

3083 R  
OPERE SOCIALI

RAPPORTO

della Commissione speciale in materia sanitaria  
sul messaggio 16 settembre 1986 concernente la legge sulla  
promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge  
sanitaria)

del 9 settembre 1988

Onorevoli signori Presidente e Consiglieri,

la Speciale Commissione sanitaria del Gran Consiglio ha lungamente e intensamente esaminato il progetto di legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge sanitaria). Prima di presentare nel dettaglio le modifiche apportate dalla Commissione al testo legislativo proposto dal Consiglio di Stato con messaggio del 16 settembre 1986 desideriamo evidenziare i fondamenti teorico-scientifici che stanno alla base di questa legge che postula un riorientamento del settore sanitario essenzialmente fondato sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione della salute, intese quale strumento privilegiato di azione sanitaria destinata a tutta la popolazione ed ai gruppi a rischio in particolare. Una riforma globale della vigente legislazione sanitaria del 18 novembre 1954, al di là della revisione di desuete norme di polizia sanitaria, s'imponeva soprattutto in relazione alla mutata situazione epidemiologica e alla tecnicizzazione della medicina avvenute in questo ultimo trentennio. Infatti la prevalenza delle affezioni cronico-degenerative (essenzialmente malattie cardiovascolari e tumori), causa del 75% della mortalità, in rapporto a quella, drasticamente diminuita, delle malattie infettive imponevano l'adozione di una strategia d'intervento fondata sulla lotta ai fattori di rischio ora scientificamente identificati. Anche per nuove malattie trasmissibili come l'AIDS la prevenzione rimane per il momento l'unica via praticabile per circoscrivere la pandemia. Altro tema che dominerà l'orizzonte sanitario del 2000 sarà quello, già ora scottante, dell'invecchiamento della popolazione che richiederà, oltre a mezzi finanziari ed umani, anche una diversa strategia d'intervento socio-sanitario. La crescente tecnicizzazione della medicina e l'aumento degli operatori sanitari ha d'altro canto posto anche il tema della protezione giuridica del paziente (Titolo II "Diritti individuali"), il quale non possedendo né gli strumenti né le conoscenze per valutare criticamente e consapevolmente l'utilità e la necessità di tutto quanto gli viene proposto potrebbe facilmente trovarsi oggetto di manipolazione e conseguentemente di danni iatrogeni. D'altro canto una più chiara definizione legale del quadro giuridico in cui si colloca la relazione "medico-paziente" e "istituzione-paziente" va all'evidenza anche a tutto vantaggio della protezione giuridica di enti e operatori sanitari che potranno muoversi su un terreno giuridicamente chiaro e sicuro. E' in quest'ottica ad esempio che la Commissione ha introdotto (art. 10) il principio di un

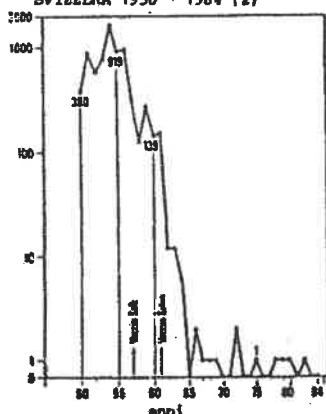
comitato etico cantonale che dovrà pronunciarsi sull'opportunità di sperimentazioni cliniche nonché sulle modalità entro le quali esse dovranno essere attuate.

## I. I FONDAMENTI DELLA PREVENZIONE COMUNITARIA

### a) Necessità di riorientare il sistema sanitario

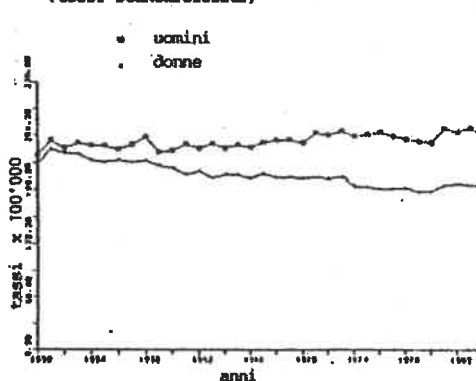
- In tutti i paesi industrializzati i costi della salute sono in costante aumento e raggiungono, quando non superano, il 10% del Prodotto interno lordo (PIL). Le preoccupazioni per il controllo della spesa sanitaria e della sua crescita fanno costantemente parte dell'attualità politica e sociale.
- Il problema della redditività sanitaria ed economica di queste spese, davanti ad una situazione di scarsità di mezzi finanziari, si pone con sempre maggior urgenza e, al di là dei pregiudizi ideologici, tutti sembrano almeno d'accordo sul fatto che sia indispensabile evitare lo spreco di risorse. Di conseguenza s'affaccia viepiù la necessità di valutare l'efficacia in termini sanitari delle prestazioni e degli interventi medico-sociali come pure di verificarne l'efficienza dal punto di vista economico. Il progetto di legge qui proposto dà la base legale per la raccolta delle informazioni statistiche indispensabili ad una valutazione epidemiologica della situazione nonché per analisi costi-benefici delle prestazioni e delle azioni medico-sanitarie (art. 3, lett.i); art. 20 cpv. 4 lett. d); art. 82)
- Nei paesi industrializzati, come pure nel Ticino, le malattie cardiovascolari e i tumori sono causa del 70-75% dei decessi. Nella metà dei casi circa essi si verificano prima dei 75 anni (speranza media di vita) e devono quindi essere considerati come "precoci". Per gli uomini circa la metà degli infarti avviene durante la vita professionalmente attiva (25-64 anni). I tassi di mortalità per tumori, pari a circa il 25% dei decessi totali, sono rimasti, per mancanza di terapie mediche risolutive, pressochè costanti negli ultimi quarant'anni mentre la mortalità per cause infettive, grazie ai vaccini e agli antibiotici, è pressochè sparita (figura 1).

Polic mielite: numero di nuovi casi di malattia  
SVIZZERA 1950 - 1984 (2)



Fonte: Pharma Information 1987

SVIZZERA 1950 - 1984 (3) MORTALITA' PER TUMORI (tassi standardizzati)



Fonte: Ufficio federale di statistica

- A meno che progressi, attualmente non prevedibili, della tecnologia biomedica possano sconvolgere questa realtà epidemiologica, un miglioramento dello stato generale di salute della popolazione e della speranza di vita sembrano oggi, nei paesi industrializzati, più e soprattutto dipendenti da modifiche dei comportamenti a rischio piuttosto che dalla redditività sanitaria dei mezzi finanziari messi a disposizione dei settori di cura segnatamente di quello ospedaliero. L'AIDS, come già ricordato, può oggi essere prevenuto solo con una modifica dei comportamenti a rischio.
- Ne discende quindi la necessità, tenuto conto del "razionamento" dei mezzi finanziari, di un riorientamento del sistema e dell'azione sanitaria segnatamente per quanto attiene la distribuzione delle risorse sia in relazione alla mutata situazione epidemiologica sia alla necessità di far fronte ai problemi posti dal progressivo invecchiamento della popolazione. Le risorse dovranno di conseguenza essere impiegate secondo il principio della redditività sanitaria, valutando pure il cosiddetto costo di opportunità, il costo cioè dell'eventuale beneficio non conseguito a seguito di un possibile miglior uso alternativo di tali risorse finanziarie. Ad esempio il costo reale di una espansione di mezzi diagnostici e di cure sofisticate non sarà soltanto pari al costo per l'attrezzatura e il personale generato da un tale investimento ma sarà indispensabile aggiungere anche il costo di una possibile perdita di beneficio sanitario dovuta al fatto che si potrebbero avere distolto mezzi finanziari per varare o potenziare, ad esempio, un programma di prevenzione.

Non si tratta qui d'"incriminare" l'aspetto curativo dell'intervento medico-sanitario ma unicamente di evidenziare come questo assorba attualmente oltre il 95% delle risorse da cui discende la necessità di una nuova distribuzione delle risorse che tenga conto sia della modifica della morbilità e della mortalità e dell'efficacia dell'intervento preventivo essenzialmente fondato sull'evoluzione della salute della popolazione.

Si ritiene tuttavia che il paziente nell'ambito della medicina ospedaliera e extra-ospedaliera debba poter usufruire di cure e di strutture non solo qualificate, ma sempre adeguate allo sviluppo scientifico e tecnologico.

#### b) La potenzialità preventiva

- La prevenzione delle affezioni cronico degenerative non trasmissibili, segnatamente delle malattie cardiovascolari e dei tumori, si fonda sulla nozione di fattore di rischio sviluppata negli Stati Uniti a seguito della prima importante ricerca epidemiologica sulle cause della morbilità e della mortalità cardiovascolare che ha avuto inizio nel 1948 nella città di Framingham. In quell'occasione si è per la prima volta evidenziato delle correlazioni significative tra il valore della pressione arteriosa, il tasso di colesterolo nel sangue, il consumo di tabacco, la sedentarietà e la malattia coronarica. I fattori di rischio dipendono largamente dalle abitudini e dal modo di vita, hanno un'azione sinergica tra di loro che aumenta il rischio totale e, in larga misura, sono identici sia per le cause cardiovascolari e per quelle tumorali.
- Il tabagismo è ritenuto responsabile del 25% dei decessi cardiovascolari e la correlazione tra morbilità e mortalità e l'intensità del consumo di tabacco è chiaramente stabilita. Il 30% del totale dei tumori (93% dei quelli ai polmoni e alle vie respiratorie) è imputabile al tabacco che passerà alla storia come la più grande epidemia evitabile del ventesimo secolo.
- La malnutrizione per eccesso, segnatamente di acidi grassi saturi d'origine animale, è uno dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e segnatamente dell'aterosclerosi. L'ipercolesterolemia che ne discende fa proporzionalmente aumentare il tasso di cardiopatie. La relazione tra la variazione del tasso di colesterolo nel sangue e il rischio cardiovascolare va dal semplice al doppio. Infatti ad un aumento (o diminuzione) del 10% del colesterolo totale corrisponde un aumento (rispettivamente una diminuzione) del 20% del rischio. L'ipercolesterolemia è ritenuta responsabile del 35% dei decessi cardiovascolari prematuri. Una alimentazione inadeguata è pure considerata un fattore di rischio al quale sono imputabili il 30% dei tumori. Là ancora sono soprattutto i grassi d'origine

animale, il consumo eccessivo di alcool e i nitrati che costituiscono i principali fattori di rischio come pure l'insufficiente consumo di alimenti con effetto "protettore" sulla genesi di diversi tipi di tumori come gli alimenti ricchi in vitamina A e C e in fibre, e diverse leguminose (carote, cavoli, cavolfiori, ecc.). Il recentissimo rapporto (luglio 1988) del National Institute of Health degli Stati Uniti imputa 2/3 dei decessi annui negli USA a cause attinenti la malnutrizione per eccesso.

- L'ipertensione è il terzo fattore di rischio principale delle malattie cardiovascolari responsabile di circa il 25% dei casi di cardiopatia. Il rischio di decesso aumenta proporzionalmente ai valori della tensione. L'ipertensione è curabile ma molte persone (circa il 40% nel Ticino) ignorano di esserlo. Inoltre lo stile di vita (quantità di sale consumato, obesità, consumo eccessivo di alcool, sedentarietà, tabagismo) influenza fortemente la tensione arteriosa.
- La sedentarietà moltiplica di circa il doppio il rischio di cardiopatia. Molti studi hanno evidenziato che un'attività fisica regolare riduce l'ansia, abbassa il tasso di colesterolo nel sangue e la tensione arteriosa.
- Se si considera infine che nel Cantone Ticino circa il 70-80% della popolazione ha un'alimentazione abituale inadeguata, oltre il 30% consuma regolarmente tabacco, circa il 30% ha una tensione arteriosa limite o elevata ed infine che il 70% circa della popolazione è sedentaria ecco subito evidenziato, tenuto conto della relazione causa-effetto esistente tra fattori di rischio e mortalità, l'enorme potenzialità in termini d'efficacia sanitaria rappresentato dalla possibilità di ridurre, in una popolazione in generale e nel Ticino in particolare, l'incidenza di questi fattori di rischio.
- Oltre alla lotta a questi fattori di rischio devono pure essere considerate le tossicodipendenze da alcool e da sostanze stupefacenti. L'ampia possibilità d'intervento preventivo che la legge impone in specie prevedendo l'integrazione dell'educazione sanitaria nel curriculum scolastico già a partire dalla scuola materna dovrebbe dare la possibilità d'impostare una incisiva politica di prevenzione delle tossicodipendenze da stupefacenti già a livello scolastico. E' appunto in questa fascia di età che il rischio di cadere nella dipendenza da droga è più importante motivo per cui l'identificazione dei casi a rischio e la messa in atto di provvedimenti preventivi è di particolare importanza e urgenza.
- Non vanno infine dimenticati i fattori di rischio legati all'ambiente di lavoro in specie quando si pensa che esso è di regola coatto.

Benchè in questa materia il diritto federale prevede (Istituto Nazionale di Assicurazione sugli Infortuni), al di là delle norme assicurative, anche possibilità di intervento e di definizione di norme di tolleranza, l'articolo 3 lett. c) dà la base legale per intervenire a livello cantonale anche nel campo della salvaguardia delle condizioni di salubrità dei luoghi di lavoro e sulla qualità del lavoro stesso.

- Per tutti questi motivi il progetto di legge, segnatamente agli articoli 2 e 3 nonché da 32 a 36 e al Titolo IV "Prevenzione e promozione della salute", dà gli strumenti giuridici per impostare, attuare e coordinare un'efficace azione preventiva sui fattori di rischio delle malattie più diffuse e cronico-degenerative. Tuttavia anche i fattori nocivi indipendenti dalla volontà individuale, segnatamente quelli ambientali, sono stati considerati dalla Commissione che ha previsto una particolare disposizione nella parte "costitutiva" del progetto di legge (art. 3, lett. c)).

## II. I LAVORI COMMISSIONALI

La Commissione speciale in materia sanitaria ha iniziato l'esame del progetto del Consiglio di Stato il 3 novembre 1986.

Quale Presidente della Commissione è stato eletto l'On. Marco Pessi confermato per tutto il periodo dei lavori nonostante le mutazioni interne avvenute a seguito del rinnovo dei poteri cantonali nell'aprile 1987.

Durante la prima lettura la Commissione è stata convocata per 10 sedute e precisamente fino al 31 marzo 1987, vigilia delle votazioni cantonali.

Nel giugno 1987 la rinnovata Commissione riprendeva i lavori concludendo la seconda lettura dopo 23 sedute dall'inizio dell'esame del progetto con la firma, in data 9 settembre 1988, del rapporto del relatore.

Ben 26 parlamentari hanno dato il loro contributo alla discussione durante le due letture del progetto di legge sanitaria e, segnatamente,

Agustoni Carla, Ballinari Silvano, Barchi Fausto, Bernasconi Benito, Bottani Giuseppe, Cavalli Franco, Donadini Carlo, Epiney-Colombo Emanuela, Ferrari Mario, Franzoni Elvio, Gaggera Germana, Ghioldi-Schweizer Maria, Grandi Attilio, Lepori Bonetti Mimi, Lepori Bruno, Moccetti Tiziano, relatore, Noseda Giorgio, Pedrozzi Raffaele, Pelli Fulvio, Pessi Marco, Presidente, Realini Luca, Reiner Michele, Righinetti Tullio, Snider Saverio, Soldati Luigi, Von Wytenbach Alessandro.

La Commissione si è valsa inoltre durante tutte le sedute del contributo di funzionari del Dipartimento delle Opere Sociali e segnatamente della Sezione sanitaria.

La Commissione ha approfonditamente esaminato le numerose tematiche, impegnandosi in una discussione dettagliata e altamente qualificante dei numerosi problemi posti da un progetto di legge che toccava anche aspetti etici di

carattere intimo e personale a ciascun individuo.

In particolar modo sono state approfondite le problematiche riguardanti i diritti dei pazienti e tutti gli articoli che si riferivano alla evoluzione della scienza e dell'etica medico-sanitaria, in particolar modo la sperimentazione, il consenso del paziente, l'autorizzazione all'autopsia, il delicato tema legato al consenso dei minorenni. Si deve soprattutto sottolineare che la Commissione ha votato tutti gli articoli all'unanimità eccetto l'art. 30 riguardante lo statuto da attribuire agli attuali ordini delle arti sanitarie. Di conseguenza il progetto di legge qui proposto è stato analizzato e soppesato in tutti i suoi dettagli e dovrebbe mettere a disposizione una base legale attuale e adeguata a fronteggiare tutte le principali problematiche socio sanitarie che la nostra società dovrà affrontare alla soglia del 2000.

### III. COMMENTO AI SINGOLI ARTICOLI

#### A) IN GENERALE

Se si paragona il progetto di legge 16 settembre 1986 del Consiglio di Stato con quello uscito dai lavori commissionari si può constatare come le differenze sostanziali tra le due proposte siano assai contenute. Ciò è dovuto essenzialmente al fatto che la procedura di consultazione sull'avanprogetto del gennaio 1983, durata circa tre anni, ha permesso un'ampia esplicitazione di suggerimenti, proposte, verifiche e riserve da parte degli ambienti interessati che successivamente sono state tenute in debito conto dal governo in occasione dell'allestimento del messaggio del settembre 1986. Ciononostante l'approfondito esame commissionale ha rappresentato una indispensabile verifica e aggiustamento che permetterà un'applicazione della legge che tenga effettivamente conto della realtà operativa quotidiana propria al settore sanitario. La presenza in seno alla Commissione della quasi totalità degli operatori sanitari presenti in parlamento è stata, in particolare per questo aspetto, di evidente costruttiva utilità. Oltre all'adeguamento delle singole disposizioni alla realtà operativa del settore la Commissione ha apportato al progetto del governo alcune importanti modifiche che saranno in seguito dettagliatamente discusse nell'esame dei singoli articoli e che qui brevemente riassumiamo

- all'articolo 3 (Mezzi) la Commissione ha ripreso un vecchio capoverso dell'avanprogetto di legge ritenendo importante che già nella parte "costitutiva" della legge si evidenziasse l'importanza della salvaguardia della salute della popolazione anche contro le aggressioni ambientali mettendo così l'accento anche sui "fattori di rischio" esterni al comportamento individuale (art. 3, lettera c)). Essa ha inoltre previsto (art. 3 lettera i)) un nuovo capoverso che postula l'adozione di un sistema informativo coordinato di statistica sanitaria, strumento indispensabile per poter analizzare, conoscere e valutare da un canto l'incidenza, la diffusione e l'evoluzione epidemiologica delle patologie e degli agenti patogeni e, dall'altro, le risorse, tecniche umane e finanziarie a disposizione del settore sanitario.

