rappresentante legale del paziente minorenni o alle persone con diritto di rappresentanza ai sensi dell'art. 378 CC.

Art. 7

Consenso informato a) persone capaci di discernimento

¹Riservato l'art. 5 cpv. 2, il consenso informato del paziente capace di discernimento, maggiorenne o minorenni, è necessario per qualsiasi prestazione sanitaria (preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa) propositagli.

²Riservati i casi di cui all'art. 16 CC la capacità di discernimento è presunta nei minorenni che hanno compiuto il sedicesimo anno di età.

³Il consenso di cui al cpv. 1 può essere espresso anche in modo tacito per atti concludenti nel caso di prestazioni sanitarie non invasive o che non comportano un rischio rilevante per il paziente o che non sono suscettibili di invadere la sua sfera intima.

Art. 8

b) direttive anticipate e mandato precauzionale

¹Chi è capace di discernimento può, in direttive vincolanti, designare i provvedimenti medici ai quali accetta o rifiuta di essere sottoposto nel caso in cui divenga incapace di discernimento e/o designare una persona fisica che discuta i provvedimenti medici con il medico curante e decida in suo nome nel caso in cui divenga incapace di discernimento.

²Al riguardo fanno stato gli articoli 370 e seguenti CC.

Art. 8a (nuovo)

c) persone incapaci di discernimento

¹Al paziente incapace di discernimento si applicano, direttamente o per analogia, gli articoli 377 e seguenti CC.

²In particolare nelle situazioni d'urgenza possono essere presi i provvedimenti conformi alla volontà presumibile e agli interessi della persona incapace di discernimento (art. 379 CC).

Art. 9 cpv. 1

¹Il paziente capace di discernimento può revocare in ogni tempo il proprio consenso e quindi interrompere una cura, rifiutare prestazioni sanitarie o dimettersi da una struttura stazionaria. Rimane riservato l'art. 5 cpv. 2 di questa legge.

Art. 10

Abrogato.

Art. 10a

a) Comitato etico

¹Il Consiglio di Stato, dopo consultazione degli Ordini e delle associazioni degli operatori sanitari interessati, nomina il Comitato etico incaricato di esaminare e di approvare i progetti di ricerca ai sensi della legge federale concernente la ricerca sull'essere umano (LRUm).

²Il Comitato etico è pure competente per esaminare e approvare la ricerca condotta su embrioni in vitro secondo la legge federale concernente la ricerca sulle cellule staminali embrionali (legge sulle cellule staminali, LCEl⁷).

³Nessuna ricerca sulle malattie dell'essere umano, nonché sulla struttura e sulla funzione del corpo umano può essere avviata nel Cantone senza l'approvazione del Comitato etico.

⁴Il Comitato è composto di almeno nove membri e può avvalersi della consulenza di esperti e di periti esterni.

Art. 10b

b) Commissione di ricorso

¹Contro le decisioni del Comitato etico è ammesso il ricorso dell'istante, entro 30 giorni dalla notifica, ad una speciale Commissione di ricorso; la procedura è scritta.

²La Commissione è composta da un esperto di etica e da due docenti universitari di specialità mediche, che vengono designati dal Consiglio di Stato di volta in volta, dopo la ricezione della dichiarazione di ricorso.

³Per ogni decisione presa, la Commissione di ricorso può prelevare, oltre le spese, una tassa fino ad un massimo di franchi 5 000.-.

⁴Contro le decisioni della Commissione è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Art. 11

Abrogato.

Art. 12

Abrogato.

Art. 15

Abrogato.

Art. 19 cpv. 3 (nuovo)

³Alle restrizioni delle libertà di movimento come pure alle restrizioni di tutte le libertà personali delle persone incapaci di discernimento in istituti di accoglienza e cura si applicano, direttamente o per analogia, gli articoli 383 e seguenti CC.

⁷ RS 810.31

Art. 20 cpv. 4 e 5 lett. e) (nuovi)

⁴Il segreto professionale non può essere opposto all'autorità di vigilanza qualora le informazioni siano chieste ai fini dell'espletamento dei propri compiti d'ispezione e vigilanza.

⁵Non soggiacciono all'obbligo del segreto professionale:

e) le segnalazioni inerenti ai casi in cui vi sia un fondato sospetto di prescrizione o dispensazione non adeguata di stupefacenti e sostanze psicotrope che costituiscono un reato ai sensi dell'art. 20 della legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951.

Art. 21 cpv. 3 (nuovo)

³Con la denuncia viene dato avvio a un procedimento disciplinare nei confronti dell'operatore o della struttura sanitari denunciati, oppure nei confronti di entrambi.

Art. 24 cpv. 1

¹La Commissione di vigilanza accerta la fondatezza delle denunce previste dall'art. 21 cpv. 1 e 2.