La disponibilità di un tale strumentario è condizione indispensabile per conoscere lo stato sanitario della popolazione come pure per procedere a studi pianificatori e alle analisi costi-benefici di interventi, azioni, prestazioni e strutture socio-sanitarie come richiesto in particolare dagli articoli 4 (Coordinamento e principi pianificatori) e 33 lettere a) e f) (Provvedimenti nel campo della prevenzione).

La nuova norma proposta completa le disposizioni dell'articolo 20, cpv. 4, lett. d) e art. 82 che danno le basi legali di dettaglio per la raccolta di dati statistici

- all'articolo 10 (Ricerca e sperimentazione) la Commissione ha istituito un comitato etico a livello cantonale chiamato a pronunciarsi sull'ammissibilità etica e scientifica e sulle condizioni alle quali è possibile condurre delle sperimentazioni cliniche su pazienti. A giudizio della Commissione il Consiglio di Stato, come previsto dal progetto governativo, non può essere l'istanza per una tale valutazione
- all'articolo 11 (Consenso alla ricerca e sperimentazione) è stato previsto l'obbligo del consenso scritto per le sperimentazioni su donne incinte allo scopo di rafforzare la protezione del nascituro
- all'articolo 30 (Associazioni delle arti sanitarie) la Commissione si è divisa ed a stretta maggioranza ha deciso l'abolizione della coattività d'appartenenza agli ordini sanitari adeguando così il diritto ticinese a quello di tutti gli altri cantoni svizzeri.

#### B) IN PARTICOLARE

#### TITOLO I - PRINCIPI GENERALI

#### Articolo 1 e 2 Campo d'applicazione Scopo

- Gli articoli 1 e 2 dovrebbero rappresentare la parte "costituzionale" del progetto di legge ove sono evidenziati gli obiettivi di fondo della politica sanitaria dello Stato. In prima lettura la Commissione aveva ritenuto l'articolo pleonastico e declamatorio ed aveva perciò proposto lo stralcio dello stesso. In seconda lettura si è tuttavia deciso per il suo mantenimento poiché esso richiama i principi di base che successivamente saranno approfonditi da singoli disposti legislativi.
- La Commissione ha qui evocato anche il tema della salvaguardia della salute del cittadino contro gli effetti nocivi provenienti dall'ambiente esterno (sono state citate situazioni particolarmente gravi come Cernobyl o l'inquinamento del Reno a Basilea). Per questo motivo il coordinamento e l'informazione tra i dipartimenti, in specie con il Dipartimento dell'Ambiente dovranno essere potenziati.



Si sottolinea che lo Stato può già intervenire, giusta l'articolo 37, proteggendo il cittadino da situazioni d'imminente pericolo per la salute collettiva.

Si decide quindi di modificare, rispetto al testo del Consiglio di Stato, il cpv. 1 dell'articolo 2 "lo Stato promuove e salvaguarda la salute della popolazione".

Si specifica che lo Stato vuol creare le premesse affinché siano garantiti prestazioni, servizi ed interventi di qualità a costi sopportabili.

### Articolo 3 Mezzi

La Commissione in prima lettura aveva deciso di stralciare l'articolo ritenendo che tutti i "mezzi" fossero già descritti nei capitoli successivi.

In seconda lettura si è ritenuto di mantenere, anche a scopo propedeutico, l'articolo in quanto si tratta di un'elencazione dei "mezzi" necessari per l'impostazione di una valida politica sanitaria, tenendo conto anche di tutte le leggi settoriali, nonché della possibilità di coordinamento di settori non strettamente sanitari (ambiente, economia, ecc.). D'altra parte la Commissione, fondandosi sul principio della salvaguardia della salute dei cittadini anche dalle aggressioni ambientali, ha voluto reintrodurre un principio già contenuto nell'avanprogetto di legge del 1983 (lettera c)), sottolineando quindi l'importanza del concetto ecologico di protezione dell'ambiente, al fine di offrire al cittadino una valida qualità della vita.

La Commissione, vista la crescente importanza di disporre di dati epidemiologici, ha pure voluto prevedere, quale mezzo indispensabile, anche la disponibilità di un sistema informativo coordinato di statistica sanitaria.

Questo dovrebbe permettere sia un'analisi dei bisogni reali nel campo sanitario sia la conoscenza dei dati di morbilità il che permetterà un'analisi obiettiva della situazione sanitaria e, di riflesso, decisioni oculate per quanto riguarda per esempio eventuali crediti di costruzione e di gestione di un certo tipo di servizio.

### Articolo 4 Coordinamento e principi pianificatori

Vi è stato un ampio dibattito sull'argomento, in particolare modo sul capoverso 2 in quanto alcuni Commissari erano dell'opinione che questo articolo non definisca chiaramente il confine tra il settore pubblico e quello privato, benché l'articolo chiaramente espliciti il concetto d'intervento sussidiario dello Stato. D'altra parte si sottolinea che al capoverso 1 è descritto il principio del coordinamento da parte dello Stato per quanto riguarda gli strumenti e le risorse. Inoltre si deve tener conto di quello che esiste, promuovendo un'integrazione tra le risorse dell'Ente pubblico e degli Enti privati, dando così una base legale per quello che è già stato creato a livello pubblico o per quello che potrà eventualmente essere creato in futuro a livello privato e pubblico.

Al capoverso 2 la Commissione riafferma che la gestione autonoma di strutture sanitarie da parte dello Stato, anche se già esistenti, debba avere carattere di eccezionalità e rispondere strettamente al principio della sussidiarietà. Si sottolinea l'importanza del capoverso 3 che impone di tener conto di strutture cantonali e intercantonali esistenti, cercando di evitare doppioni. Prima di procedere a qualsiasi creazione di nuove strutture o servizi, la Commissione è dell'opinione che si debba procedere ad un serio esame delle effettive necessità sanitarie della popolazione, come pure di una seria analisi costi-benefici il che sarà possibile se l'apparato informativo e statistico sarà pienamente funzionante.

## TITOLO II - DIRITTI INDIVIDUALI

### Articolo 5 Generalità

La Commissione non ha ritenuto di modificare l'articolo aggiungendo al già previsto requisito del riconoscimento scientifico di una prestazione, anche quello dell'adeguamento della stessa alla situazione sanitaria del paziente, che a sua volta sarà determinata dal medico e quindi si fonderà su un principio soggettivo.

L'articolo contiene quattro elementi essenziali: prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute, adeguatezza all'esigenza di cura, criterio di efficacia sanitaria ed economicità. Bisogna tuttavia sottolineare che il medico rimane colui che precisa la terapia.

I limiti di competenza a fornire le prestazioni da parte del medico sono in seguito definite all'articolo 64.

L'adeguatezza alle esigenze di cura deve essere conforme al principio di proporzionalità: la cura dovrà essere conforme allo stato di salute del paziente, evitando qualsiasi accanimento terapeutico.

Parlando del termine eutanasia, la Commissione ritiene che il paziente in fase terminale abbia diritto a un trattamento palliativo nel rispetto del "comfort" soggettivo e possibilmente della coscienza (accompagnamento alla morte del paziente). Questa materia è regolata dalle Direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche e indirettamente dal Codice Penale.

In questo articolo si è inoltre introdotto un concetto molto importante segnatamente quello dell'economicità delle cure, principio non presente nel primo progetto di legge del Consiglio di Stato ma sancito dall'articolo 23 della LAMI.

### Articolo 6 Informazione

La Commissione ritiene che la denominazione "paziente" sia da preferire a quella di "utente". Il principio dell'informazione al paziente è ritenuto il "pilastro portante" dei diritti individuali e rappresenta un importante progresso proposto dalla legge sanitaria.

Si ricorda che il Tribunale Federale ritiene l'informazione condizione indispensabile al successivo consenso che il paziente deve dare ogni qualvolta gli è proposta una prestazione medico-sanitaria.

In particolare:

cpv. 1 La Commissione è dell'opinione che il paziente debba essere sempre "in primis" personalmente informato sulla diagnosi, il piano di cura ed eventuali possibili rischi del trattamento. Infatti dopo aver particolarmente approfondito questo tema con i Commissari che operano nell'ambiente sanitario, la Commissione ha ritenuto che la formulazione originale che prevedeva la "scappatoia" di dare l'informazione alla persona prossima "deresponsabilizzava" il medico nei confronti del paziente. La Commissione ritiene invece che solo nel caso in cui l'informazione possa essere di grave pregiudizio alla salute del paziente, essa può essere data alle persone prossime.

cpv. 3 Si segnala che sentenze cantonali (Zurigo e Vaud) hanno statuito la proprietà da parte del paziente della parte oggettiva della cartella sanitaria. Questo viene riconosciuto anche nel "Manuel du droit hospitalier: L'accès au dossier médical" della VESKA. Esiste perciò una doppia cartella clinica: la prima basata sui dati oggettivi (diagnosi, esami clinici, analisi di laboratorio, accertamenti radiologici, rapporti operatori, ecc.) e, la seconda, contenente le riflessioni del medico, nonché le informazioni personali a carattere confidenziale avute da terzi e perciò considerate proprietà intellettuale dell'operatore sanitario. Questa nuova norma per il Cantone Ticino imporrà nuove modalità per la tenuta di alcuni documenti sanitari.

cpv. 4 In caso di contestazione circa l'accesso alla cartella la Commissione ha ritenuto necessario introdurre quale autorità di ricorso la Commissione di vigilanza prevista all'articolo 24.

#### Articolo 8 b) Minorenni

La minore età in materia "sanitaria" è stata fissata sia dal messaggio del Consiglio di Stato sia dalla Commissione al termine del 15esimo anno di età. Si ritiene in sostanza che la maggiore età a 16 anni possa proteggere al meglio la persona permettendo al singolo individuo di decidere in merito a problematiche particolari squisitamente personali. Si ritiene che il minorenni possa essere coinvolto maggiormente nel processo di formazione del giudizio sui problemi sanitari che interessano direttamente la sua persona e la sua salute, tuttavia non è stato trovato un consenso ad abbassare ulteriormente l'età al limite dei 14 anni come proposto da ambienti pediatrici. Infatti anche in presenza di casi limite,

come ad esempio il "non consenso" dato dai genitori testimoni di Geova (rifiuto di trasfusione di sangue), è possibile fare capo a quanto previsto dal capoverso 3 dell'articolo 8.

In conclusione la Commissione ha deciso a maggioranza di confermare l'età limite a 16 anni proposta dal progetto di legge del Consiglio di Stato e di non aderire all'abbassamento a 14 anni sostenuta da alcuni membri della Commissione.

#### Articolo 9 Dimissioni

La Commissione vuol ricordare che la base legale per interventi coattivi è data dall'articolo 5 cpv. 2 nonché dagli articoli 41, 42 e 43 di questa legge. La Commissione osserva che un paziente che interrompe una cura potrebbe anche mettere in pericolo la salute di terzi, come potrebbe essere il caso se affetto da malattie infettive.

Va osservato che in caso di paziente altamente infetto è comunque data la possibilità, vista la vigente legislazione sulle malattie trasmissibili e gli articoli dianzi citati, di ordinare il ricovero coatto ai fini della salvaguardia della salute pubblica.

D'altra parte si vuol richiamare che le norme deontologiche consentono al medico di rompere o di non iniziare il contratto terapeutico con il paziente, premesso che a quel momento il paziente non si trovi in una situazione di pericolo imminente.

#### Articolo 10 Ricerca e sperimentazione a) definizione

La Commissione ha introdotto un'importante modifica rispetto al progetto di legge proposto dal governo.

Infatti si è ritenuto che non fosse compito del Consiglio di Stato la valutazione di eventuali richieste per sperimentazioni e ricerca clinica.

Si è voluto invece creare un Comitato Etico cantonale sull'esempio di quanto già esiste nelle Università Svizzere ed estere.

Questo comitato, nominato ogni quattro anni dal Consiglio di Stato, può proibire l'attuazione di eventuali progetti non scientificamente fondati come pure quelli che possono mettere in pericolo la salute del paziente.

Questo comitato deve perciò rispondere adeguatamente a due domande e precisamente l'esistenza di una base scientifica di un programma di ricerca e la valutazione etica di questo progetto nei confronti del paziente.

Secondo la dichiarazione di Helsinki si dovrà sempre valutare se l'interesse del singolo prevale sugli interessi della società.

Il comitato etico che dovrà giudicare i fondamenti etici e scientifici delle sperimentazioni e ricerche cliniche, sarà composto da sette membri e precisamente tre Medici Docenti Universitari, 1 Farmacologo, 1 Giurista, 1 Rappresentante del personale infermieristico ed 1 Rappresentante dello Stato.

Mentre i 3 medici ed il farmacologo dovrebbero prevalentemente dare alla Commissione avvisi teorici e scientifici sulla sperimentazione, il giurista ed il rappresentante del personale infermieristico nonché quello dello Stato dovranno essere particolarmente attenti alla salvaguardia dell'interesse del paziente.

Evidentemente il Comitato ha il diritto di far capo a periti esterni per poter offrire una valutazione ineccepibile sotto l'aspetto scientifico.

Dopo ampia discussione la Commissione non ha previsto un'istanza di ricorso ritenendo che non si possa delegare una competenza di ricorso in questa materia ad un'istanza giudiziaria. Si ritiene perciò che il comitato etico debba formulare anche delle proposte alternative che possano andare incontro al ricercatore salvaguardando gli interessi di chi si sottopone alla sperimentazione.

#### Articolo 11 c) consenso

La questione di fondo era quella a sapere se il consenso debba essere sempre scritto. La Commissione ritiene, seguendo le direttive della dichiarazione di Helsinki, che si debba sempre avere il consenso ma tuttavia che le modalità di formulazione di questo consenso possano variare secondo lo studio. Sarà il Comitato etico che giudicherà se la sperimentazione necessiterà di un consenso scritto o se il consenso orale sarà sufficiente.

Ciò non toglie, che per un consenso orale dato dal Comitato etico, il Medico può ugualmente cautelarsi con il consenso scritto.

La Commissione ha voluto inoltre completare il capoverso 2 in quanto è importante segnalare la protezione del nascituro, in specie, tenendo conto dell'esperienze negative fatte con certi medicinali su donne incinte.

E' perciò implicito che si debba informare la madre su eventuali conseguenze sul nascituro prima d'avere un consenso a tali sperimentazioni.

Si ritiene che in questo caso il consenso debba essere sempre scritto (capoverso 4).

Nel caso di incapacità di discernimento si ritiene che vi possa essere una sperimentazione solamente se questa è presumibilmente suscettibile di migliorare lo stato di salute del paziente.

Per quanto attiene il consenso del paziente incapace di discernimento, la Commissione ritiene che il rappresentante legale o in difetto i parenti possano decidere in merito. Lo stesso vale per il consenso di minorenni dove il rappresentante legale o in difetto i parenti dovrebbero poter decidere in merito (articolo 12).

Vale la pena di osservare che anche in questo caso è applicabile il principio generale previsto dall'articolo 7 cpv. 3 che praticamente dà la facoltà al Medico d'intervenire, anche senza il consenso, allorché ci si trova di fronte ad una situazione di imminente pericolo di morte o di grave menomazione del paziente e di contemporanea incapacità momentanea o durevole di discernimento.

#### Articolo 13 Inseminazione artificiale e fecondazione in vitro

La Commissione ha ritenuto di aggiornare la legge prevedendo che anche per la fecondazione "in vitro" ci si riferisca alle direttive in vigore dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche.

Infatti le possibilità future di bioingegneria genetica oltre ad offrire affascinanti prospettive all'uomo potrebbe rivelare pericoli gravi per cui richiede una vigilanza severa da parte dello Stato in questo ambito.

#### Articolo 14 Sterilizzazione volontaria a fini contraccettivi

Tenendo conto delle prese di posizione dei partiti e delle associazioni, nonché dell'evoluzione in atto in questi campi specifici, e segnatamente dal punto di vista giuridico, è anche in questo caso quanto mai opportuno il riferimento alle direttive e raccomandazioni dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche. Questo permette un adattamento automatico della legislazione a queste norme etiche di riferimento.

#### Articolo 15 Prelievo e trapianto di organi e tessuti umani

La Commissione è dell'avviso che sia importante il consenso da parte dei pazienti o dei loro rappresentanti legali nel caso di prelievo.

Segnala che per l'espianto dei reni, di cuore e di fegato si opera su una persona il cui cervello è disgiunto, mentre il resto del corpo funziona ancora adeguatamente, per cui vi è sufficientemente tempo a disposizione per discutere con il rappresentante legale e con i parenti.

Anche nel caso di trapianto delle cornee, si ritiene necessario un tale consenso esplicito rinunciando ad un consenso solo presunto.

Si osserva che una sentenza del Tribunale Federale relativa ad un'ordinanza del Canton Ginevra si muove in tale direzione. Si sottolinea il fatto che le campagne di informazione per creare nella popolazione la disponibilità alla donazione degli organi ("swiss transplant" e "assi di cuore") dovrebbero permettere un aumento adeguato del numero di organi richiesti per i trapianti in Svizzera.

Si deve tuttavia sottolineare, che nel caso in cui il numero di organi donati non sia sufficiente alle richieste dei pazienti necessitanti un trapianto, si dovranno studiare nuove vie legali, come per esempio il consenso presunto (come avviene già in Germania) per poter superare queste gravi difficoltà di ordine sanitario.