Art. 26 cpv. 3 (nuovo)

³Il Consiglio di Stato può delegare ad altre unità amministrative e agli Ordini e Associazioni professionali (in tal caso considerati ausiliari del Medico cantonale) determinati compiti nell'ambito della vigilanza sanitaria.

Art. 30a cpv. 2

²In particolare, gli Ordini dei medici, dei dentisti, dei farmacisti e dei veterinari organizzano il servizio sanitario di picchetto, segnatamente notturno e festivo, di base e, eventualmente, specialistico.

Titolo che precede l'art. 40b

B. Malattie trasmissibili

Art. 40b (nuovo)

Il Consiglio di Stato è competente per l'applicazione della legge federale sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano (legge sulle epidemie) e delle relative ordinanze ed emana le necessarie disposizioni.

Art. 45 cpv. 1

¹Il servizio dentario scolastico ha lo scopo di promuovere la prevenzione e la cura dentaria degli allievi delle scuole elementari e medie, pubbliche e private, del Cantone.

Art. 51

¹Nei commerci e nei negozi del Cantone è vietata la vendita e il consumo di bevande alcoliche:

- a) alle persone di età inferiore ai 18 anni;
- b) alle persone che si trovano in stato di ebbrietà.

²Sono parimenti vietati:

- a) l'acquisto di bevande alcoliche destinate a persone inferiori ai 18 anni o in stato di ebbrietà;
- b) gli incentivi al consumo di alcolici di cui all'art. 25 della legge sugli esercizi alberghieri e sulla ristorazione del 1° giugno 2010.

³La distribuzione e la vendita di alcol tramite distributori automatici è autorizzata unicamente a condizione che il rispetto del divieto sancito dal cpv. 1 sia garantito da adeguate misure di controllo.

Art. 52 cpv. 5

⁵Abrogato.

Art. 52a (nuovo)

d) protezione dei giovani

¹La distribuzione e la vendita di tabacco e dei suoi derivati a giovani minori di 18 anni è vietata.

²Il personale di vendita è tenuto a controllare l'età del cliente, esigendo la presentazione di un documento di identità ufficiale, qualora vi fossero dubbi sull'età dello stesso.

³La distribuzione e la vendita di tabacco e dei suoi derivati tramite distributori automatici è autorizzata unicamente a condizione che il rispetto del divieto sancito dal cpv. 1 sia garantito da adeguate misure di controllo.

Art. 53

Autorizzazione e vigilanza

¹L'esercizio nel Cantone di un'attività sanitaria relativa a pazienti umani o animali è sottoposto ad autorizzazione.

²L'autorizzazione viene rilasciata agli operatori sanitari di cui all'art. 54, fatte salve le eccezioni previste dalla legge o dai regolamenti.

³Qualsiasi tipo di attività sanitaria è in ogni caso sottoposto a vigilanza.

⁴Il Consiglio di Stato è competente per l'applicazione delle leggi federali concernenti le professioni sanitarie. Esso può inoltre disciplinare per regolamento l'attività degli operatori sanitari previsti dall'art. 54 e proteggere e riconoscere i diplomi e titoli degli operatori sanitari previsti dall'art. 62.

⁵L'operatore autorizzato è tenuto ad esporre in modo ben visibile nel proprio ambulatorio il certificato di libero esercizio rilasciato dal Cantone.

Art. 53a (nuovo)

**Obbligo di
dichiarazione
a) prestatori di
servizi
transfrontalieri**

¹I prestatori di servizi ai sensi dell'art. 1 della legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate del 14 dicembre 2012 (LDPS) possono esercitare la propria attività sanitaria nel Cantone per al massimo 90 giorni per anno civile con un nulla osta, previa verifica delle qualifiche professionali, e secondo le disposizioni di quest'ultima legge.

²Laddove la competenza di regolamentazione delle qualifiche di una professione sanitaria spetta al Cantone, il Dipartimento verifica le qualifiche professionali dei prestatori di servizi. Se la qualifica professionale attestata presenta una differenza sostanziale rispetto ai requisiti per l'esercizio della professione validi nel Cantone, tale da nuocere alla sanità pubblica, al prestatore di servizi è data la possibilità di dimostrare, segnatamente mediante una prova attitudinale, di avere acquisito le conoscenze e le competenze mancanti.

³Il nulla osta è rilasciato alle medesime condizioni del libero esercizio.

Art. 53b (nuovo)

**b) prestatori di
servizi residenti in
altri Cantoni**

¹Gli operatori sanitari che dispongono di un'autorizzazione al libero esercizio della propria attività in un altro Cantone possono esercitare la propria attività sanitaria nel Cantone per al massimo 90 giorni per anno civile con un nulla osta.

²Le restrizioni e gli oneri legati alla loro autorizzazione si applicano pure a tale attività.

³Essi sono tenuti a informare in anticipo le autorità competenti mediante dichiarazione scritta corredata da una copia autenticata dell'autorizzazione di libero esercizio rilasciata dal Cantone di residenza, dall'attestato originale di *good professional standing* dell'autorità competente del Cantone di residenza e dell'eventuale ulteriore documentazione stabilita dal Consiglio di Stato.