#### Articolo 16 Autopsie

La Commissione ha esaminato attentamente il principio del consenso all'autopsia.

Da una parte si sottolinea l'importanza dell'autopsia per il progresso della "medicina" e soprattutto per la sua funzione di "controllo di qualità" delle prestazioni e terapie

attuata. Nel messaggio si segnala che questa norma è intesa a evitare al medico l'imbarazzante necessità di chiedere in momenti tanto delicati il permesso a procedere all'autopsia. Si ritiene sconveniente ed indelicato che il paziente, quale parte contrattuale, venga informato all'entrata in ospedale che nel caso di decesso i medici, senza chiedere ulteriormente il permesso da parte dei parenti, si ritengano autorizzati ad eseguire l'autopsia.

La Commissione è dell'opinione che sia umanamente più accettabile informare la popolazione che se una persona si oppone all'autopsia lo debba espressamente comunicare e che quindi i principi della legge siano pubblicizzati presso la popolazione.

Si completa l'articolo, introducendo il principio secondo il quale l'autopsia può essere attuata se "le persone prossime non vi si oppongono espressamente".

L'aggiunta di "espressamente" segnala che si potrà perciò procedere all'autopsia se non vi è una spontanea opposizione manifesta da parte dei parenti.

Tuttavia l'autopsia non dovrà in nessun caso ostacolare, in particolare, la celebrazione dei funerali.

#### Articolo 17 Prestazioni sanitarie

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie urgenti si sottolinea pure il dovere di ogni medico di prestare la sua opera indipendentemente dalla specializzazione. Nel caso di situazioni non urgenti, il medico può rifiutare le prestazioni e rinviare il paziente ad altro medico.

Lo stesso vale per l'ospedale sovraffollato che può rinviare un paziente, che non necessita prestazioni immediate e che non è in imminente pericolo di vita o di menomazione, ad un altro ospedale.

#### Articolo 18 Obiezione di coscienza

L'obiezione di coscienza riguarda soprattutto la pratica dell'aborto legale. Si ritiene che sia il medico, sia il paramedico possano avere il diritto di obiettare per ragioni di coscienza contro tale prestazione e per questo non debbano essere puniti.

Tuttavia si sottolinea che le strutture pubbliche devono garantire al paziente la possibilità di essere sottoposto a prestazioni sanitarie non contrarie alla legge.

Si ritiene d'altra parte che chi è obiettore deve dichiararlo, segnatamente prima dell'assunzione, per permettere che le prestazioni dovute siano realizzate regolarmente.

Per tali ragioni si è previsto che "tuttavia egli non può, con la sua obiezione, compromettere l'esecuzione di prestazioni o terapie non contrarie alla legge da parte della struttura sanitaria ove egli opera".

Per quanto riguarda il diritto dell'obiettore si è voluto togliere dal testo del Consiglio di Stato, "all'occorrenza egli ha diritto, tenuto conto dei posti disponibili al trasfe-

rimento presso altri operatori sanitari, servizio o struttura sanitaria, ove non sono o non devono essere eseguite le prestazioni oggetto delle obiezioni".

Questo per non discriminare l'obiettore.

Per quanto riguarda il problema dell'assunzione, la Commissione ritiene che l'obiettore debba segnalare la propria posizione di obiettore prima di un'eventuale assunzione e perciò già al momento del concorso.

#### Articolo 19 Strutture sanitarie stazionarie

La degenza non deve privare il paziente di nessun diritto civile o costituzionale.

I pazienti hanno diritto di riunirsi, di mantenere relazioni personali, di corrispondere liberamente per posta e per telefono, di ricevere visite di parenti ed amici. In particolare i pazienti hanno diritto all'assistenza spirituale e all'accompagnamento alla morte da parte delle persone prossime.

Tuttavia la libertà ed i diritti costituzionali possono, unicamente per prevalenti motivi di ordine medico od organizzativo, essere limitati per brevi periodi.

Ad esempio un paziente ricoverato nel reparto di cure intense, non potrà, in quel momento, avvalersi di tutti i diritti costituzionali, in quanto il suo stato di salute e la cura alla quale è sottoposto non gli permettono di poter usufruire di tutte queste libertà.

La Commissione è dell'opinione di stralciare il cpv. 3 e 4 dell'articolo 19, poichè è convinta che nessun istituto costringerà ad un'attività lavorativa coatta i suoi pazienti. Tuttavia non deve essere confusa un'attività di ergoterapia fatta su base volontaria e secondo l'indicazione medica con il tipo di attività come precedentemente descritta ai cpv. 3 e 4 del progetto del Consiglio di Stato.

#### Articolo 20 Segreto professionale

La Commissione osserva avantutto che questo tema è già definito dalle pertinenti disposizioni del Codice Penale.

E' tuttavia dell'opinione che può essere utile specificare alcune modalità operative pratiche alle quali ci si può trovare confrontati con il tema del segreto professionale.

E altresì puntualizza l'importanza della lettera d) al cpv. 4 di questo articolo, in quanto, salvaguardato l'anonimato degli utenti verso terzi in particolare, sia data e non siano posti ostacoli alla raccolta ed alla comunicazione di dati statistici ed epidemiologici che permettono una valutazione dello stato di salute della popolazione ticinese nei diversi settori di morbilità.

E' utile ricordare che la lettera d) è in stretta relazione sia con l'articolo 3 lettera i) sia con l'articolo 82 della legge che specifica la tipologia dei dati statistici da raccogliere per poter valutare lo stato di salute della popolazione e permettere una valutazione costi-benefici delle diverse azioni sanitarie che saranno promosse in futuro in questo Cantone.



Ad esempio studi come il progetto MONICA, come la valutazione dell'incidenza della chirurgia nel Cantone o l'incidenza e le possibilità di cura dopo incidenti stradali, non sarebbero stati possibili senza la possibilità di raccogliere tutta una serie di dati statistici presso istituzioni sanitarie.

Essenziale è in questo caso salvaguardare e proteggere, come è stato finora sempre fatto, l'anonimato degli utenti e, in alcuni casi, anche quello delle istituzioni.

L'introduzione infine del "consenso scritto" al cpv. 3, rafforza il segreto professionale. La Commissione in prima lettura aveva introdotto la possibilità che l'operatore sanitario fosse liberato dal segreto professionale solo con il consenso scritto del paziente o degli eredi. Vi è stata perciò una richiesta da parte della Commissione di una perizia al Prof. Stefano Ghiringhelli sullo svincolo del segreto professionale da parte degli eredi.

Il perito segnala che la Legge Federale non lascia libertà di disporre in questo senso al Cantone.

Quindi all'articolo 20 non è possibile introdurre lo svincolo da parte "degli eredi".

#### Articolo 21 Ricorso e legittimazione

La Commissione prende atto che il Consiglio di Stato nel suo progetto di legge ha stralciato quanto era previsto nell'avanprogetto e più precisamente che chiunque constatasse l'esistenza di situazioni tali da pregiudicare o mettere in pericolo il rispetto dei diritti individuali, era legittimato a proporre una denuncia. Un tale modo di procedere avrebbe potuto creare degli effetti gravi e negativi per i pazienti. Si tratta quindi di intervenire con proporzionalità anche in questa materia. Sarà quindi il paziente o la persona prossima o chi comunque ne è legittimato ad avere la possibilità di adire anche alle altre istanze e non unicamente alla Commissione di vigilanza prevista all'articolo 24 di questa legge.

### TITOLO III - ORGANIZZAZIONE ED AUTORITA' COMPETENTI

#### Articolo 22 Consiglio di Stato

La Commissione osserva che molto opportunamente il Consiglio di Stato ha stralciato la Commissione di coordinamento prevista nell'avanprogetto, alla costituzione della quale tutti i partiti si erano opposti.

La Commissione rileva che sarà il Consiglio di Stato l'Autorità competente a creare di volta in volta e secondo necessità eventuali commissioni o gruppi di lavoro che la legge, salvo appunto la Commissione di vigilanza e il Comitato etico dianzi citati, non prevede.

Questo modo di procedere permetterà la costituzione unicamente di quelle Commissioni necessarie, il che eviterà una pletora sia di funzionari, sia di istanze che poi magari non saranno mai chiamate a funzionare e che si riveleranno presto obsolete.

#### Articolo 24 Commissione di vigilanza

La Commissione è dell'opinione che questa istanza debba avvalersi anche della collaborazione di associazioni e di periti esterni in caso di bisogno. Per questo motivo modifica l'articolo 24, aggiungendo un nuovo cpv. 2.

#### Articolo 25 Composizione

Si è lungamente discusso sulla composizione di questa Commissione, concludendo che essa debba rimanere composta da 5 membri che rimangono permanentemente in carica per tutto il periodo di nomina. Si è tuttavia ridotto il numero dei supplenti da 5 a 3 ritenendolo adeguato. Si sottolinea l'importanza che un membro deve essere rappresentante dei pazienti ed uno degli operatori sanitari.

Il rappresentante dei pazienti non deve essere necessariamente un rappresentante dell'associazione dei pazienti della Svizzera italiana ma dovrà essere una personalità che possa dare chiare garanzie per un lavoro qualificato nella protezione del paziente.

Si è rinunciato ad una maggiore differenziazione della commissione e perciò non si è attribuito un membro ad altri istituti od associazioni.

La Commissione potrà servirsi di esperti chiamando quali consulenti, per esempio, un rappresentante dell'Ente Ospedaliero Cantonale nel caso che la parte in causa sia un ospedale pubblico, oppure un rappresentante dell'associazione Cliniche Private nel caso sia una Clinica privata la parte chiamata in causa.

#### Articolo 26 Medico Cantonale

La Commissione ritiene di stralciare il primo cpv. del progetto del Consiglio di Stato ritenendo il Medico Cantonale non l'unica istanza medica a disposizione del Consiglio di Stato, il quale può fare capo ad altri esperti, a seconda della problematica. Si è voluto riformulare l'articolo ritenendo che da una parte si dovesse attribuire al Medico Cantonale una possibilità di vigilare in modo adeguato sulla salute pubblica e sull'attività degli operatori sanitari.

Non si è voluto presentare un'elencazione dei compiti del Medico Cantonale in quanto si ritiene che questi possano diventare restrittivi. D'altra parte l'esame delle dieci più recenti leggi sanitarie di Cantoni Svizzeri ha rilevato che le competenze attribuite per legge al Medico Cantonale non andavano oltre quelle qui previste.

D'altra parte in ben 17 posizioni di questa legge il Medico Cantonale risulta un punto di riferimento.

Il Medico Cantonale non risulta perciò solamente responsabile per i problemi in materia di malattie trasmissibili, ma ha anche una competenza generale in materia di vigilanza sulla salute pubblica.

#### Articolo 27 Medici delegati

Alla lettera d) del cpv. 1 si è esteso l'obbligo per il medico delegato di collaborare con il Medico Cantonale ora non più limitato al campo delle malattie trasmissibili.

#### Articolo 28 Medici scolastici

- La Commissione propone di inserire un articolo concernente la Medicina dentaria scolastica (cpv. 2) ove si segnala che il medico dentista scolastico vigila sulla profilassi dentaria degli istituti scolastici per cui è responsabile ed i particolare sorveglianza l'operato dell'assistente profilattica.
- Come già per quanto riguarda il medico delegato anche per il medico scolastico si segnala che egli deve collaborare con il medico cantonale, non solo nel settore delle malattie trasmissibili, ma anche in tutto il settore della salute pubblica.  
E' opinione che il medico scolastico debba assolvere anche una funzione importante nell'ambito della prevenzione primaria della prima infanzia e dell'adolescenza.  
Per questo motivo è aggiunto questo compito al cpv. 1 lett. a) di questo articolo.

#### Articolo 29 Comuni

La Commissione ritiene che la lettera d) del cpv. 2 di questo articolo possa essere interpretata come un obbligo per il Comune di dover istituire in modo autonomo, anche se coordinato, servizi o strutture sanitarie.  
In prima lettura la Commissione aveva proposto lo stralcio per evitare questa confusione e ritenuto che il Comune ha comunque la possibilità di muoversi in modo autonomo secondo la legge organica comunale.  
In seconda lettura la Commissione ha deciso di mantenere invece questa disposizione ritenendo che i comuni abbiano la possibilità di partecipare o al limite per un grosso comune, anche quello di poter attuare in proprio le strutture sanitarie (come già avvenuto in passato per le Cliniche dentarie comunali) semprechè sia accertata la presenza di reali bisogni sanitari nella popolazione.  
La Commissione è tuttavia dell'opinione che questo articolo non debba essere il mezzo per permettere la proliferazione di poliambulatori.

#### Articolo 30 Associazioni delle arti sanitarie

L'articolo 30 concernente gli ordini e le associazioni delle arti sanitarie ha diviso la Commissione. Essa ha, dopo una lunga discussione e l'esame di diversi pareri giuridici, votato a favore dell'associazione non coattiva, eliminando di conseguenza il principio dell'esistenza di ordini coattivi di diritto pubblico nel campo delle arti sanitarie ed adeguando pertanto la legislazione ticinese a quella vigente in

tutti gli altri Cantoni svizzeri che non conoscono la forma dell'Ordine obbligatorio.

A favore dell'ordine coattivo hanno votato 7 commissari ed a favore della libera associazione 6 commissari. Il presidente della Commissione si è astenuto.

Il relatore si sente in dovere di presentare le due posizioni commissionali segnalando sinteticamente la problematica:

La vigente legge sanitaria del 1954 prevede gli ordini sanitari coattivi di diritto pubblico.

La loro legalità e costituzionalità è stata messa in dubbio al momento dell'approvazione degli statuti dell'Ordine dei medici da un parere giuridico del Prof. Marco Borghi trasmesso il 20 giugno 1980 al Consiglio di Stato che approvava susseguentemente gli statuti dell'ordine dei medici con una riserva circa la loro costituzionalità.

Tutta la problematica è rimasta in sospeso in attesa di una regolamentazione della nuova legge sanitaria.

Il Consiglio di Stato nell'avanprogetto di legge del 1983 rinunciava ad istituire un ordine obbligatorio coattivo di diritto pubblico.

Nel progetto del 16 settembre 1986 il Consiglio di Stato ritornava su questa materia e all'articolo 30, lasciava la facoltà ai singoli ordini di costituirsi o meno in corporazioni coattive di diritto pubblico.

La decisione doveva essere presa a maggioranza qualificata dei 2/3.

La Commissione sanitaria, in prima lettura, lasciava il tema di fondo in sospeso introducendo tuttavia il principio che la forma scelta (ordine coattivo o libera associazione) doveva essere vincolante per ciascuna categoria di operatori sanitari per un periodo di quattro anni. In occasione della seconda lettura è stata discussa l'ipotesi d'incostituzionalità della corporazione coattiva.

Prima di prendere una decisione in merito sono stati richiesti i pareri degli ordini delle arti sanitarie.

Inoltre la Commissione ha ricevuto le perizie del Prof. Marco Borghi, fatta allestire dall'Ordine dei Medici, dell'Avv. Marco Borradori per l'Ordine dei Farmacisti e dell'Avv. Sandro Bernasconi per quello dei Dentisti.

Mentre gli Ordini dei Dentisti, Veterinari e Farmacisti si dichiaravano favorevoli al mantenimento dell'ordine coattivo vi è stata da parte dell'Ordine dei Medici, in data 21 marzo 1988, la rinuncia ad una presa di posizione ufficiale.

Le conclusioni della perizia del prof. Borghi segnalavano che "la possibilità di affiliazione obbligatoria all'OMCT prevista nell'attuale progetto di legge sulla promozione alla salute, viola la libertà individuale non essendo in particolare giustificata da alcun principio costituzionale legittimante tale restrizione".

D'altra parte le perizie dell'Avv. Marco Borradori e dell'Avv. Sandro Bernasconi segnalavano la possibilità del mantenimento di un ordine coattivo premesso che la legge attribuisse agli Ordini compiti specifici e importanti di interesse pubblico.

## 1. Motivi a sostegno di una libera associazione (non coattiva)

Si ritiene che l'ordine coattivo sia anticostituzionale, in quanto limita la libertà d'associazione garantita dalla Costituzione federale. In particolare un membro dissenziente non avrebbe possibilità di dimissionare dall'ordine essendo la sua appartenenza obbligatoria, poichè conseguente all'ottenimento del libero esercizio di un'attività sanitaria nel Cantone.

A sostegno di questa tesi è il fatto che il Cantone Ticino è l'unico Cantone in Svizzera che prevede la forma dell'ordine coattivo, mentre negli altri Cantoni vi sono solamente delle associazioni di tipo non coattivo senza che siano sorte difficoltà particolari.

Si ritiene perciò che il concetto dell'ordine coattivo sia superato, antidemocratico e anacronistico.

## 2. Motivi a sostegno dell'ordine coattivo

L'Ordine durante diversi decenni ha potuto, proprio grazie alla sua "unità", essere un partner importante per lo Stato e di conseguenza contribuire a risolvere problemi di polizia e di organizzazione sanitaria a favore dell'ente pubblico.

L'abolizione della coattività porterebbe di conseguenza a difficoltà nella soluzione di problemi organizzativi soprattutto per quanto riguarda il servizio di guardia e di picchetto e creerebbe maggiori difficoltà di rapporto tra lo Stato e le varie associazioni specialmente se esse si moltiplicheranno all'interno di ciascuna professionalità.

## TITOLO IV - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

### Capo 2. Educazione alla salute

#### Articolo 34 Scopo

La Commissione ha lungamente discusso sugli scopi dell'educazione alla salute. Essa ritiene che tutti e tre gli scopi elencati nell'articolo 34 sono validi e devono essere sostenuti.