Art. 54

**Operatori sanitari
abilitati a esercitare
sotto la propria
responsabilità
professionale
a) definizioni**

¹Sono considerati operatori sanitari abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale, a titolo indipendente o dipendente, e possono quindi ottenere il libero esercizio secondo questa legge le persone qualificate nelle professioni di:

- a) medico, medico dentista, medico veterinario, farmacista, chiropratico, osteopata, psicologo attivo in ambito sanitario, psicoterapeuta;
- b) levatrice, infermiere, fisioterapista, logopedista, psicomotricista, ergoterapista, dietista, odontotecnico, droghiere, optometrista, ottico, podologo, estetista, massaggiatore medicale, arteterapeuta, fisioterapista per animali, naturopata con diploma federale, terapeuta complementare con diploma federale, igienista dentale, audioprotesista.

²Il Consiglio di Stato può completare l'elenco di cui al cpv. 1 con ulteriori professioni laddove ciò appaia giustificato in virtù dei relativi percorsi formativi e quadri professionali.

Art. 55 cpv. 1 e 2

b) autorità competente

¹Il Dipartimento è l'autorità competente a concedere l'autorizzazione per l'esercizio di una professione sanitaria.

²All'esercizio sotto la responsabilità professionale di un altro operatore sanitario autorizzato delle professioni previste dall'art. 54 lett. b si applicano le disposizioni dell'art. 58 e le eventuali direttive emanate dal Dipartimento.

Art. 56 cpv. 1, 2, 4 e 5, 6 (nuovi)

c) requisiti

¹L'autorizzazione è concessa alle persone che:

- a) sono titolari di un diploma, di un attestato o di un certificato di un istituto universitario o di una scuola svizzeri riconosciuti o di altri titoli dichiarati equipollenti;
- b) sono degne di fiducia;
- c) possiedono i requisiti psichici e fisici necessari all'esercizio della professione.
- d) hanno assolto un periodo di pratica di due anni, laddove ciò è previsto dai regolamenti di applicazione della presente legge.

²Sono inoltre richiesti:

- a) la padronanza della lingua italiana e, per le professioni mediche universitarie regolamentate dalla LPMed, l'autonomia in una seconda lingua nazionale che corrisponda a un certificato B1 secondo gli standard internazionali;
- b) una copertura assicurativa sufficiente per eventuali danni cagionati nell'ambito dell'attività professionale.

⁴Il Consiglio di Stato può precisare mediante regolamento i requisiti di cui ai cpv. 1 e 2; esso può in particolare prevedere l'obbligo di dimostrare la padronanza della lingua italiana mediante il superamento di un esame specifico. Eccezioni al cpv. 2 lett. a) sono possibili temporaneamente per coloro che esercitano sotto sorveglianza specialistica, nella misura in cui ciò si impone per garantire l'assistenza ai pazienti, non sia stato possibile trovare una persona in grado di comprovare tali competenze linguistiche e sia garantita la sicurezza dei pazienti. In questi casi le conoscenze linguistiche richieste dovranno tuttavia essere acquisite entro un anno.

⁵Se le condizioni previste per la sua concessione non sono soddisfatte l'autorizzazione è rifiutata o revocata; ove le circostanze lo esigono la decisione di revoca può essere resa immediatamente esecutiva a titolo cautelativo.

⁶Sono riservate le disposizioni federali applicabili agli operatori sanitari soggetti alle leggi federali.

Art. 56a (nuovo)

d) documentazione

¹I requisiti di cui all'art. 56 sono documentati:

- a) dal diploma, dall'attestato o dal certificato di capacità;
- b) dall'estratto del casellario giudiziale completo rilasciato dalle competenti autorità dei luoghi in cui l'istante ha risieduto e lavorato nei cinque anni precedenti l'istanza;

- c) dal *good professional standing* rilasciato dalle competenti autorità dei luoghi in cui l'istante è stato attivo nei cinque anni precedenti l'istanza;
- d) dall'autocertificazione compilata sui moduli dell'autorità competente;
- e) da un certificato medico di idoneità. È riservato l'art. 60;
- f) dagli attestati scolastici o certificati rilasciati conformemente al portafoglio europeo delle lingue;
- g) dal certificato d'assicurazione.

²Sono riservati ulteriori accertamenti da parte dell'autorità competente, sia mediante coinvolgimento dell'istante, sia mediante contatto diretto con altre autorità o con i datori di lavoro dell'istante.

Art. 57 (marginale)

e) eccezione

Art. 58 cpv. 1, 2, 5 e 6

**f) esercizio
dipendente sotto la
responsabilità di
terzi**

¹Se sono ossequiate le disposizioni di questo articolo è presunta l'autorizzazione degli operatori delle professioni previste dall'art. 54 lett. b), se l'operatore in questione non esercita sotto la propria responsabilità professionale.

²L'operatore sanitario titolare oppure la direzione sanitaria o amministrativa di un servizio o struttura sanitari autorizzati, prima di assumere un operatore in forma dipendente che non necessita di autorizzazione del Dipartimento, deve procedere alla verifica delle condizioni e dei requisiti conformemente alle disposizioni dell'art. 56 cpv. 1 lett. a), b) e c), cpv. 2 e cpv. 4 e dell'art. 59.

⁵Abrogato.

⁶Il titolare e la direzione sanitaria o amministrativa sono tenuti in ogni tempo a mettere a disposizione del Dipartimento, per ogni operatore sanitario dipendente, i documenti previsti dall'articolo 56a.

Art. 58a (nuovo)

**g) operatori in
formazione**

¹Gli operatori sanitari in formazione devono disporre dei diplomi, attestati o certificati adeguati ed esercitano sotto la sorveglianza e la responsabilità del titolare o dell'operatore sanitario superiore in possesso del libero esercizio e di un'adeguata esperienza.

²L'autorizzazione è limitata nel luogo e nel tempo.

³Il Dipartimento può stabilire il numero massimo di persone ammesse alla formazione per responsabile o servizio.

Art. 59

h) misure disciplinari ¹In caso di violazione degli obblighi professionali, delle prescrizioni della presente legge o delle sue disposizioni d'esecuzione, l'autorità di vigilanza può ordinare le seguenti misure disciplinari:

- a) un avvertimento;
- b) un ammonimento;
- c) una multa fino a 20'000 franchi;
- d) un divieto di libero esercizio della professione per sei anni al massimo (divieto temporaneo);
- e) un divieto definitivo di libero esercizio della professione per l'intero campo d'attività o per una parte di esso.

²Le misure disciplinari di cui al cpv. 1 sono pronunciate dal Dipartimento, sentito l'avviso della Commissione di vigilanza prevista dall'art. 24, salvo nei casi di infrazione alle disposizioni sulla pubblicità, sull'obbligo di partecipare ai servizi di emergenza, sull'obbligo di aver concluso un'assicurazione di responsabilità civile e nei casi di esercizio abusivo.

³È riservata la possibilità di delega di competenze decisionali agli Ordini professionali di diritto pubblico, in applicazione dell'art. 26 cpv. 3.

⁴Ove le circostanze lo esigono il Dipartimento può sospendere immediatamente, a titolo cautelativo, l'autorizzazione.

⁵Nell'ambito del procedimento disciplinare è pure ammesso l'interrogatorio della parte; al riguardo si applicano per analogia gli articoli 142-146 del codice di procedura penale del 5 ottobre 2007, ritenuto che le autorità amministrative incaricate della vigilanza sono parificate alle autorità penali e gli interrogatori possono essere effettuati anche dai loro collaboratori.

⁶I provvedimenti e le sanzioni pronunciati in virtù del presente articolo o delle disposizioni federali sono comunicate agli Ordini professionali e possono essere pubblicati sul Foglio ufficiale. Nei casi di particolare gravità possono parimenti essere comunicati alle strutture o servizi sanitari autorizzati nella misura in cui si tratti di potenziali datori di lavoro. In ogni caso, i motivi della misura disciplinare possono essere trasmessi unicamente nel singolo caso di comprovata necessità.

Art. 60 cpv. 1 e 3 (nuovo)

i) durata ¹L'autorizzazione al libero esercizio delle professioni di cui all'art. 54 cpv. 1 è per principio valida fino al compimento del settantesimo anno di età.

³L'autorizzazione decade indipendentemente dall'età, previo accertamento formale impugnabile, nei casi in cui non ne viene fatto uso per due anni consecutivi.

Art. 61 cpv. 2

j) iscrizione all'albo ²L'albo è pubblicato per esteso periodicamente sul sito internet dell'Amministrazione cantonale.

Operatori sanitari non abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale

Art. 62

¹Non è soggetta ad autorizzazione l'attività degli operatori sanitari non elencati all'art. 54 e che, con o senza diploma, a titolo oneroso o gratuito, distribuiscono prestazioni o attuano terapie quali operatori dipendenti sotto la responsabilità professionale di un operatore, servizio, ambulatorio o struttura autorizzati.

²L'operatore sanitario titolare oppure la direzione sanitaria o amministrativa di un servizio, ambulatorio o struttura sanitari autorizzati, prima di assumere un operatore in forma dipendente che non necessita di autorizzazione del Dipartimento deve accertarsi che l'operatore in questione sia in possesso del diploma, svizzero o riconosciuto, confacente.

³Eccezioni a quanto previsto dal cpv. 2 possono essere autorizzate dal Dipartimento previo preavviso dei rispettivi Ordini o Associazioni professionali.