Tuttavia la Commissione è dell'avviso che la lettera a) del cpv. 2 del testo del Consiglio di Stato già praticamente comprende tutti e tre gli scopi. In particolare sull'automedicazione si è lungamente discusso, concludendo che essa deve essere vista positivamente poichè, se ben intesa e praticata con intelligenza, può anche essere un freno ad inutili e costose spese che dovrebbero essere sopportate dalle Casse Malati. Inoltre un'educazione alla salute ben condotta in specie sui fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative (cardiovascolari, tumori, ecc.) può prolungare la speranza di vita in buona salute anche di dieci anni.

#### Articolo 35 Compiti, coordinamento e collaborazione

La Commissione ha voluto introdurre il principio dell'educazione alla salute anche nel periodo della formazione pre-scolastica, ritenendo che in questo ambito debba esservi anche l'intervento attivo della famiglia.

### Capo 3. Protezione sanitaria

#### A. Salubrità dell'ambiente

La Commissione ha preso atto che questo capitolo è stato ridotto, in quanto nell'avanprogetto di legge esso si componeva di una ventina di articoli. Queste disposizioni sono state stralciate, in quanto si riteneva che fossero più adatte ad un regolamento di applicazione che ad una legge.

Il capo 3. prevede ora unicamente gli articoli che stabiliscono i principi generali e che serviranno quale base per l'elaborazione del regolamento di esecuzione.

In particolare i temi trattati sono quelli dei provvedimenti da adottare in caso di pericolo imminente per la salute (si pensa soprattutto a malaugurate catastrofi ecologiche) nonché della salubrità delle costruzioni e degli stabili, dell'acqua potabile e della polizia sanitaria.

#### B. Immunizzazione e malattie trasmissibili

##### Articolo 42 Provvedimenti coattivi

Si è lungamente discusso circa la possibilità di lasciare ad ogni medico la responsabilità di decidere circa l'adozione di provvedimenti d'urgenza e coattivi in caso di malattie trasmissibili.

La legge federale impone l'obbligo di denuncia immediata telefonica al medico cantonale di qualsiasi malattia trasmissibile. Si comprende tuttavia l'importanza che in presenza di una malattia fortemente infettiva qualsiasi medico possa isolare immediatamente il paziente, eventualmente in modo coattivo.

La Commissione ha deciso di introdurre all'articolo 42 un cpv. 4 che permetta al medico autorizzato in caso di urgenza, di procedere coattivamente all'isolamento del paziente, dando comunicazione al più presto possibile al medico cantonale. Evidentemente il paziente può ricorrere contro tale decisione al Tribunale Amministrativo.

#### D. Malattie sociali di larga diffusione, tossicodipendenze e comportamenti pericolosi per la salute

##### Articolo 48 Nozioni

La Commissione ha ritenuto il termine "malattie sociali", non sufficientemente definito, fosse sostituito da "malattie di rilevanza sociale" cioè malattie tipiche della nostra società come le malattie cardiovascolari, i tumori, la bronchite, il diabete, ecc.

La Commissione ha voluto segnalare che vi sono non solamente delle malattie ma anche dei comportamenti pericolosi alla salute che possono più tardi portare a malattie.

Ha aggiunto perciò il termine "comportamenti".

Quale esempio classico può essere citato sicuramente il tabagismo causa del 25% della mortalità cardiovascolare e del 30% di quella tumorale (93% per il cancro alle vie respiratorie e ai polmoni).

#### Articolo 51 Consumo di bevande alcoliche

La Commissione ha preso atto di una recente decisione del Tribunale Federale in merito ad un ricorso di un esercente del Cantone Basilea Campagna. Il Tribunale Federale accoglieva una disposizione della nuova legge sanitaria di quel Cantone che prevedeva appunto che gli esercenti erano tenuti a mettere a disposizione della clientela almeno tre bevande analcoliche ad un prezzo inferiore di quello della bevanda alcolica più economica, evidentemente per la stessa quantità. La Commissione prende atto che nel testo sottoposto dal Consiglio di Stato manca l'accenno, essenziale, alla quantità di bevanda non alcolica da poter comparare a quella alcolica. Infatti se non si mette una nozione di quantità, questa disposizione è immediatamente aggirabile e quindi non avrà nessun effetto concreto.

#### Articolo 52 Consumo di tabacco a) generalità b) divieti

Il tabagismo passerà alla storia come la più grande epidemia evitabile del 20esimo secolo.

La Commissione ritiene che anche il fumo "passivo" debba essere combattuto e per tale ragione il cpv. 1 dell'articolo 52 deve essere mantenuto come tale poiché il cittadino deve essere maggiormente protetto contro il consumo passivo di tabacco.

D'altra parte si può constatare con soddisfazione la diminuzione del numero dei tabagisti nel nostro Cantone che è passato dal 53% nel 1978 al 31% al momento attuale.

Si ritiene che questo sia dovuto ad una migliore informazione sul pericolo del tabacco e non a divieti particolari anche se la gioventù necessita in questo caso di una particolare protezione e, il rispetto del prossimo, richiede, specie in luoghi chiusi o di uso pubblico e collettivo, anche l'adozione di divieti.

Si è voluto introdurre un cpv. 3 all'articolo 52 che obbliga gli esercizi pubblici a disporre di un'adeguata ventilazione. Il Consiglio di Stato potrà per regolamento stabilire i luoghi dove è vietato fumare, segnatamente, a mente della Commissione, le scuole, gli ospedali, i negozi, le sale di riunione, gli uffici ove lavorano più persone. Dovrà essere possibile fumare solo in locali appositi e separati. Per gli esercizi pubblici si dovrà in particolare instaurare una politica di promozione delle aree "non fumatori".

#### TITOLO V - OPERATORI SANITARI

##### Capo I. Disposizioni comuni

#### Articolo 54 Operatori sanitari

La Commissione ha lungamente discusso questo articolo in relazione dapprima al fatto di sapere o no se introdurre quali operatori sanitari gli aiuti di farmacia e i soccorritori professionisti del servizio autolettiga.

Dopo lunga discussione si è previsto di distinguere tra due tipi di professione e cioè quelli che danno la possibilità all'operatore sanitario di svolgere la sua attività in modo autonomo e quelli che invece esercitano solamente come dipendenti. Di conseguenza all'articolo 62 è stata sostituita la "marginale" "operatori sanitari ausiliari", ritenuta non qualificante con quella di "operatori sanitari senza attività indipendente".

Nell'articolo 54 devono perciò essere previsti unicamente le professioni che danno la possibilità all'operatore sanitario di svolgere la sua attività in modo autonomo, mentre altre figure professionali saranno menzionate all'articolo 62.

Infatti in questo articolo sono menzionate tutte le figure professionali che non essendo appunto previste nell'articolo 54 e disponendo o no di un diploma distribuiscono prestazioni sanitarie in genere sotto la responsabilità di un altro operatore autorizzato. Di conseguenza l'articolo 62 è modificato con l'aggiunta di un cpv. 2 che prevede l'elenco di un certo numero di figure professionali da considerare operatori sanitari senza attività indipendente.

Per questo motivo la loro denominazione ed i loro titoli sono almeno protetti verso un uso indebito da parte di terzi ed inoltre il loro agire è sottoposto a tutte le altre disposizioni della legge e in particolare a quelle concernenti la salvaguardia dei diritti individuali.

Al fine di consolidare questa ultima possibilità, la Commissione ha poi ritenuto di aggiungere un nuovo cpv. 3 all'articolo 53 dove appunto è prevista la possibilità per il Consiglio di Stato di proteggere i diplomi ed i titoli di altri operatori sanitari, senza attività indipendente.

A livello di medicina dentaria si è dibattuto il problema concernente la posizione professionale dell'igienista dentaria e dell'odontotecnico, i quali, benché abbiano un loro specifico campo di attività ed una loro professionalità ben delimitata, svolgono comunque la loro opera, almeno nel Cantone Ticino, sotto la responsabilità di altri operatori sanitari, in questo caso i medici dentisti.

Alla fine della discussione si è ritenuto che per l'odontotecnico esista un'attività indipendente, anche se limitata. Rimane tuttavia qualche perplessità riguardo all'attribuzione dell'igienista dentaria alla categoria dei professionisti con attività indipendente.

Da ultimo la Commissione intende puntualizzare che l'assistente farmacista menzionato all'articolo 54 lettera a) non è un farmacista che supplisce il titolare, ma si tratta bensì di un titolo universitario riconosciuto dalla Confederazione per il cui conseguimento è necessario frequentare almeno per tre anni un'Università Svizzera.

Quest'ultima figura professionale è autorizzata a sostituire un farmacista per un certo periodo di tempo ma non è invece autorizzata ad aprire e gestire in modo autonomo una farmacia. La Commissione ritiene inoltre che il fatto di aver previsto, quale operatore sanitario, che può lavorare in modo autonomo anche l'estetista, non è un inutile appesantimento burocratico.



Infatti l'attuale rapida espansione di malattie infettive pericolose quali ad esempio l'AIDS, esige la vigilanza anche su questa professione. Si tratta anche di un importante risultato di politica sanitaria. La Commissione ha inoltre previsto d'includere quali operatori sanitari all'articolo 54 anche la logopedista, il rieducatore della psicomotricità e la dietista.

#### Articolo 56 b) requisiti

Si è preso atto che il progetto iniziale trasmesso in consultazione è stato modificato dal Consiglio di Stato in modo tale da rendere più restrittive le possibilità per chi non è di nazionalità svizzera, ma è residente nel nostro Cantone da diversi anni, di ottenere l'autorizzazione ad esercitare una delle quattro professioni mediche.

Al fine di essere più chiari nella determinazione di chi può vantare questi diritti, la Commissione è dell'opinione che si debba specificare che unicamente gli stranieri cresciuti e domiciliati nel Canton Ticino ove hanno superato l'esame di maturità possono beneficiare di questa possibilità offerta dalla legge. Non si ritiene invece che la nascita nel Canton Ticino sia essenziale.

Infatti la nozione di "cresciuto nel Canton Ticino" potrebbe sicuramente prestarsi a diverse interpretazioni non chiare e darebbe adito a possibilità di abuso nel senso che stranieri che abitano nel resto della Svizzera potrebbero, per questa facilità concessa dal Cantone, trasferirsi da noi solo per poter beneficiare di una possibilità di esercizio in modo autonomo di una di queste professioni.

Questa aggiunta se applicata in modo rigido, potrebbe anche dar luogo a diverse ingiustizie come ad esempio il caso di uno straniero nato non nel Canton Ticino, ma ad esempio a Zurigo e trasferitosi in Ticino all'età di 2 anni e poi cresciuto e vissuto sempre in questo Cantone e che non potrà in base all'aggiunta "nato e cresciuto nel Canton Ticino" mai avere la possibilità di esercitare un'arte sanitaria in modo autonomo.

Si ritiene invece che ancor più della nascita sia la scolarità ad avere un'importanza in questo campo, motivo per cui si è voluto introdurre il concetto del superamento dell'esame di maturità nel Canton Ticino.

#### Articolo 57 c) Eccezione

La Commissione si è chinata sul problema di medici con esercizio limitato della professione e precisamente di medici i quali non hanno conseguito il diploma svizzero e che hanno ricevuto il permesso di esercizio in una data ragione al momento in cui non vi erano medici svizzeri a disposizione. Si ritiene che al momento attuale le condizioni siano cambiate, per cui da parte dei commissari vi era stata la proposta che questi medici dovessero sottoporsi all'esame di medicina svizzero.

La Commissione ha ritenuto che vi siano dei problemi importanti di ordine umano, per cui propone una sanatoria per tutti questi casi il cui numero è estremamente limitato. Ritiene invece che per il futuro si debba essere molto restrittivi soprattutto in considerazione del numero elevato di giovani medici ticinesi neodiplomati.

#### Articolo 60 f) durata

La Commissione ritiene che questa disposizione non è vessatoria, bensì rappresenti una verifica doverosa delle condizioni sanitarie di un operatore che assume grosse responsabilità verso terzi.

E' appunto per prevenire casi a rischio, tuttora esistenti, che la Commissione, tenuto conto di quanto già avviene per altri tipi di attività, ritiene di dover procedere ad una verifica delle condizioni psico-fisiche di idoneità all'esercizio della professione da parte del Medico Cantonale per ogni operatore sanitario che vuole continuare la sua attività oltre i 70 anni.

Questo fatto è importante perchè non significa privare qualcuno di un'attività, ma significa unicamente una verifica esterna, fatta comunque da medici che si assumono la responsabilità eventualmente di consigliare un operatore sanitario a limitare, se del caso, un'attività che potrebbe eventualmente essere anche pericolosa per i pazienti.

#### Articolo 63 Guaritori

La Commissione è dell'avviso che questo articolo sia utile ed importante perchè permette di delimitare l'attività di una categoria di operatori che fa parte della nostra realtà. L'articolo definisce bene, specialmente al cpv. 2, cosa il guaritore non può fare, in particolare prescrivere o dispensare medicinali sotto qualsiasi forma, usare attrezzature e comunque effettuare qualsiasi intervento che abbia caratteri invasivi.

Questa è sicuramente una garanzia di protezione per l'utente. La Commissione specifica che l'agopuntura, in base anche ad una decisione del Tribunale Federale, è di preta competenza di chi ha un diploma di medico e successivamente possa documentare una formazione specifica e quindi non può essere attuata da guaritori.

La Commissione da ultimo ritiene di dover reintrodurre un capoverso previsto nell'avanprogetto di legge dove si specificava che il guaritore poteva essere pagato unicamente con contributi volontari.

#### Articolo 64 Limiti di competenza a dare le prestazioni

La Commissione è dell'opinione che l'operatore sanitario deve non unicamente dare prestazioni nei limiti di una capacità e di conoscenze professionali genericamente collaudate, ma che queste ultime devono essere comprovate da diplomi o da certificati acquisiti (ad esempio per l'agopuntura).

La Commissione prende inoltre atto con soddisfazione che è stato mantenuto, e lo approva, il principio della responsabilità per l'operatore sanitario ad aggiornare costantemente le proprie conoscenze professionali nel proprio campo di intervento e questo tenendo conto del rapido sviluppo avvenuto in questi ultimi anni nelle scienze medico-sanitarie.

#### Articolo 66 Obbligo di presenza

La Commissione benchè approvi questo articolo intende tuttavia specificare che la menzione "in servizio" è da intendersi nel senso che il titolare, anche se non fisicamente presente nel gabinetto, è comunque in servizio ed è, ad esempio, impegnato a fare delle visite a domicilio. In questi casi il gabinetto può evidentemente rimanere aperto perchè il titolare durante la mattinata e nel pomeriggio, comunque nel giorno, ritorna e può prendere visione di tutto quanto è stato attuato.

#### Articolo 67 Cartella sanitaria

La Commissione specifica che sono da intendere per persone coinvolte nell'intervento chirurgico al cpv. 3 di questo articolo, il medico operatore, gli assistenti che coadiuvano quest'ultimo nella conduzione dell'intervento, i medici anestesisti e la strumentista.

#### Articolo 69 Servizio notturno ed estivo

La Commissione dopo aver preso atto che questo tipo di servizio è stato fino ad ora a soddisfazione di tutti organizzato in modo autonomo dagli Ordini professionali, ritiene che debba essere specificato al cpv. 4 che nel caso che il Medico cantonale dispensi per motivi di salute o di altra natura, un operatore dal partecipare a questi servizi di picchetto, lo faccia dopo aver sentito l'avviso dell'Associazione a cui il medico o l'operatore sanitario appartiene.

#### Articolo 70 Pubblicità

La Commissione puntualizza che al cpv. 4, dove si menziona il divieto degli annunci pubblicitari periodici nonchè le distribuzioni di prospetti, sono da intendere unicamente quelli relativi ad una pubblicizzazione della propria attività personale, quindi nessun divieto per la distribuzione di consigli, di opuscoli, ecc.; ad esempio come è stato il caso attualmente sull'AIDS, sulla carie dentaria, ecc.

#### TITOLO VI - STRUTTURE SANITARIE

Per quanto attiene all'insieme del Titolo VI, la Commissione ha preso atto che, rispetto al progetto oggetto della consultazione, il testo del Consiglio di Stato è stato notevolmente snellito. Essa si rende altresì conto che alcuni dettagli devono pur essere contenuti anche nel testo di legge, rimandando poi al regolamento un'ulteriore specifica delle condizioni quali possono essere ad esempio il numero di personale sanitario in rapporto ai posti letto o al grado di dipendenza dei pazienti, il titolo e il genere di strutture ed attrezzature

particolari da prevedere a seconda del tipo di casistica ospitata.

Tutta questa parte dovrà essere prevista nel regolamento, mentre la legge dà unicamente delle indicazioni operative di principio.

#### Articolo 79 Nozione e vigilanza

Il cpv. 1 di questo articolo, anche se potrebbe sembrare inutilmente teorico, permette invece di prevedere tutte le possibilità o meglio tutte le strutture e ambienti dove potrebbe svolgersi un'attività sanitaria e quindi, per questo motivo, essere sottoposte alla vigilanza del Dipartimento competente o del Consiglio di Stato.

Così facendo si vuol fare in modo di poter intervenire, specialmente nei casi limite o dubbi, anche in quelle strutture non espressamente previste dai successivi articoli.

In particolare si vuol poter assicurare la vigilanza specialmente per quelle strutture che possono ospitare persone anziane e che non rientrano negli articoli 80 e seguenti.

Si pensi qui agli alberghi o ad altre strutture tipo "résidences" che, visto l'invecchiamento della popolazione, saranno viepiù sollecitate ad ospitare persone anziane, con magari piccoli reparti medicalizzati o con la presenza di ambulatori medici come pure di altri operatori sanitari all'interno dell'albergo.

Queste strutture che non rientrano strettamente in quelle previste agli articoli seguenti, potrebbero al limite sfuggire alla vigilanza.

Da qui la necessità di prevedere, come è stato fatto all'articolo 80, una definizione molto larga di queste strutture che permetterà quindi una vigilanza sulle prestazioni sanitarie distribuite e questo a salvaguardia degli utenti.

Al cpv. 4 si specifica che la denominazione "cartella sanitaria" non deve essere necessariamente equiparata per quanto attiene al contenuto della "cartella medica".