⁴Gli Operatori sanitari non abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale possono dispensare e/o attuare, nell'ambito dell'ambulatorio, del servizio o della struttura sanitaria, prestazioni e terapie prescritte da operatori sanitari autorizzati, nei limiti delle proprie capacità e conoscenze collaudate ed in quelli stabiliti dal competente operatore sanitario prescrittore.

⁵L'operatore non abilitato a esercitare sotto la propria responsabilità professionale è sottoposto, nell'esercizio delle attività previste dal cpv. 4 a tutte le pertinenti disposizioni di questa legge e dei regolamenti; egli può inoltre essere sanzionato ai sensi dell'art. 59 ed essere oggetto di un divieto d'esercizio della professione per mancato ossequio dei requisiti all'art 56 cpv. 1.

Art. 63 cpv. 1

¹È considerato terapeuta complementare ai sensi di questa legge chi è in possesso della relativa autorizzazione cantonale ed esercita la sua attività a titolo indipendente. Gli articoli 63-63c non si applicano al "naturopata con diploma federale" e al "terapeuta complementare con diploma federale".

Art. 63b cpv. 2 lett. h) e i) (nuove)

- h) offrire prestazioni rientranti nel campo di competenza del "naturopata con diploma federale" e del "terapeuta complementare con diploma federale", né di altre professioni sanitarie disciplinate;
- i) distogliere il paziente da cure e prestazioni scientificamente riconosciute.

Art. 63d

¹Sono considerati «guaritori», secondo questa legge, tutte le persone che, senza disporre di un'autorizzazione per l'esercizio di una qualsiasi professione prevista da questa legge, distribuiscono e/o attuano, occasionalmente o con regolarità, prestazioni di tipo sanitario o terapie comunemente accettate dalla tradizione locale e popolare a pazienti che lo richiedono.

²Il guaritore:

- a) deve godere di buona reputazione e di buona salute psichica e fisica;
- b) deve disporre di locali idonei all'attività svolta;
- c) può dispensare unicamente prestazioni e terapie non invasive e non pericolose, per la loro stessa natura, all'incolumità del paziente e non può distogliere il paziente da cure e prestazioni scientificamente riconosciute;
- d) deve comunicare al Dipartimento le sue generalità, il tipo di prestazioni dispensate e il luogo in cui esercita l'attività;
- e) prima di dare una prestazione e/o attuare una terapia è tenuto ad informare il paziente in modo chiaro e comprensibile della qualifica così da escludere qualsiasi confusione con gli operatori sanitari di cui all'art. 54 e i terapisti complementari autorizzati;
- f) non può utilizzare attrezzature e apparecchiature meccaniche, a corrente forte e debole o che emettono radiazioni ionizzanti ed altre assimilabili;
- g) non può prescrivere, consigliare o somministrare medicinali;
- h) non può fare alcuna pubblicità;
- i) non può ricevere alcun compenso né rimborso spese per le proprie prestazioni.

³In caso di mancato ossequio ai requisiti e vincoli di cui al cpv. 2 l'autorità di vigilanza sanitaria può vietare al guaritore la dispensazione delle proprie prestazioni.

Art. 64

Obblighi professionali

¹Gli operatori sanitari sono tenuti al rispetto degli obblighi professionali previsti dalle relative disposizioni federali per l'attività sotto la propria responsabilità professionale, mentre agli operatori sanitari non disciplinati a livello federale si applicano per analogia gli obblighi professionali di cui all'art. 40 della legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006.

²Gli operatori sanitari che esercitano sotto la propria responsabilità professionale devono disporre di locali adeguati all'esercizio della propria attività nel Cantone, quantomeno di un locale sicuro ove conservare gli eventuali medicinali e le cartelle sanitarie cartacee e/o un sistema informatico sicuro per la documentazione sanitaria in formato elettronico, riservato l'art. 67 cpv. 4. Essi sono tenuti a notificare all'autorità competente ogni cambiamento di attività o indirizzo.

³Il Consiglio di Stato può disciplinare ulteriormente gli obblighi professionali degli operatori sanitari. Egli può in particolare fare riferimento a disposizioni emanate da associazioni professionali di diritto pubblico o privato.

Art. 67 cpv. 1 e cpv. 3a (nuovo)

¹Ad eccezione dell'assistente farmacista e dell'odontotecnico, ogni operatore sanitario ai sensi dell'art. 54 attivo nel settore ambulatoriale, come pure ogni responsabile sanitario di servizi o strutture sanitarie che esegue prestazioni o attua terapie è tenuto a compilare, per ogni paziente, una cartella sanitaria nella quale devono essere almeno indicati:

- a) le generalità;
- b) il tipo di trattamento eseguito;

- c) le prestazioni effettuate;
- d) le date di inizio e di conclusione del trattamento nonché la data di ogni consultazione.

Egli deve, nell'ambito del rispettivo campo d'attività, indicare sulla cartella sanitaria la diagnosi e, se ne ha facoltà, gli agenti terapeutici prescritti. È riservato l'art. 11 cpv. 6.