Si intende qui un diario, un'annotazione di tutto quanto viene fatto sui singoli pazienti. Ad esempio, le diciture che vi saranno iscritte saranno comparabili al tipo di prestazione e al tipo di operatore che eserciterà in quella struttura.

Ad esempio per un pedicure la cartella menzionerà unicamente gli interventi e le prestazioni che sono permesse per questo operatore sanitario.

Tornando al cpv. 3 di questo articolo, si specifica che tutte le attrezzature che usano radiazioni ionizzanti, sono sottoposte alla pertinente ordinanza federale e quindi non rientrano nei disposti di questa legge.

La Commissione ha ritenuto di stralciare il cpv. 5 dell'articolo 80 del testo del Consiglio di Stato, in quanto i nuovi articoli 79 ed 80 definiscono in maniera sufficiente le strutture previste che devono essere disciplinate.

La Commissione ha preso atto dei desideri delle Casse Malati affinché l'autorizzazione alla creazione di nuove strutture (in special modo cliniche) sia sottoposta alla verifica della clausola del "bisogno".

Pur comprendendo questo problema, si ritiene incostituzionale la proibizione dell'apertura di un istituto. E' compito delle Casse Malati di riconoscere o meno la parificazione e perciò di versare delle prestazioni a questi istituti di cura. A parere della Commissione non vi è una base legale per introdurre la clausola del bisogno ma l'esame di tali domande potrà essere fatto in modo "restrittivo" dallo Stato però sempre sulla base delle vigenti norme di politica sanitaria. La Commissione attira l'attenzione sul fatto che la creazione di nuove cliniche per una medicina di punta potrebbe distogliere mezzi necessari al completamento dei servizi e delle strutture indispensabili per la popolazione anziana e, in particolare, distogliere il personale necessario per il funzionamento di servizi essenziali.

#### Articolo 81 b) Requisiti

La Commissione in prima lettura ha puntualizzato che tutte le strutture sanitarie, quindi anche le cliniche ed anche in una misura adeguata ai loro bisogni le case per anziani, siano in grado di disporre di un sistema e di un'organizzazione che permetta di intervenire per le urgenze interne 24 ore su 24. Il punto centrale rimane perciò la sicurezza del paziente.

L'organizzazione interna in qualsiasi istituto deve essere atta a garantire le premesse di sicurezza e le qualità delle prestazioni e di cura per i pazienti. Inoltre deve essere pure chiaramente evidenziato che gli ospedali in particolare quelli pubblici, siano dotati di un'organizzazione e di una struttura in grado di far fronte anche agli interventi ed alle richieste di prestazioni urgenti, provenienti dall'esterno. Si pensa in questo caso specialmente l'organizzazione del pronto soccorso.

Al cpv. 4 di questo articolo la Commissione si è soffermata sul fatto a sapere se sia corretto che il ricorso non abbia effetto sospensivo.

Essa ha ritenuto che la disposizione è corretta, in quanto un intervento per questo tipo di strutture, se viene attivato, è perchè ci si trova in una situazione di pericolo per il paziente e che quindi è indispensabile poter intervenire immediatamente per non eventualmente pregiudicare lo stato sanitario degli ospiti.

Il ricorrente potrà, in sede di ricorso, chiedere al Tribunale Cantonale Amministrativo, il rigetto dell'effetto sospensivo. Infatti il Tribunale entro dieci giorni si pronuncerà, prima che sul merito della causa, sulla concessione o no dell'effetto sospensivo.

Di conseguenza i diritti del ricorrente sono salvaguardati. Per questo motivo la Commissione è dell'opinione di essere restrittiva anche per quanto attiene le farmacie, i laboratori di analisi sanitarie, il commercio all'ingrosso e la fabbricazione di medicinali.

Anche in questo caso è stato aggiunto ai pertinenti articoli e capoversi che "il ricorso non ha effetto sospensivo".

## Articolo 82 Statistiche

La Commissione ritiene che questo articolo è fondamentale per poter proporre una pianificazione sanitaria, per poter effettuare analisi costi-benefici, studi epidemiologici per valutare la diffusione e l'incidenza dei diversi tipi di morbilità e mortalità nel Cantone, nonché per valutare i costi del settore sanitario cantonale.

Gli ospedali pubblici già ora sono tenuti a fornire una dettagliata statistica delle cause di malattie e delle prestazioni. Si tratta infatti della statistica medica VESKA.

Le Cliniche in base ad un "gentleman agreement" con il Dipartimento, comunicano anche loro le grosse categorie di morbilità ospitate nelle loro strutture ed in particolare un dettaglio degli interventi operatori.

La richiesta di disporre anche di dati sui costi totali di esercizio (e qui si specifica che non sono invece richieste le entrate e quindi la conoscenza di un eventuale utile o disavanzo di esercizio) è indispensabile poter sapere quanto costa il sistema sanitario nel Cantone.

E' infatti unicamente sommando queste cifre che si arriverà ad avere una informazione indispensabile per valutare l'incidenza economica e finanziaria di questo settore sull'economia cantonale.

La disposizione del cpv. 2 che estende l'obbligo anche a singoli operatori sanitari a dare dati statistici deve essere interpretata in modo restrittivo e più precisamente, a giudizio della Commissione, è da intendere che questi operatori potranno essere obbligati a dare i dati unicamente in casi eccezionali e qui si pensa a quei casi di epidemia o dove sia estremamente necessario da un punto di vista sanitario seguire l'evoluzione di certe morbilità specifiche.

## Articolo 83 Farmacie a) autorizzazione

Al cpv. 2 b) si ritiene importante l'introduzione del concetto dell'accertamento dell'idoneità dei locali, dell'arredamento e dello strumentario in conformità alle esigenze della farmacopea helvetica.

Al cpv. 4 la Commissione specifica che la presenza costante del farmacista durante le ore di apertura del suo esercizio debba essere valutata e considerata "cum grano salis".

Cosa d'altronde che è sempre stata fatta sia dal Dipartimento che dal Consiglio di Stato.

D'altra parte la presenza obbligatoria del farmacista esclude automaticamente la possibilità di gestire più farmacie.

## Articolo 85 Laboratori d'analisi sanitarie

Dopo discussione la Commissione ritiene che per l'esercizio di un laboratorio di analisi da parte di un medico autorizzato non debba essere chiesta una specifica ed ulteriore autorizzazione.

Essa è invece favorevole al fatto che questi laboratori debbano comunque poter essere tenuti a sottoporsi a controlli di qualità.

Al cpv. 2 la Commissione, vista la delicatezza del compito di dirigere un laboratorio d'analisi sanitarie, è dell'opinione che il richiedente debba presentare non tanto il certificato di buona condotta, che come è noto è rilasciato dal Municipio, bensì un documento più completo come è invece l'estratto del casellario giudiziario.

Lo stesso principio vale, a mente della Commissione, per chi intende iniziare un commercio all'ingrosso di medicinali, definito l'articolo 87, come pure per chi intende darsi alla fabbricazione di medicinali (articolo 88).

#### TITOLO VIII - TASSE, PROCEDURE E CONTRAVVENZIONI

##### Articolo 99 Accesso ai locali

Questa disposizione già presente nell'attuale e vigente legge sanitaria e quindi operante ed applicata da circa trent'anni, è stata resa, nel nuovo progetto di legge, più restrittiva. Infatti ora è il Consiglio di Stato che dovrà definire esattamente i funzionari e le persone che potranno avere libero accesso in ogni tempo a tutti i locali dove si esercita un'attività sottoposta a controllo ed a vigilanza.

La Commissione ha inoltre preso atto che, benchè la disposizione attualmente vigente sia più permissiva di quella proposta, non si sono mai verificati abusi nè da parte del Dipartimento, nè del Consiglio di Stato, nè da parte di singoli funzionari.

#### TITOLO IX - DISPOSIZIONI TRANSITORIE FINALI

##### Articolo 100 Ordini professionali

Vista l'abolizione degli ordini alle arti sanitarie maggiori gli stessi avranno un anno di tempo per potersi organizzare nella forma della libera associazione.

##### Articolo 101 Operatori sanitari

Si segnala che il certificato medico previsto sia all'articolo 56 cpv. 4 e all'articolo 60 deve pronunciarsi sull'idoneità del candidato ad esercitare la professione per la quale ha richiesto l'autorizzazione o la continuazione dell'attività.

##### Articolo 102 Strutture sanitarie

E' specificato che il termine di due anni previsto per richiedere da parte delle strutture sanitarie l'autorizzazione d'esercizio è stato stabilito tenendo conto del fatto che ci vuole un certo lasso di tempo per poter, prima di concedere l'autorizzazione, procedere alla verifica ed all'esame delle singole strutture. Per quanto riguarda le case per anziani (circa una quarantina) sono state già esaminate dal Dipartimento competente.

Tenuto conto che nel Cantone esistono un centinaio di strutture che dovranno essere secondo la nuova legge esaminate e quindi successivamente autorizzate, questo tempo è più che necessario per poter procedere ad una corretta verifica delle strutture, del personale e delle attrezzature.

#### IV. CONCLUSIONI

Nel presentare questo rapporto la Commissione prende pure atto con soddisfazione che, rispetto all'attuale legge sanitaria in vigore dal lontano 1954, la nuova legge qui proposta, tenuto conto anche della vastità delle nuove problematiche sorte in questi ultimi trent'anni, è riuscita a regolamentare tutta la materia, compresa quella non prevista dall'attuale legislazione, con un numero di articoli manifestamente inferiore a quello della legge vigente (105 versus 182). Al di là di questo dettaglio la Commissione ribadisce come l'attento esame di una problematica che andava oltre mere norme, seppur indispensabili, di polizia sanitaria ha consentito una unanimità che a prima vista poteva sembrare insperata. Essa è stata soprattutto raggiunta grazie al costruttivo approfondimento di quelle tematiche etico-scientifiche che accomunano, al di là delle parti, tutti gli esseri umani come, ad esempio, la difesa dei diritti e delle libertà individuali.

Per la speciale Commissione sanitaria

Mocchetti Tiziano, relatore  
Pessi Marco, presidente  
Agustoni Carla  
Barchi Fausto (con riserva per l'articolo 30)  
Bernasconi Benito  
Cavalli Franco  
Lepori Bonetti Mimi  
Lepori Bruno  
Franzi Elvio  
Gaggetta Germana  
Ghioldi-Schweizer Maria  
Grandi Attilio  
Nosedà Giorgio  
Pedrozzì Raffaele (con riserva per l'articolo 30)  
Realini Luca  
Righinetti Tullio (con riserva per l'articolo 30)  
Von Wyttenbach Alessandro (con riserva per l'articolo 30)



Disegno di

LEGGE SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E IL COORDINAMENTO SANITARIO

(LEGGE SANITARIA)

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone del Ticino

visto il messaggio 16 settembre 1986 n. 3083 del Consiglio  
di Stato,

d e c r e t a :

TITOLO I - PRINCIPI GENERALI

Articolo 1

*Campo d'applicazione*

<sup>1</sup> Questa legge definisce i principi generali applicabili al settore sanitario e stabilisce le disposizioni di polizia sanitaria.

<sup>2</sup> Sono riservate le leggi speciali, il diritto federale, nonché le convenzioni intercantonali e internazionali in materia sanitaria con effetto normativo.

Articolo 2

*Scopo*

<sup>1</sup> Lo Stato promuove e salvaguarda la salute della popolazione quale bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività nel rispetto della libertà, dignità e integrità della persona umana.

<sup>2</sup> In particolare esso promuove, in modo coordinato, favorendo l'assunzione della responsabilità individuale e collettiva dei cittadini, la prevenzione delle malattie, il mantenimento ed il ricupero della salute di tutti i cittadini senza distinzione di condizione individuale e sociale. Esso crea le premesse affinché siano garantite prestazioni, servizi ed interventi di qualità a costi economici e finanziari sopportabili.

<sup>3</sup> Nell'attuare questi scopi lo Stato si avvale della collaborazione dei Comuni, di altri enti pubblici nonché di persone fisiche e giuridiche di diritto privato, in particolare degli operatori sanitari, promuovendo la solidarietà a livello cantonale.

Articolo 3

Mezzi

Nei limiti dell'articolo 4, gli scopi previsti dall'articolo 2 sono in particolare conseguiti mediante

- a) la protezione delle libertà individuali dei pazienti e della loro integrità psicofisica;
- b) l'educazione e la promozione della salute della popolazione nonché la prevenzione e la lotta alle malattie trasmissibili;
- c) la salvaguardia delle condizioni indispensabili al mantenimento della salubrità dell'ambiente di vita in generale, abitativo, scolastico, di svago e di lavoro in particolare;
- d) la promozione della diagnosi precoce delle malattie curabili e delle affezioni in età prescolare nonché la lotta alle malattie sociali, a quelle di larga diffusione e alle tossicodipendenze;
- e) la diagnosi e la cura degli stati di morbilità e di invalidità nonché la riabilitazione;
- f) la vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie e sull'attività dei servizi e delle strutture sanitarie nonché la vigilanza sulla produzione, il commercio, la distribuzione e la vendita al pubblico di agenti terapeutici;
- g) la formazione professionale di base e continua di operatori sanitari;
- h) l'adozione di provvedimenti d'urgenza per fronteggiare situazioni di emergenza sanitaria;
- i) l'istituzione di un sistema informativo coordinato di statistica sanitaria.

Articolo 4  
Coordinamento  
e principi  
planificatori

<sup>1</sup> Per conseguire gli scopi di questa legge lo Stato assicura il coordinamento degli strumenti e delle risorse disponibili.

<sup>2</sup> Esso, nei limiti del cpv. 3 di questo articolo, può subsidiare, partecipare alla gestione e, ove ve ne sia necessità, gestire in modo autonomo servizi e strutture sanitarie di prevenzione, di assistenza domiciliare, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, di ricerca e di formazione.

<sup>3</sup> Esso deve in particolare tenere conto

- a) dei bisogni sanitari effettivi della popolazione;

- b) della disponibilità attuale e a medio termine di operatori sanitari, di servizi e di strutture sanitari pubblici, d'utilità pubblica e privati sia a livello regionale, sia cantonale e nazionale nonché delle risorse autoterapeutiche della popolazione;
- c) delle possibilità di coordinamento e di integrazione territoriale e funzionale dei servizi e strutture esistenti in particolare di quelli gestiti o sussidiati dallo Stato;
- d) dei mezzi finanziari a disposizione.

Il Consiglio di Stato deve segnatamente stabilire nelle linee direttive le priorità d'intervento, ottimizzando, per l'insieme delle scelte e per ciascuna di esse, il rapporto tra i costi e i benefici sanitari per la collettività.

Esso tiene conto delle pianificazioni settoriali ed assicura il coordinamento con la pianificazione cantonale.

## TITOLO II - DIRITTI INDIVIDUALI

### Articolo 5

#### *Generalità*

<sup>1</sup>Ogni persona ha diritto a prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute. Esse dovranno essere adeguate alla esigenza di cura nel rispetto dei principi della libertà, dignità e integrità della persona umana e tenere conto del criterio di efficacia sanitaria e del principio dell'economicità.

<sup>2</sup>Sono riservate le disposizioni concernenti l'immunizzazione, la cura e gli altri provvedimenti coattivi previsti dagli articoli 41, 42 e 43 di questa legge.

### Articolo 6

#### *Informazione*

##### *a) generalità*

<sup>1</sup>Ogni operatore sanitario, nell'ambito delle proprie competenze professionali, è tenuto a informare il paziente sulla diagnosi, il piano di cura, i possibili rischi nonché su eventuali trattamenti alternativi scientificamente riconosciuti. L'informazione deve essere data in modo chiaro ed accessibile al paziente e tenere conto, in specie nella comunicazione della diagnosi, della sua personalità. Solo nel caso l'informazione possa essere suscettibile di portare grave pregiudizio allo stato psicofisico del paziente o compromettere l'esito della cura essa deve essere data ad una persona prossima.

b) incapace di discernimento

<sup>2</sup> Se il paziente è incapace di discernimento l'informazione deve essere data al rappresentante legale o, in difetto, ai parenti o alle persone che ne hanno cura.

c) cartella sanitaria

<sup>3</sup> Il paziente ha la facoltà, previa domanda scritta e nei limiti di tempo stabiliti all'art. 67 cpv. 4, di consultare presso ogni operatore sanitario, servizio o altra struttura sanitaria, la parte oggettiva della cartella sanitaria e gli altri documenti sanitari oggettivi che lo concernono come pure di ottenerne copia. La cartella sanitaria deve essere tenuta conformemente alle disposizioni dell'art. 67. Il paziente ha la facoltà di chiedere la correzione di eventuali errori dei dati e delle informazioni oggettive che lo concernono.  
E' riservato il cpv. 4 di questo articolo.

<sup>4</sup> L'operatore sanitario non è tenuto a portare a conoscenza o a mettere a disposizione del paziente le informazioni sanitarie pervenutegli da parte di terzi (ad esclusione dei dati oggettivi di analisi di laboratorio, di accertamenti radiologici o altri) nonché le osservazioni personali. In caso di contestazione è dato ricorso alla Commissione di vigilanza prevista dall'articolo 24.

d) generalità e qualifiche professionali

<sup>5</sup> Il paziente ha diritto di conoscere le generalità e le qualifiche professionali di ogni operatore sanitario che partecipa o interviene nella cura o nel trattamento.

#### Articolo 7

##### Consenso

a) maggiori

renni

<sup>1</sup> Il consenso cosciente del paziente è necessario per qualsiasi prestazione sanitaria (preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa) propositagli. Salvo opposizione manifesta, il consenso è presunto per ogni prestazione sanitaria non invasiva o che non comporta un rischio rilevante per il paziente o che non è suscettibile di invadere la sua sfera intima.

<sup>2</sup> Il consenso del paziente incapace di discernimento è dato dal rappresentante legale o, in difetto, dai parenti.

<sup>3</sup> In caso di imminente pericolo di morte o di grave menomazione per il paziente e di contemporanea incapacità momentanea o durevole di discernimento, il consenso è presunto.

Articolo 8  
b) minorenni

<sup>1</sup> Le disposizioni previste dall'art. 7 sono applicabili anche ai minorenni che hanno compiuto il sedicesimo anno di età.

<sup>2</sup> Se il paziente è di età inferiore ai sedici anni il consenso è dato dal rappresentante legale.  
E' riservato il capoverso 3 di questo articolo.

<sup>3</sup> Una prestazione sanitaria può essere attuata a un minore di sedici anni senza il consenso del rappresentante legale in caso di imminente o non altrimenti evitabile pericolo di morte o di grave menomazione del paziente.

Articolo 9  
Dimissioni

<sup>1</sup> Il paziente capace di discernimento può interrompere in ogni tempo una cura, rifiutare prestazioni sanitarie o dimettersi da una struttura stazionaria.  
Sono riservati gli articoli 5 cpv. 2 e 8 cpv. 2 di questa legge.

<sup>2</sup> Se all'interruzione, al rifiuto o alla dimissione ostano motivi di ordine sanitario che possono mettere in pericolo la salute del paziente o di terzi, il paziente, su richiesta del o degli operatori sanitari interessati, è tenuto a liberarli per iscritto da ogni responsabilità.

Articolo 10  
Ricerca e sperimentazione  
a) definizione

<sup>1</sup> Costituisce sperimentazione e ricerca clinica secondo questa legge ogni prestazione sanitaria la cui efficacia e tollerabilità non risulta ancora comprovata scientificamente. Esse devono essere attuate nell'ambito di specifici programmi prospettivi di ricerca. Questi ultimi devono essere comunicati al Comitato etico di cui al cpv. 3 di questo articolo che ne verifica i fondamenti etici e scientifici.

<sup>2</sup> Sono in particolare considerate sperimentazione e ricerca clinica:

- a) la somministrazione a pazienti di medicinali, specialità farmaceutiche o altri agenti terapeutici che non sono al beneficio di una registrazione valida dell'Ufficio intercantonale di controllo dei medicinali
- b) la partecipazione a studi e ricerche sperimentali attuati con il metodo del "placebo".

b) Comitato  
etico

<sup>3</sup> Il Consiglio di Stato nomina ogni 4 anni un Comitato etico incaricato di pronunciarsi sulle sperimentazioni e ricerche cliniche come definite secondo questo articolo. Il Comitato è composto di sette membri tra i quali tre medici docenti universitari, un farmacologo, un giurista, un rappresentante del personale infermieristico e un rappresentante dello Stato. Il Comitato può far capo a consulenti e periti esterni.

Articolo 11  
c) consenso

<sup>1</sup> Per ogni sperimentazione e ricerca sull'uomo sano o ammalato, come pure per la presentazione pubblica a scopo didattico, è necessario il consenso del paziente. La forma scritta o verbale nella quale deve essere dato il consenso è decisa per ogni singola sperimentazione o ricerca dal Comitato etico. Il paziente ha la facoltà di ritirare in ogni momento anche verbalmente il consenso dato.

<sup>2</sup> Il consenso è valido solo se il paziente è capace di discernimento ed è stato informato sulla natura, l'importanza, la portata e i rischi conosciuti o ipotizzabili della ricerca o della sperimentazione nonché, in particolare, sulla relazione esistente tra la ricerca e la sperimentazione e lo stato di salute suo e, per donne incinte, del nascituro.

<sup>3</sup> Il paziente incapace di discernimento può essere oggetto unicamente di sperimentazioni suscettibili di migliorare il suo stato di salute. Il consenso previsto dai capoversi 1 e 2 è dato in forma scritta dal rappresentante legale, o, in difetto, dai parenti. In caso di imminente pericolo di morte o di grave menomazione e di contemporanea incapacità momentanea o durevole di discernimento, il consenso è presunto.

<sup>4</sup> Per sperimentazioni e ricerche sulla donna incinta è necessario il consenso scritto.

<sup>5</sup> Chi si sottopone alla sperimentazione deve dare il suo consenso gratuitamente. Può essere unicamente riconosciuta una indennità a titolo di rimborso delle spese effettive e per perdita di guadagno.

<sup>6</sup> La cartella sanitaria del paziente deve menzionare il tipo o il genere di sperimentazione e ricerca cui egli è stato sottoposto.

<sup>7</sup> Per quanto non previsto dagli articoli 10 e 12 e da questo articolo, il Consiglio di Stato può dichiarare applicabili, in tutto o in parte, raccomandazioni o direttive approvate dalla Confederazione o dall'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Articolo 12  
c) consenso  
dei minorenni

<sup>1</sup> Per sperimentazioni e ricerche cliniche su minorenni il consenso deve essere dato per scritto dal rappresentante legale o, in difetto, dai parenti. E' applicabile per analogia l'art. 11.

<sup>2</sup> E' pure necessario il consenso scritto del minore se egli è in grado di riconoscere la natura, l'importanza, la portata e i rischi conosciuti o ipotizzabili della ricerca o della sperimentazione nonché la relazione esistente con il suo stato di salute.

Articolo 13  
Inseminazione  
artificiale e  
fecondazione  
in vitro

Sono applicate le direttive in vigore dell'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Articolo 14  
Sterilizzazione  
volontaria a  
fini contraccettivi

Riservato l'articolo 122 del Codice Penale Svizzero, sono applicate le direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Articolo 15  
Prelievo e trapianto di organi  
e tessuti umani

<sup>1</sup> Il donatore deve essere informato sui rischi e le conseguenze del prelievo e sui reali benefici per il ricevente e dare per iscritto il consenso cosciente al prelievo.

<sup>2</sup> Il consenso scritto del rappresentante legale è necessario per procedere a un prelievo di organi o di tessuti da un minore consenziente. E' escluso il prelievo da una persona incapace di discernimento.

<sup>3</sup> E' vietato il prelievo di organi e tessuti non rigenerabili dai minori. Eccezioni possono essere consentite per trapianti tra gemelli monovulari.

<sup>4</sup> Si può procedere al prelievo di organi o tessuti da un paziente clinicamente morto se il defunto

a) aveva disposto per il prelievo, oppure se

b) non aveva manifestato un'opposizione e il rappresentante legale o un parente ha dato il consenso al prelievo.

<sup>5</sup> Il certificato di morte deve essere allestito da un medico estraneo all'équipe di prelievo e di trapianto. La constatazione della morte deve essere conforme, salvo diversa decisione del Consiglio di Stato, alle direttive in vigore sulla definizione e la diagnosi della morte dell'Accademia svizzera delle scienze mediche.

<sup>6</sup> La donazione di organi o tessuti deve essere gratuita. Può essere unicamente riconosciuto un indennizzo quale rimborso delle spese effettive e per la perdita di guadagno.

<sup>7</sup> Per quanto non previsto da questo articolo il Consiglio di Stato può dichiarare applicabili, in tutto o in parte, raccomandazioni o direttive approvate dalla Confederazione o dall'Accademia svizzera delle scienze mediche.

#### Articolo 16

##### Autopsie

<sup>1</sup> L'autopsia può essere effettuata se

a) il defunto non aveva manifestato un'opposizione

b) le persone prossime non vi si oppongono espressamente.

<sup>2</sup> Le persone prossime possono ottenere una copia del parere autoptico.

<sup>3</sup> Il Medico cantonale può ordinare l'autopsia quando sussistono fondati motivi dell'esistenza di malattie trasmissibili o dubbi sulla causa della morte. Sono riservate le decisioni dell'autorità giudiziaria.

#### Articolo 17

##### Prestazioni sanitarie

<sup>1</sup> Le prestazioni sanitarie devono essere date in conformità alle disposizioni previste dagli articoli 5 e 64.

<sup>2</sup> In particolare gli operatori sanitari non possono subordinare la concessione o l'esecuzione di prestazioni sanitarie urgenti a condizioni assicurative, sociali, religiose, di nazionalità o altre dei pazienti. Sono riservate le disposizioni dell'articolo 18.



Articolo 18

Obiezione di coscienza

<sup>1</sup> Nessun operatore sanitario può essere tenuto ad effettuare o a partecipare a prestazioni o terapie incompatibili con le proprie convinzioni etiche o religiose. Tuttavia egli non può, con la sua obiezione, compromettere l'esecuzione di prestazioni o terapie non contrarie alla legge da parte della struttura sanitaria ove egli opera.

E' riservato il capoverso 4 di questo articolo.

<sup>2</sup> L'obiettore non può essere oggetto di discriminazione, punizione o penalità. Egli deve segnalare la propria posizione di obiettore prima di una eventuale assunzione.

<sup>3</sup> L'obiettore deve in ogni caso dare al paziente le informazioni necessarie per l'ottenimento, tramite altri operatori sanitari, delle prestazioni rifiutate.

<sup>4</sup> In caso di grave e imminente pericolo per la salute del paziente l'operatore sanitario obiettore è, se richiesto, comunque tenuto a dare la sua collaborazione.

Articolo 19

Strutture sanitarie stazionarie

<sup>1</sup> I diritti e le libertà individuali dei pazienti delle strutture sanitarie stazionarie possono essere limitati solo per motivi di ordine medico o organizzativo prevalenti. In particolare i pazienti hanno diritto all'assistenza spirituale e all'accompagnamento alla morte in specie da parte delle persone prossime. La degenza non deve privare il paziente di alcun diritto civile e costituzionale.

<sup>2</sup> In particolare restrizioni concernenti le visite devono essere fondate unicamente su motivi sanitari e/o organizzativi prevalenti.

Articolo 20

Segreto professionale

<sup>1</sup> Il segreto professionale ha lo scopo di proteggere la sfera privata del paziente.

<sup>2</sup> Ogni operatore sanitario è tenuto, nell'interesse del paziente, al segreto professionale. I funzionari e i privati che sono a conoscenza di segreti sanitari sono considerati ausiliari conformemente alle disposizioni dell'articolo 321, cpv. 1 del Codice Penale Svizzero e quindi soggetti all'obbligo del segreto professionale.

<sup>3</sup> L'operatore sanitario è liberato dal segreto professionale solo con il consenso scritto del paziente o per decisione del Medico cantonale. Quest'ultimo si pronuncia solo su richiesta scritta del detentore del segreto.

Se il paziente è incapace di discernimento l'operatore è liberato su istanza del rappresentante legale.

<sup>4</sup>Non soggiacciono all'obbligo del segreto professionale:

- a) le denunce obbligatorie previste dall'articolo 68;
- b) le dichiarazioni e gli annunci obbligatori alle autorità, segnatamente quelli concernenti le malattie trasmissibili previste da leggi, regolamenti e ordinanze federali e cantonali;
- c) le testimonianze obbligatorie conformemente al diritto penale;
- d) la raccolta e la comunicazione di dati statistici, epidemiologici, di morbilità o altri, semprechè sia garantito l'anonimato dei pazienti verso terzi.

<sup>5</sup>Sono riservati gli articoli 6 cpv. 1 e 2 e 16 cpv. 2.

#### Articolo 21

Ricorso e legittimazione

<sup>1</sup>La violazione dei diritti stabiliti da questo Titolo è denunciabile alla Commissione di vigilanza prevista dall'articolo 24.

<sup>2</sup>La denuncia può essere presentata:

- a) dall'interessato;
- b) dal suo rappresentante legale;
- c) da ogni persona prossima.

### TITOLO III - ORGANIZZAZIONE E AUTORITÀ COMPETENTI

#### Articolo 22

Consiglio di Stato

<sup>1</sup>Il Consiglio di Stato:

- a) esercita l'alta vigilanza sull'esecuzione della legge;
- b) assicura il coordinamento di tutta la politica sanitaria verificandone in particolare la compatibilità con gli scopi, gli obiettivi e i mezzi di questa legge;
- c) adotta le decisioni che la legge gli conferisce;
- d) emana i regolamenti di applicazione della legge;
- e) designa il Dipartimento competente (detto di seguito Dipartimento).

<sup>2</sup> Sono riservate le competenze conferite ad altre istanze da leggi speciali cantonali e federali o da norme intercantionali.

<sup>3</sup> Il Consiglio di Stato, ove le circostanze lo richiedono, ha la facoltà di istituire commissioni consultive di coordinamento, di studio, di controllo o di ispezione.

Articolo 23  
*Dipartimento  
competente*

<sup>1</sup> Il Dipartimento cura l'esecuzione di questa legge e dei regolamenti nonché delle altre leggi, regolamenti, convenzioni e ordinanze federali, intercantionali e cantonali in materia sanitaria.

<sup>2</sup> Sono riservate le competenze che la legislazione in materia sanitaria federale, intercantonale o cantonale attribuisce al Consiglio di Stato o ad altre autorità e istanze.

<sup>3</sup> Il Dipartimento è coadiuvato nelle sue funzioni:

- a) dal Medico, dal Batteriologo, dal Patologo, dal Chimico, dal Farmacista e dal Veterinario cantonali, nonché dai medici delegati e scolastici;
- b) dai servizi e strutture sanitari dello Stato, dalle commissioni nonché dalle altre istanze tecniche, consultive o di coordinamento decise dal Consiglio di Stato o previste da questa legge o da leggi speciali;
- c) dai Comuni e da altri Enti pubblici che operano in campo sanitario;
- d) dalle Associazioni delle arti sanitarie;
- e) dalle persone fisiche o giuridiche di diritto privato previste dall'articolo 31.

<sup>4</sup> Il Dipartimento, nel conseguimento degli obiettivi previsti dalla legge, assicura il coordinamento e promuove l'integrazione territoriale e/o funzionale dei servizi, delle strutture e delle prestazioni dei diversi settori d'intervento direttamente dipendenti o convenzionati o sottoposti a vigilanza.

Articolo 24  
*Commissione di  
vigilanza*  
*a) competenze*

<sup>1</sup> La Commissione di vigilanza è competente a:

- a) accertare la fondatezza delle denunce previste dall'articolo 21 di questa legge;

b) proporre all'Autorità competente, con sollecitudine, i provvedimenti necessari a prevenire o a far cessare le violazioni dei diritti individuali previsti da questa legge;

c) segnalare alle Autorità competenti le infrazioni penali e disciplinari che le sono state denunciate o di cui ha avuto notizia durante la sua attività.

<sup>2</sup>La Commissione può avvalersi della collaborazione delle Associazioni delle arti sanitarie o di periti esterni.

Articolo 25  
composizione

<sup>1</sup>La Commissione di vigilanza, nominata dal Consiglio di Stato, si compone di 5 membri e di 3 supplenti. Ne devono far parte un rappresentante dei pazienti e uno degli operatori sanitari.

<sup>2</sup>Il Consiglio di Stato stabilisce per regolamento le modalità di funzionamento della Commissione.

Articolo 26  
Medico  
cantonale

<sup>1</sup>Il Medico cantonale vigila sulla salute pubblica e sull'esercizio delle arti sanitarie. Egli ha segnatamente le competenze attribuitegli dalla legislazione federale e cantonale nonché dalle disposizioni esecutive del Consiglio di Stato in materia sanitaria. Coordina l'attività dei medici delegati e scolastici.

<sup>2</sup>Il Medico cantonale è l'autorità competente ad autorizzare l'interruzione di gravidanza giusta le disposizioni del Codice Penale Svizzero.

Articolo 27  
Medici delegati

<sup>1</sup>Il medico delegato:

- a) vigila sulle condizioni igienico-sanitarie del circondario di cui è responsabile;
- b) esegue le prestazioni di polizia sanitaria previste dalla legge e dai regolamenti;
- c) presta la sua opera per compiti di medicina legale e ufficiale;
- d) collabora con il Medico cantonale in ogni settore della salute pubblica.

<sup>2</sup> I circondari sono stabiliti dal Consiglio di Stato al quale compete la nomina dei medici delegati. Esso stabilisce parimenti i compiti e la retribuzione. Il mandato è, di regola, di quattro anni.

Articolo 28

Medici scolastici

<sup>1</sup> Il medico scolastico:

- a) vigila sulle condizioni igienico-sanitarie degli istituti scolastici di cui è responsabile e collabora all'attuazione della prevenzione primaria;
- b) esegue le prestazioni di medicina scolastica previste dalla legge e dai regolamenti;
- c) collabora con il Medico cantonale e il Medico delegato in ogni settore della salute pubblica.

<sup>2</sup> Il medico dentista scolastico vigila sulla profilassi dentaria degli istituti scolastici di cui è responsabile e, in particolare, sorveglia l'operato dell'assistente profilattica.

<sup>3</sup> Il medico scolastico è nominato di regola per quattro anni dal Consiglio di Stato che ne stabilisce i compiti e la retribuzione.

<sup>4</sup> Il medico scolastico può essere il medico delegato del circondario ove è sito l'Istituto scolastico.

Articolo 29

Comuni

<sup>1</sup> I Comuni hanno le competenze espressamente loro attribuite da questa legge o da leggi speciali.

<sup>2</sup> Compete inoltre ai Comuni:

- a) vigilare sull'osservanza delle leggi e regolamenti in materia sanitaria e denunciare al Dipartimento le trasgressioni che comportano sanzioni non di competenza comunale;
- b) promuovere in modo autonomo o d'intesa con il Dipartimento provvedimenti di prevenzione e di educazione sanitaria della popolazione;
- c) collaborare con il Medico cantonale e i medici delegati e scolastici nell'ambito di ogni settore della salute pubblica;
- d) partecipare all'attuazione dei provvedimenti sociosanitari in grado di rispondere ai bisogni di assistenza domiciliare, ambulatoriale e istituzionale della popolazione del Comune.

Articolo 30  
Associazioni  
delle arti  
sanitarie

<sup>1</sup> Le associazioni professionali di operatori sanitari autorizzati secondo questa legge sono denominate Associazioni delle arti sanitarie (di seguito: Associazioni).

<sup>2</sup> Oltre ai compiti ed alla collaborazione espressamente previsti da questa legge lo Stato può delegare, sulla base dei disposti di cui all'articolo 31, altri compiti alle Associazioni.