^{3a}La cartella sanitaria del paziente deve menzionare il tipo o il genere di sperimentazione e ricerca cui egli è stato sottoposto.

Art. 68 cpv. 2 e 3

Obbligo di segnalazione da parte di operatori sanitari

²Egli ha l'obbligo di informare rapidamente entro un massimo di 30 giorni il Ministero pubblico, direttamente o per il tramite del Medico cantonale, di ogni caso di malattia, lesione o di morte per causa certa o sospetta di reato perseguibile d'ufficio venuto a conoscenza in relazione con l'esercizio della propria funzione o professione.

³Egli ha parimenti l'obbligo di informare rapidamente entro un massimo di 30 giorni il Ministero pubblico, direttamente o per il tramite del Medico cantonale, di ogni altro caso di reato perseguibile d'ufficio perpetrato da un operatore sanitario in relazione con la propria funzione o professione, fatto salvo il segreto medico nel rapporto terapeutico.

Art. 68a (nuovo)

Obbligo di segnalazione da parte di direzioni amministrative e sanitarie

¹Chiunque dirige una struttura o servizio sanitari ha l'obbligo di informare rapidamente entro un massimo di 30 giorni il Ministero pubblico, direttamente o per il tramite del Medico cantonale, di ogni caso di reato di cui all'art. 68 cpv. 2 e 3 perpetrato da un proprio dipendente o collaboratore di cui è venuto a conoscenza in relazione con la propria funzione e professione.

²Egli è parimenti tenuto a informare immediatamente il Dipartimento se l'assunzione o la collaborazione con un operatore sanitario è stata rifiutata o se il contratto è stato revocato, rescisso o non rinnovato per violazione degli obblighi professionali, delle prescrizioni della presente legge o delle sue disposizioni d'esecuzione.

Art. 68b (nuovo)

Obbligo di segnalazione da parte del Ministero pubblico

Il Ministero pubblico notifica al Dipartimento, al più presto ma al massimo entro tre mesi dall'apertura dell'istruzione, l'esistenza di un procedimento penale nei confronti di operatori sanitari, ad eccezione dei casi senza rilevanza per l'esercizio dell'attività sanitaria.

Art. 69 cpv. 2 e 4 (nuovo)

²I medici, i dentisti, i farmacisti ed i veterinari, sono tenuti ad assicurare i servizi di picchetto, segnatamente notturno e festivo, di base e, eventualmente, specialistico organizzati dagli Ordini a livello regionale e locale in conformità all'art. 30a cpv. 2.

⁴Gli ordini sono autorizzati a riscuotere un contributo sostitutivo dagli operatori sanitari esonerati dal servizio di picchetto in virtù delle disposizioni di applicazione di cui al cpv. 3. Il contributo sostitutivo può corrispondere al minimo a franchi 100.- e al massimo a franchi 1 000.- per giorno di picchetto esonerato.

Art. 70

Pubblicità e comparaggio

¹Ogni operatore sanitario deve praticare esclusivamente una pubblicità oggettiva e corrispondente all'interesse generale, non ingannevole né invadente.

²Egli deve tutelare, nel collaborare con membri di altre professioni sanitarie, esclusivamente gli interesse dei pazienti e operare indipendentemente da vantaggi finanziari.

³In particolare è vietata ogni forma di contratto o accordo tra operatori sanitari che limiti la libertà di scelta del paziente o che lo esponga a uno stato di dipendenza. Sono parimenti vietati accordi o contratti con laboratori di analisi, farmacie, altre strutture sanitarie o aziende che espongono l'operatore sanitario a obblighi e situazioni di dipendenza incompatibili con la dignità professionale o con l'interesse sanitario o economico del paziente.

⁴Sono riservati i contratti con gli assistenti e quelli per l'assolvimento di periodi di pratica e perfezionamento professionale.

Art. 71

Titoli di studio esteri

¹L'operatore sanitario che ha conseguito un titolo di studio in uno Stato dell'Unione europea ha il diritto di usare il titolo di studio dello Stato membro d'origine, ed eventualmente la sua abbreviazione, nella lingua dello Stato membro d'origine a condizione che il titolo sia seguito da nome e luogo dell'istituto o della giuria che l'ha rilasciato.

²Se il titolo di studio dello Stato membro d'origine può essere confuso con un titolo che in Svizzera richiede una formazione complementare, non acquisita dal beneficiario, il Consiglio di Stato può imporre a quest'ultimo di usare il titolo di studio dello Stato membro d'origine in una forma adeguata che esso gli indicherà, obbligandolo in particolare a indicare la sigla, posta tra parentesi, dello Stato membro d'origine.

Art. 72

¹Un operatore sanitario autorizzato può, in caso di impedimento a tempo pieno e per principio per un massimo di sei mesi, farsi sostituire nell'esercizio della propria attività, notificando la sostituzione al Dipartimento.