Articolo 31  
Persone di diritto privato

<sup>1</sup> Lo Stato nell'adempimento dei compiti e delle finalità di questa legge collabora con persone fisiche e giuridiche di diritto privato che operano nel campo della protezione e del promovimento della salute quando il loro programma d'intervento coincide con gli obiettivi della politica sanitaria del Cantone.

<sup>2</sup> Le modalità della collaborazione sono stabilite tramite speciale convenzione che indicherà in modo particolare il campo di attività, le funzioni pubbliche attribuite e il grado di autonomia riservato.

TITOLO IV - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

CAPO I. GENERALITA'

Articolo 32  
Nozione

E' considerato preventivo ogni provvedimento inteso:

- a) a promuovere la responsabilità, l'informazione e le conoscenze dei cittadini nella salvaguardia della salute individuale e collettiva;
- b) a diminuire l'incidenza di una malattia nella popolazione riducendo i rischi di apparizione di nuovi casi;
- c) a diminuire lo sviluppo di una malattia nella popolazione riducendone la diffusione e la durata;
- d) a diminuire lo sviluppo delle invalidità croniche della popolazione riducendo al minimo le invalidità funzionali conseguenti alla malattia.

Articolo 33  
Provvedimenti

Lo Stato promuove, sostiene e attua la prevenzione tramite:

- a) il promuovimento di studi epidemiologici sulla diffusione e l'incidenza delle malattie e dei fattori di rischio nella popolazione;
- b) l'educazione alla salute della popolazione;
- c) la promozione dell'immunizzazione volontaria e la lotta alle malattie trasmissibili;
- d) la protezione sanitaria della popolazione scolastica;
- e) la lotta alle malattie sociali, a quelle di larga diffusione, alle tossicodipendenze e agli incidenti;
- f) l'adozione di misure atte a valutare l'efficacia degli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi proposti e/o attuati.

CAPO 2. EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Articolo 34  
Scopo

<sup>1</sup> L'educazione alla salute deve favorire l'autonomia e l'assunzione della responsabilità personale nella salvaguardia della salute individuale e collettiva.

<sup>2</sup> Essa ha lo scopo di dare alla popolazione le conoscenze e le competenze idonee a scegliere un modo di vita sano e a valutare criticamente l'esistenza di pericoli per la salute nonché ad utilizzare convenientemente le risorse individuali e collettive atte al promuovimento e al mantenimento della salute e segnatamente l'automedicazione.

Articolo 35  
Compiti, coordinamento e collaborazione

<sup>1</sup> Il Dipartimento è l'istanza competente a promuovere e coordinare gli interventi, i programmi e le azioni di educazione per la salute nel Cantone.

<sup>2</sup> Esso collabora con gli altri Dipartimenti e segnatamente con quello della pubblica educazione per gli interventi nel settore scolastico.  
L'educazione per la salute deve essere integrata nella formazione prescolastica e scolastica.

Articolo 36  
Programma d'intervento

Il Dipartimento presenta ogni anno al Consiglio di Stato per approvazione un programma, accompagnato dal preventivo, degli interventi previsti per l'anno successivo.

### CAPO 3. PROTEZIONE SANITARIA

#### A. Salubrità dell'ambiente

##### Articolo 37

Pericolo  
imminente

<sup>1</sup>Ove sia accertato e documentato un imminente grave e non altrimenti evitabile pericolo per la salute, il Consiglio di Stato può decidere ogni provvedimento indispensabile, in particolare:

- a) il divieto, la sospensione, l'annullamento o la chiusura temporanea o definitiva di attività, esercizi, manifestazioni e processi produttivi;
- b) il divieto temporaneo di vendita di sostanze, prodotti, derrate alimentari, utensili, apparecchiature;
- c) il trasferimento e lo sgombero coatti, temporanei o definitivi, di popolazione e animali;
- d) il divieto di accesso, di transito, di passaggio o di circolazione temporaneo o definitivo in aree pubbliche o private;
- e) l'inabitabilità e l'inagibilità di costruzioni ed edifici privati e pubblici.

<sup>2</sup>Contro le decisioni del Consiglio di Stato è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.  
Il ricorso non ha effetto sospensivo.

<sup>3</sup>Sono riservate le competenze di polizia sanitaria dei Comuni previste dalla Legge organica comunale.

##### Articolo 38

Stabili, costruzioni,  
agibilità

<sup>1</sup>Le norme particolari e i requisiti di igiene per le nuove costruzioni, ricostruzioni, riattazioni e ampliamenti di edifici sono stabiliti dal regolamento, riservate le disposizioni della legge edilizia.

<sup>2</sup>Al Dipartimento compete l'accertamento dell'abitabilità e dell'agibilità degli stabili di uso pubblico e collettivo, al Municipio di tutte le altre costruzioni.

##### Articolo 39

Acqua potabile

<sup>1</sup>Ogni edificio adibito ad abitazione dev'essere allacciato a spese del proprietario ad una rete di distribuzione d'acqua potabile con l'impianto di almeno un rubinetto per ogni famiglia che vi risiede.

<sup>2</sup>Comuni devono provvedere affinché alla popolazione sia assicurato un servizio, pubbli-



co o privato, di distribuzione di acqua potabile. Essi possono provvedervi direttamente oppure tramite concessione a enti pubblici o privati in regime di privativa.

<sup>3</sup> Due o più Comuni possono essere riuniti in Consorzio secondo la Legge sul consorzio dei Comuni, per l'esecuzione di impianti e per la distribuzione di acqua potabile.

<sup>4</sup> Il Dipartimento assicura la vigilanza sugli acquedotti nonché sulle modalità di distribuzione per il tramite dei competenti servizi tecnici che, segnatamente, provvedono ai controlli batteriologici e chimici dell'acqua potabile nonché alla tenuta del casellario tecnico-sanitario delle acque potabili del Cantone.

Articolo 40  
Cimiteri e  
aziende di onoranze funebri

<sup>1</sup> Deve essere assicurata la sepoltura o la cremazione di tutte le persone morte nel Cantone.

<sup>2</sup> Ogni Comune deve disporre di un cimitero. Con il consenso del Dipartimento possono essere creati cimiteri consortili che servono a più Comuni.

<sup>3</sup> Le disposizioni di polizia mortuaria sono stabilite dal regolamento. Il Dipartimento assicura la vigilanza sui cimiteri e sulle aziende di onoranze funebri.

B. Immunizzazione e malattie trasmissibili

Articolo 41  
Vaccinazioni

<sup>1</sup> Lo Stato promuove l'immunizzazione volontaria della popolazione dalle malattie.

<sup>2</sup> Allo scopo di limitare la diffusione delle malattie trasmissibili il Consiglio di Stato, su proposta del Medico cantonale, può ordinare vaccinazioni obbligatorie locali, regionali o per l'intero territorio del Cantone quando la salvaguardia della salute pubblica lo impone.

Articolo 42  
Provvedimenti  
coattivi

<sup>1</sup> Il Medico cantonale può ordinare al paziente infettivo o contagioso e alle persone che hanno avuto con lui contatto, misure di profilassi, di cura, di isolamento, di controllo, di disinfezione e di restrizione della libertà personale.

Egli può parimenti vietare al paziente l'esercizio di determinate attività e professioni.

<sup>2</sup> Se il paziente non dà seguito alle misure previste dal capoverso precedente, il Medico cantonale può disporre provvedimenti coattivi segnatamente l'isolamento obbligatorio. Egli può avvalersi della forza pubblica.

<sup>3</sup> Il paziente ha la facoltà di ricorrere contro i provvedimenti del Medico cantonale al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

<sup>4</sup> Ogni medico autorizzato ha la facoltà di imporre in via provvisoria al paziente contagioso provvedimenti coattivi dandone immediata comunicazione al Medico cantonale che si pronuncerà in via definitiva giusta il capoverso 1 di questo articolo.

#### Articolo 43

##### **Divieti generali**

<sup>1</sup> Al fine di prevenire la diffusione di malattie trasmissibili, il Medico cantonale può vietare o limitare manifestazioni, chiudere scuole o altri stabilimenti pubblici e aziende private, vietare l'accesso a determinati edifici e l'uscita dagli stessi come pure stabilire divieti di balneabilità.

<sup>2</sup> Il Medico cantonale può subordinare, alla presentazione di certificati di vaccinazione, l'ammissione a scuole, colonie, case per bambini o altri istituti, l'occupazione in strutture sanitarie, nell'industria alimentare e alberghiera, l'esercizio di attività a contatto con il pubblico o particolarmente esposte a pericolo di contagio.

<sup>3</sup> Esso si avvale della collaborazione dei Comuni, dei medici delegati e della forza pubblica.

<sup>4</sup> Contro le decisioni del Medico cantonale è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

#### C. Protezione sanitaria nella scuola

#### Articolo 44

##### **a) Medicina scolastica**

<sup>1</sup> Il medico scolastico vigila sulla salubrità e sicurezza delle scuole, degli istituti di educazione, delle case dei bambini pubblici e privati del proprio circondario.

La vigilanza si estende:

- a) agli scolari, agli insegnanti e agli inser-  
vienti;
- b) agli edifici, ai locali, ai servizi e agli  
arredamenti scolastici, alle mense e ai dor-  
mitori nonchè alle strutture sportive  
e ricreative annesse.

<sup>2</sup> Gli allievi di tutti gli ordini di scuola  
come pure i docenti, i supplenti e gli inser-  
vienti possono beneficiare delle visite e  
prestazioni del medico scolastico stabilite  
dalla legge e dai regolamenti.

Articolo 45

b) Servizio den-  
tario scola-  
stico

<sup>1</sup> Il servizio dentario scolastico ha lo scopo  
di promuovere la prevenzione e la cura denta-  
ria degli allievi in obbligo scolastico delle  
scuole pubbliche e private.

<sup>2</sup> L'organizzazione e la vigilanza del servizio  
è affidata al Dipartimento.

Articolo 46

Servizi denta-  
ri comunali e  
consortili

<sup>1</sup> I servizi dentari scolastici comunali e consor-  
tiali sono riconosciuti nel quadro dell'orga-  
nizzazione cantonale; essi godono delle stesse  
facilitazioni previste per il servizio cantona-  
le purchè le prestazioni date corrispondano  
a quelle previste dalla legge e dai regolamen-  
ti di applicazione.

<sup>2</sup> I Comuni e i Consorzi devono nominare con  
pubblico concorso i medici dentisti scolasti-  
ci.

Articolo 47

Partecipazione  
dei Comuni e  
delle famiglie

<sup>1</sup> I Comuni partecipano, secondo la loro forza  
finanziaria, nella misura minima del 20 e  
massima del 70 % alle spese per le visite  
e le prestazioni dei medici scolastici e  
per il servizio dentario scolastico secondo  
la loro forza finanziaria.

<sup>2</sup> La ripartizione dell'onere a carico dei Comu-  
ni è fatta tenendo conto della popolazione  
scolastica e, per quanto attiene il servizio  
dentario, degli allievi curati domiciliati  
in ogni singolo Comune.

<sup>3</sup> I Comuni possono, sulla quota di partecipazio-  
ne comunale al servizio dentario scolastico,  
fare partecipare le famiglie degli allievi  
curati in misura proporzionale al reddito  
imponibile.

La tavola di partecipazione delle famiglie  
deve essere approvata dal Dipartimento.

D. Malattie di rilevanza sociale, di larga diffusione, tossico-dipendenze e comportamenti pericolosi per la salute

Articolo 48

Nozione

Sono in particolare considerate malattie di rilevanza sociale, di larga diffusione, tossico-dipendenze e comportamenti pericolosi per la salute:

- a) le affezioni congenite ed ereditarie;
- b) le affezioni e i problemi sanitari legati all'ambiente sociale di vita e di lavoro e al comportamento, segnatamente la bronchite cronica, il diabete, il reumatismo, le affezioni tumorali, cardiocircolatorie, psichiche, l'alcoolismo, il tabagismo, la farmacodipendenza e le altre tossicomanie;
- c) le affezioni conseguenti alla modifica della struttura della popolazione, segnatamente all'invecchiamento.

Articolo 49

Provvedimenti

<sup>1</sup> Lo Stato promuove la lotta contro le malattie di rilevanza sociale o di larga diffusione, le tossicomanie e comportamenti pericolosi per la salute tramite l'educazione sanitaria della popolazione in generale e dei gruppi sottoposti a rischi particolari.

<sup>2</sup> Su proposta del Dipartimento il Consiglio di Stato può sostenere e partecipare all'attività di enti e associazioni di diritto pubblico e privato che si occupano di prevenzione e riabilitazione nel campo delle malattie sociali, di larga diffusione, delle tossicomanie e dei comportamenti pericolosi per la salute.

<sup>3</sup> Il Consiglio di Stato può parimenti attuare, su proposta del Dipartimento, azioni di profilassi per la diagnosi precoce delle affezioni curabili limitatamente ai gruppi a rischio e nel rispetto delle libertà individuali.

<sup>4</sup> Il Consiglio di Stato può adottare, su proposta del Dipartimento, misure e provvedimenti atti a prevenire gli infortuni e a salvaguardare l'incolumità pubblica. Essi devono essere conformi al principio delle proporzionalità. E' riservato il diritto federale e speciale.

Articolo 50

Tossicomanie e comportamenti pericolosi

<sup>1</sup> Il Consiglio di Stato può imporre restrizioni e divieti, oltre a quelli previsti dagli articoli 49 e seguenti della legge, alla pubblicità, al consumo e alla vendita di bevande alcoliche, tabacco, agenti terapeutici e altre sostanze che creano dipendenza nel rispetto delle disposizioni costituzionali e della legislazione federale, intercantonale e cantonale.

<sup>2</sup> E' riservato l'articolo 93 cpv. 3 di questa legge.

Articolo 51

Consumo di bevande alcoliche

<sup>1</sup> Nei commerci, nei negozi e negli esercizi pubblici del Cantone è vietata la vendita e il consumo di bevande alcoliche ai minori di 18 anni.

<sup>2</sup> Tutti gli esercenti sono tenuti a mettere a disposizione della clientela almeno tre bevande analcoliche ad un prezzo inferiore, per la medesima quantità, di quello della bevanda alcolica più economica.

Articolo 52

Consumo di tabacco

a) generalità

<sup>1</sup> E' considerato atto pregiudizievole alla salvaguardia della salute imporre l'aspirazione del fumo della combustione del tabacco a un non fumatore in luogo chiuso di uso pubblico e collettivo.

b) divieti

<sup>2</sup> Il Consiglio di Stato stabilisce per regolamento i luoghi e gli spazi pubblici e di uso pubblico e collettivo ove è vietato fumare.

<sup>3</sup> Esso può inoltre obbligare gli esercizi pubblici a disporre di un'adeguata ventilazione.

<sup>4</sup> Parimenti esso può disciplinare le modalità di vendita dei prodotti di tabacco ai minori di 18 anni.

TITOLO V - OPERATORI SANITARI

CAPO 1. DISPOSIZIONI COMUNI

Articolo 53

Vigilanza

<sup>1</sup> L'esercizio nel Cantone di un'attività sanitaria è sottoposto a vigilanza.

<sup>2</sup> Il Consiglio di Stato disciplina per regolamento l'attività degli operatori sanitari previsti dall'articolo 54. Esso può sottoporre ad autorizzazione e vigilanza altre professioni e attività sanitarie non previste da questa legge.

<sup>3</sup> Il Consiglio di Stato può parimenti proteggere e riconoscere i diplomi e i titoli degli operatori sanitari previsti dall'art. 62.

Articolo 54

Operatori sanitari

<sup>1</sup> Sono operatori sanitari secondo questa legge le persone qualificate nelle professioni di:

a) formazione universitaria: medico, medico dentista, medico veterinario, farmacista, assistente farmacista, chiropratico, psicologo clinico, psicoterapeuta;

b) altra formazione: levatrice, infermiere, fisioterapista, logopedista, rieducatore della psicomotricità, dietista, odontotecnico, ottico, pedicure, estetista.

<sup>2</sup>L'esercizio delle professioni previste dal capoverso precedente è subordinato ad autorizzazione.

#### Articolo 55

##### Autorizzazione

a) autorità competente

<sup>1</sup>Il Dipartimento è l'autorità competente a concedere l'autorizzazione all'esercizio indipendente (di seguito libero esercizio) o dipendente delle professioni previste dall'art. 54. E' riservato il capoverso 2.

<sup>2</sup>Per l'esercizio dipendente delle professioni previste dalla lettera b) dell'art. 54 sono applicabili le disposizioni dell'art. 58.

<sup>3</sup>Sono riservate le norme particolari previste per gli operatori di cui agli art. 62 e 63.

#### Articolo 56

b) requisiti

<sup>1</sup>L'autorizzazione è concessa alle persone che:

a) sono titolari di un diploma, di un attestato o di un certificato di un istituto universitario o scuola svizzeri riconosciuti dal Dipartimento;

b) godono di buona reputazione;

c) possiedono i requisiti psichici e fisici necessari all'esercizio della professione.

<sup>2</sup>Per i medici, i medici dentisti, i medici veterinari, i farmacisti e gli assistenti farmacisti il diploma riconosciuto è quello federale. L'attestato che certifica il superamento dell'esame finale degli studi di medicina rilasciato da un'università svizzera agli stranieri cresciuti nel Cantone Ticino ove hanno superato l'esame di maturità, è considerato equivalente al diploma federale.

<sup>3</sup>Ove le circostanze lo esigono l'autorità competente al rilascio dell'autorizzazione può chiedere, prima di concedere il libero esercizio di una professione sanitaria, l'assolvimento di un periodo di pratica professionale quale operatore sanitario dipendente. E' riservato il diritto federale.

<sup>4</sup>I requisiti di cui al capoverso 1 sono documentati:

a) dall'originale del diploma, dell'attestato o del certificato di capacità;

b) dall'estratto del casellario giudiziario.  
E' riservato l'art. 59 cpv. 1;

c) da un certificato medico di idoneità.  
E' riservato l'art. 60.