²La supplenza di cui al cpv. 1 è eccezionalmente ammessa in caso di assenza a tempo parziale se la stessa è dovuta a malattia dell'operatore sanitario titolare o dei suoi parenti stretti, a maternità, al servizio militare o ad attività di insegnamento accademico.

³Il supplente deve essere in possesso del libero esercizio e, se è richiesto per il rilascio del libero esercizio, di un titolo di perfezionamento uguale o affine a quello dell'operatore impedito.

⁴Il Dipartimento, sentito l'Ordine, può autorizzare la supplenza da parte di operatori che non sono in possesso del libero esercizio, ma che hanno concluso la formazione di base e si trovano in fase avanzata di un percorso di perfezionamento uguale o affine a quello dell'operatore impedito.

Art. 74

La gestione di ambulatori secondari soggiace all'autorizzazione del Dipartimento. Tali ambulatori possono essere aperti all'utenza solo se il titolare è presente.

Art. 79 cpv. 1a (nuovo), 2, 4 e 5 (nuovo)

Autorizzazione e vigilanza

^{1a}Sono servizi sanitari ambulatoriali secondo questa legge tutte le persone giuridiche o istituzioni che dispongono di operatori sanitari dipendenti e che offrono, distribuiscono o attuano a pazienti ambulatori o ad animali le prestazioni sanitarie di cui al cpv. 1.

²Il Dipartimento esercita la vigilanza sulle strutture, sui servizi ambulatoriali e sulle attività previste dai cpv. 1 e 1a. Esso può segnatamente imporre l'adozione di tutti i provvedimenti e le misure atte a garantire le premesse di sicurezza per i pazienti e degli operatori sanitari, di qualità delle prestazioni, dei beni e dei servizi distribuiti, commerciati o prodotti nonché la validità dei diplomi e dei certificati distribuiti, in particolare anche mediante il commissariamento della struttura del servizio.

⁴I responsabili delle strutture e dei servizi che distribuiscono prestazioni sanitarie o attuano terapie devono tenere, per ciascun paziente, la cartella sanitaria prevista dall'art. 67.

⁵In materia di pubblicità e comparaggio si applica per analogia l'art. 40 lett. d ed e della legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006.

Art. 80 cpv. 2

Strutture stazionarie

²Abrogato.

Art. 81 cpv. 4 e 5 (nuovi)

⁴Il direttore sanitario e quello amministrativo devono essere in possesso di competenze adeguate alla funzione, essere degni di fiducia ed offrire la garanzia, dal profilo psicofisico, di un esercizio ineccepibile della professione; essi devono esercitare la propria funzione con la richiesta diligenza, tutelando la libertà, la dignità e l'integrità dei pazienti e ospiti, così come i loro diritti ai sensi dell'art. 19; al riguardo devono godere e garantire la necessaria autonomia. Il direttore sanitario deve inoltre essere in possesso dell'autorizzazione di libero esercizio.

⁵Il Dipartimento stabilisce il numero minimo di posti di formazione per categoria professionale per responsabile o servizio di ogni singolo istituto proporzionato alla dimensione e ai volumi di prestazioni dello stesso.

Art. 84 cpv. 1, 2 e 3

¹Sono drogherie secondo questa legge i negozi che, diretti da un droghiere, vendono agenti terapeutici la cui vendita è consentita nelle drogherie oppure in tutti i commerci, conformemente alle disposizioni intercantonali e federali in materia.

²L'apertura al pubblico di una drogheria è subordinata ad un'autorizzazione del Dipartimento.

L'autorizzazione è concessa se:

- a) il responsabile sanitario è un droghiere ammesso all'esercizio sotto la propria responsabilità professionale;
- b) è accertata l'idoneità dei locali, dell'arredamento e dello strumentario in conformità alle esigenze della farmacopea elvetica e del regolamento d'esecuzione.

³Durante le ore di servizio deve essere costantemente presente in drogheria il responsabile sanitario o un altro droghiere autorizzato.

Servizi ambulatoriali Art. 86 (nuovo)

¹Per l'esercizio di un servizio ambulatoriale è necessaria l'autorizzazione del Consiglio di Stato.

²L'autorizzazione a gestire un servizio ambulatoriale in una struttura autorizzata a livello stazionario è presunta.

³Gli articoli 81 e 82 si applicano per analogia.

Art. 94

¹Per l'istruzione delle pratiche amministrative legate ai compiti previsti da questa legge, come pure per compiti speciali di visita, di controllo, di ispezione e di consulenza da parte delle istanze previste dalla legge sono percepite tasse e spese.

²Le tasse devono essere commisurate all'entità e al costo reale della prestazione fornita ritenuto un minimo di franchi 200.- e un massimo di franchi 5 000.-.

³Il Consiglio di Stato stabilisce con regolamento l'ammontare e la modalità di pagamento delle singole tasse.

Art. 95 cpv. 3 e 5 (nuovo)

³La complicità, il tentativo e l'istigazione sono punibili, così come l'omissione.

⁵Le autorità amministrative di vigilanza istituite dalla presente legge e dai relativi regolamenti per il perseguimento e il giudizio delle contravvenzioni dispongono dei poteri del pubblico ministero ai sensi dell'art. 357 del Codice federale di procedura penale del 5 ottobre 2007.

Art. 95b (nuovo)

Infrazioni in materia di alcol e tabacco

¹L'importo minimo per le contravvenzioni relative alle disposizioni in materia di consumo di bevande alcoliche ai sensi dell'art. 51 e al consumo di tabacco e altre sostanze ai sensi dell'art. 52 è fissato a franchi 200.-.

²Sono punibili:

- a) il titolare dello spaccio o chi lo sostituisce;
- b) l'avventore quando non si attiene ai divieti stabiliti dalla presente legge o alle ingiunzioni del titolare.

³Al contravventore non domiciliato in Svizzera può essere chiesto deposito cauzionale proporzionato alla gravità dei fatti oppure un'altra garanzia adeguata.

Art. 98

I procedimenti disciplinari e contravvenzionali in virtù della presente legge si prescrivono nei termini previsti dall'art. 46 della legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006.

Art. 99a cpv. 1

¹Contro le decisioni del Dipartimento, del Medico cantonale, degli Ordini professionali di diritto pubblico o di altre autorità amministrative è dato ricorso al Consiglio di Stato, le cui decisioni sono impugnabili davanti al Tribunale cantonale amministrativo, a meno che la legge preveda il ricorso diretto a questa autorità giudiziaria.

Art. 99b (nuovo)

Assistenza amministrativa

Le autorità del Cantone e dei Comuni, anche se vincolate dal segreto d'ufficio, comunicano al Dipartimento, su richiesta scritta e motivata, le informazioni necessarie per l'esame delle istanze di autorizzazione e nell'ambito della vigilanza sanitaria. Il Consiglio di Stato ne disciplina i particolari.

Art. 102a cpv. 1

¹L'uso delle denominazioni "droghiere" e "drogheria" è riservato agli operatori ed ai locali commerciali autorizzati rispettivamente ai sensi degli articoli 54 e seguenti e 84.

Art. 102d (nuovo)

Assistenti farmacisti, audioprotesisti, terapisti complementari, guaritori

¹Le autorizzazioni di libero esercizio rilasciate agli assistenti farmacisti prima dell'entrata in vigore della modifica del conservano la loro validità.

²Gli audioprotesisti residenti nel Cantone e che, all'entrata in vigore della modifica del, sono attivi a titolo indipendente sono autorizzati se presentano l'istanza di autorizzazione entro tre mesi dall'entrata in vigore della modifica di legge.

³I terapisti complementari autorizzati conformemente all'art. 63 segg. previgenti all'entrata in vigore della modifica del e attivi nei settori di competenza del "naturopata con diploma federale", del "terapista complementare con diploma federale" e dell'arteterapeuta possono continuare a svolgere la loro attività nel rispetto delle disposizioni previgenti se avevano segnalato al Consiglio di Stato tali attività.

⁴I guaritori notificati al Dipartimento conformemente all'art. 63d lett. b previgente all'entrata in vigore della modifica del possono continuare a svolgere la loro attività nel rispetto delle disposizioni previgenti per un periodo massimo di 5 anni.

Art. 102e (nuovo)

Servizi ambulatoriali

¹I servizi ambulatoriali già operativi sul territorio al momento dell'entrata in vigore della modifica del ma sino a quel momento non soggetti ad obbligo di autorizzazione possono continuare a fornire le proprie prestazioni se presentano l'istanza di autorizzazione entro tre mesi dall'entrata in vigore della modifica di legge e del relativo regolamento d'applicazione.

²Se questi servizi ambulatoriali non adempiono tutti i requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione, il Consiglio di Stato può rilasciare un'autorizzazione provvisoria allo scopo di consentire loro di provvedere agli adeguamenti indicati.

Art. 102f (nuovo)

Operatori sanitari non abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale

¹L'obbligo di cui all'art. 62 cpv. 2 si applica al personale assunto dopo l'entrata in vigore della modifica di legge del

Art. 102g (nuovo)

Competenze linguistiche

Gli operatori che all'entrata in vigore della modifica di legge del (data) sono autorizzati a esercitare una professione sanitaria dovranno acquisire le competenze linguistiche di cui all'art. 56 cpv. 2 lett. a) entro due anni dall'entrata in vigore della precitata modifica di legge.

Art. 102h (nuovo)

Prescrizione

Ai procedimenti disciplinari e contravvenzionali in virtù della presente legge relativi a fatti commessi prima dell'entrata in vigore della modifica di legge del si applicano i termini di prescrizione previgenti.

II.

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente modifica di legge è pubblicata sul Bollettino ufficiale delle leggi.

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