Sono riservati ulteriori accertamenti da parte dell'autorità competente.

Articolo 57

c) eccezione

<sup>1</sup> Ove le circostanze lo richiedono, e accertata la mancanza di portatori di diplomi, attestati o certificati di capacità di istituti universitari o scuole svizzeri riconosciuti, possono essere autorizzati all'esercizio indipendente o dipendente di una professione sanitaria operatori in possesso di diplomi, attestati o certificati conseguiti all'estero.

<sup>2</sup> L'autorizzazione deve essere limitata nel luogo e/o nel tempo ed è concessa dal Consiglio di Stato.

Articolo 58

d) esercizio dipendente

<sup>1</sup> L'autorizzazione all'esercizio dipendente di una professione prevista dalla lettera b) dell'art. 54 è presunta se sono ossequiate le disposizioni di questo articolo.

<sup>2</sup> L'operatore sanitario titolare oppure la direzione di un servizio o struttura sanitari, prima di assumere un operatore in forma dipendente, deve procedere alla verifica delle condizioni e dei requisiti conformemente alle disposizioni dell'art. 56 cpv. 1 e 4 e dell'articolo 59.

<sup>3</sup> Per la verifica dei requisiti il titolare o la direzione possono avvalersi della collaborazione del Dipartimento.

<sup>4</sup> L'assunzione di operatori con diplomi e certificati esteri è ammessa solo dopo comprovata verifica della mancanza di diplomati svizzeri.  
E' riservato l'art. 57.

<sup>5</sup> Il titolare o la direzione sono tenuti ad informare immediatamente il Dipartimento se l'assunzione è stata rifiutata o se il contratto è stato revocato per motivi previsti dai capoversi 1 e 2 dell'art. 59.

<sup>6</sup> Il titolare o la direzione sono tenuti in ogni tempo a mettere a disposizione del Dipartimento, per ogni operatore sanitario dipendente, i documenti previsti dall'art. 56 cpv. 4.

<sup>7</sup> Il Dipartimento può, ove le circostanze lo richiedono, sottoporre all'autorizzazione prevista dall'art. 55 cpv. 1 anche operatori sanitari dipendenti.

Articolo 59

e) rifiuto e  
revoca

<sup>1</sup> L'autorizzazione è rifiutata se non sono soddisfatte le condizioni previste dall'art. 56. In particolare l'autorizzazione può essere negata se il richiedente è stato oggetto in altri Cantoni di revoca dell'autorizzazione.

<sup>2</sup> L'autorizzazione è revocata per tempo determinato o indeterminato:

- a) se le condizioni previste per la sua concessione non sono soddisfatte;
- b) in caso di grave negligenza, di azioni immorali o di rilascio di certificati falsi, di ripetuta inosservanza dei doveri professionali oppure per continuate gravi violazioni delle disposizioni di legge, segnatamente quelle previste dal Titolo II., nonché delle norme deontologiche.

Nei casi di lieve entità può essere pronunciato l'ammonimento.

<sup>3</sup> La revoca e l'ammonimento sono pronunciati dal Dipartimento dopo aver sentito l'avviso della Commissione di vigilanza prevista dall'art. 24. E' riservato il cpv. 4 di questo articolo.

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

<sup>5</sup> Contro la decisione del Dipartimento è data facoltà di ricorso entro 15 giorni al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso contro la decisione prevista dal cpv. 4 non ha effetto sospensivo.

Articolo 60

f) durata

<sup>1</sup> L'autorizzazione è valida fino al compimento del settantesimo anno di età.

<sup>2</sup> Essa è in seguito rinnovata ogni due anni previo accertamento dell'idoneità psicofisica all'esercizio della professione da parte del Medico Cantonale.

Articolo 61

g) iscrizione  
all'albo

<sup>1</sup> Gli operatori sanitari ammessi al libero esercizio sono iscritti d'ufficio nell'albo tenuto ed aggiornato periodicamente dal Dipartimento.



Articolo 62  
Operatori sanitari senza attività indipendente

<sup>2</sup> L'albo è pubblicato in estenso periodicamente sul Foglio Ufficiale con aggiornamenti annui.

<sup>1</sup> Sono operatori sanitari senza attività indipendente le persone che non dispongono dei requisiti richiesti per l'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio indipendente di una professione prevista dall'art. 54 di questa legge, e che, con o senza diploma, a titolo oneroso o gratuito, distribuiscono prestazioni o attuano terapie quali lavoratori dipendenti presso operatori autorizzati, servizi, ambulatori o strutture sanitarie autorizzate.

<sup>2</sup> Sono in particolare operatori sanitari senza attività indipendente gli aiuti medico, i laboratoristi medici, gli assistenti tecnici in radiologia medica, gli ortottisti, i soccorritori professionali dei servizi autolettiga, gli aiuti di farmacia, le infermiere odontiatriche, gli assistenti geriatrici, le igieniste dentarie.

<sup>3</sup> Essi possono distribuire 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. Quest'ultimo ne assume la responsabilità.

<sup>4</sup> L'operatore senza attività indipendente è sottoposto, nell'esercizio delle attività previste dal cpv. 3 di questo articolo, a tutte le pertinenti disposizioni di questa legge e dei regolamenti.

Articolo 63  
Guaritori

<sup>1</sup> Sono considerati "guaritori", secondo questa legge, tutte le persone che, senza disporre delle qualifiche e dei requisiti specifici per l'esercizio di una qualsiasi professione sanitaria prevista da questa legge, distribuiscono e/o attuano, occasionalmente o con regolarità, a pazienti consenzienti, prestazioni e terapie comunemente accettate dalla tradizione locale e popolare, comunque non invasive e non pericolose, per loro stessa natura, all'incolumità psicofisica del paziente.

<sup>2</sup> Il guaritore:

- a) prima di dare una prestazione o attuare una terapia è tenuto ad informare il paziente in modo chiaro e comprensibile della sua qualifica in modo tale da escludere qualsiasi confusione con gli altri operatori sanitari autorizzati;

- b) deve astenersi da qualsiasi forma di pubblicità.  
Eventuali targhe e iscrizioni di identificazione devono contenere la dicitura "guaritore" e devono essere notificate al Dipartimento;
- c) non può utilizzare attrezzature e apparecchiature ottiche, meccaniche, a corrente forte e debole o che emettono radiazioni ionizzanti, ed altre assimilabili;
- d) non può prescrivere medicinali o altri agenti terapeutici;
- e) può essere remunerato dal paziente unicamente con contributi volontari a titolo di rimborso delle spese.  
L'ammontare del contributo è deciso in modo autonomo dal paziente.

<sup>3</sup> Il guaritore è sottoposto, nell'esercizio della sua attività a tutte le pertinenti disposizioni di questa legge e dei regolamenti.

**Articolo 64**  
**Limiti di competenza a dare le prestazioni**

<sup>1</sup> Nel rispetto dei diritti individuali (Titolo II. della Legge) ogni operatore sanitario è tenuto a dare le prestazioni nei limiti delle conoscenze acquisite mediante la formazione comprovata dal diploma o certificato esibito nonché dei mezzi tecnici e delle strutture a disposizione.  
Esse devono essere contenute nel campo d'attività usualmente riconosciuto alla professione esercitata tenuto conto delle specializzazioni acquisite e documentabili.

<sup>2</sup> Ogni operatore sanitario ha la responsabilità di aggiornare costantemente le proprie conoscenze professionali in particolare sugli sviluppi, sui limiti, sull'efficacia e sulle controindicazioni delle prestazioni e terapie distribuite ed attuate.

<sup>3</sup> Sono riservate le disposizioni particolari concernenti la delimitazione del campo di attività di singoli operatori previste da questa legge e dai regolamenti.

**Articolo 65**  
**Identificazione**

<sup>1</sup> L'ambulatorio di un operatore autorizzato è identificato dalle generalità e dalle qualifiche dell'operatore sanitario che ne assume la responsabilità.

Articolo 66  
Obbligo di  
presenza

<sup>1</sup> L'ambulatorio di un operatore sanitario autorizzato all'esercizio indipendente può essere aperto al pubblico solo se il titolare è in servizio.

<sup>2</sup> Ove le circostanze lo richiedono il Dipartimento può consentire, per brevi periodi, eccezioni segnatamente quando un altro operatore autorizzato nella medesima specialità è presente.

Articolo 67  
Cartella  
sanitaria

<sup>1</sup> Ad eccezione del farmacista, dell'assistente farmacista e dell'odontotecnico, ogni operatore autorizzato, 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 seguito;
- 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.  
E' riservato l'art. 11 cpv. 6.

<sup>2</sup> Le informazioni di cui all'art. 6 cpv. 4 possono essere menzionate su un documento separato dalla cartella sanitaria.

<sup>3</sup> Per ogni intervento chirurgico, oltre alle informazioni di cui al cpv. 1 di questo articolo, devono essere documentate le informazioni cliniche e tecniche sull'intervento, nonché le generalità del o degli operatori e dell'anestesista, delle altre persone coinvolte nell'intervento, nonché il genere, la durata e l'ora dell'intervento chirurgico e dell'anestesia.

<sup>4</sup> La cartella e gli altri documenti sanitari devono essere conservati per almeno dieci anni dalla conclusione del trattamento.  
E' riservato il diritto del paziente ad accedere alla cartella sanitaria conformemente all'art. 6 cpv. 3 e 4.

**Articolo 68**  
**Obbligo di denuncia**

<sup>1</sup> Ogni operatore sanitario è tenuto ad informare il Dipartimento e il Medico Cantonale di qualunque fatto che possa mettere in pericolo la salute pubblica.

<sup>2</sup> Chiunque esercita una professione sanitaria a titolo indipendente o dipendente ha l'obbligo di informare la competente procura pubblica di ogni caso di malattia, di lesione o di morte per causa certa o sospetta di reato venuto a loro conoscenza nell'esercizio della professione.

<sup>3</sup> Le procure pubbliche sono tenute a segnalare al Dipartimento l'apertura di procedimenti penali nei confronti di operatori sanitari per i casi aventi rilevanza ai fini dell'esercizio dell'attività sanitaria.

**Articolo 69**  
**Servizio notturno e festivo**

<sup>1</sup> Le Associazioni professionali dei medici, medici dentisti e farmacisti sono tenuti a organizzare un servizio di picchetto notturno e festivo a livello regionale e, ove occorra, locale.

<sup>2</sup> In caso di inadempienza il Dipartimento può disporre i provvedimenti necessari a garantire il servizio.

<sup>3</sup> Se le circostanze lo richiedono il Dipartimento può estendere questo obbligo ad altre Associazioni delle arti sanitarie.

<sup>4</sup> Il Medico cantonale può, per motivi di salute o altri, dispensare un operatore dal partecipare al servizio di picchetto. Egli si avvale della collaborazione delle Associazioni professionali interessate.

**Articolo 70**  
**Pubblicità**

<sup>1</sup> La pubblicità relativa alla propria attività deve essere fatta in modo corretto e misurato. E' vietato l'uso di denominazioni e diciture suscettibili di trarre in inganno il pubblico.

<sup>2</sup> Sulle targhe professionali e sulla carta personale e nella pubblicità consentita deve essere indicata unicamente la qualifica professionale nonché gli eventuali titoli accademici.

<sup>3</sup> La menzione di un titolo di specialista deve essere autorizzata dal Dipartimento. L'indicazione delle specialità FMH, FVH e SSO sono autorizzate d'ufficio.

<sup>4</sup> Inserzioni o comunicati pubblicitari sono ammessi unicamente al momento dell'apertura, del trasferimento o della chiusura dello studio come pure in occasione di assenze prolungate. Non sono ammessi annunci pubblicitari periodici nonchè la distribuzione di prospetti inerenti la propria attività. E' in particolare vietato l'uso dell'autorizzazione all'esercizio a fini pubblicitari.

<sup>5</sup> Le disposizioni di questo articolo sono applicabili per analogia alle strutture sanitarie previste dal Titolo VI di questa legge.

<sup>6</sup> E' riservato l'articolo 63, cpv. 2, lett. b).

Articolo 71  
Comparaggio

<sup>1</sup> E' 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Sono riservate:

a) le disposizioni degli articoli 75 e 77 concernenti gli assistenti dei medici dentisti e dei farmacisti;

b) i contratti per l'assolvimento di periodi di pratica e perfezionamento professionale previsti dai regolamenti o autorizzati dal Dipartimento.

Articolo 72  
Assenze, sostituzioni

<sup>1</sup> Ove le circostanze lo richiedono, in situazioni di disservizio, il Dipartimento può autorizzare un operatore della salute con libero esercizio ad assumere, durante le assenze, un sostituto. Esso deve sentire l'avviso dell'Associazione professionale interessata.

<sup>2</sup> Il Dipartimento stabilisce la durata della sostituzione e, ove occorre, altre condizioni.

## CAPO 2. DISPOSIZIONI PARTICOLARI

### Articolo 73

Medici

a) *medicamenti  
e altri agen-  
ti terapeutici*

<sup>1</sup> Ai medici è vietata, la vendita o la dispensazione all'utenza di medicinali e degli agenti terapeutici previsti dall'art. 89.

<sup>2</sup> Sono riservati i casi d'urgenza e la dispensazione, da parte dei medici veterinari di medicinali di prescrizione veterinaria.

<sup>3</sup> Ove le circostanze lo richiedono il Dipartimento può autorizzare la dispensazione di medicinali e agenti terapeutici da parte dei medici qualora il disservizio per l'utenza è manifesto e documentato.

### Articolo 74

b) *ambulatori  
secondari*

La gestione di ambulatori secondari può essere autorizzata dal Dipartimento quando è accertato un bisogno effettivo per la popolazione. Essi possono essere aperti all'utenza solo se il titolare è presente.

### Articolo 75

Medici dentisti

<sup>1</sup> Un medico dentista autorizzato all'esercizio indipendente può assumere, quale lavoratore dipendente, un altro medico dentista in qualità di assistente.

<sup>2</sup> Il Consiglio di Stato stabilisce con regolamento le condizioni e modalità di assunzione.

<sup>3</sup> Sono applicabili per analogia ai medici dentisti le disposizioni degli art. 73 cpv. 1 e 74.

### Articolo 76

Farmacisti

a) *esclusività*

<sup>1</sup> La dispensazione e la vendita al pubblico dei medicinali, delle specialità farmaceutiche e delle specialità di banco è permessa ai soli farmacisti ad eccezione dei prodotti di libera vendita stabiliti in base a convenzioni intercantionali cui è data adesione in conformità dell'art. 92 (di seguito Convenzioni intercantionali).

<sup>2</sup> I farmacisti devono, per ogni medicamento o specialità farmaceutica, attenersi al modo di vendita previsto dalla Convenzione intercantionale o dal Dipartimento giusta l'art. 93 cpv. 3.

<sup>3</sup> È riservato l'art. 73 cpv. 2 e 3.

### Articolo 77

b) *collaboratori  
farmacisti*

Il farmacista con libero esercizio può, se autorizzato dal Dipartimento, assumere quali lavoratori dipendenti uno o più farmacisti o assistenti farmacisti.

Articolo 78  
Odontotecnici

<sup>1</sup> Prestazioni di odontotecnica possono essere eseguite solo su ordinazione o sulla base di un'impronta fornita da un medico dentista autorizzato.

<sup>2</sup> All'odontotecnico è proibito qualsiasi intervento o semplice manipolazione nella bocca del paziente.

TITOLO VI - STRUTTURE SANITARIE

Articolo 79  
Nozione e  
vigilanza

<sup>1</sup> Sono strutture sanitarie secondo questa legge gli immobili, i locali, i vani o gli ambienti, anche mobili:

- a) ove sono distribuite o attuate, a pazienti degenti o ambulantanti e ad animali prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche in vista della promozione, della protezione, del mantenimento o del ristabilimento della salute;
- b) ove hanno luogo attività di produzione, di commercio o di distribuzione di medicinali e specialità farmaceutiche, agenti terapeutici, principi attivi, materiale e attrezzature sanitarie, prestazioni analitiche, di accertamento diagnostico o terapeutiche, come pure di ogni altro bene o servizio assimilabile;
- c) ove hanno luogo attività di ricerca o didattiche, di insegnamento e di apprendimento di conoscenze teoriche o pratiche sanitarie.

<sup>2</sup> Il Dipartimento esercita la vigilanza sulle strutture e attività previste dal cpv. 1. Esso può segnatamente imporre l'adozione di tutti i provvedimenti e le misure atti a garantire le premesse di sicurezza per i pazienti, di qualità delle prestazioni, dei beni e dei servizi distribuiti, commercializzati o prodotti nonché la validità dei diplomi e dei certificati distribuiti. Sono riservate le competenze del Consiglio di Stato previste dagli articoli 80, 81 e 83.

<sup>3</sup> In particolare l'impiego di apparecchiature tecnico scientifiche a tecnologia avanzata o che impiegano radiazioni ionizzanti è autorizzato solo se accertata e documentata la disponibilità di operatori qualificati e competenti.

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

#### Articolo 80

*Ospedali, Cliniche, Case di cura, altre strutture assimilabili*

##### *a) autorizzazione*

<sup>1</sup> Per l'esercizio di un ospedale, di una clinica, di un cronicario, di un convalescenziario, di una casa di cura o di riposo per anziani, di un istituto di riabilitazione e in genere per ogni altra struttura che distribuisca prestazioni sanitarie a pazienti degenti è necessaria l'autorizzazione del Consiglio di Stato.

<sup>2</sup> L'autorizzazione deve menzionare il campo d'attività, i limiti e le condizioni che ne hanno determinato la concessione.

#### Articolo 81

##### *b) requisiti*

<sup>1</sup> La concessione dell'autorizzazione d'esercizio è subordinata all'accertamento della disponibilità di una direzione sanitaria e amministrativa, di un numero adeguato di operatori sanitari, di strutture, servizi e attrezzature sanitarie, e di un'organizzazione interna atte a garantire le premesse di sicurezza dei pazienti, di qualità delle prestazioni e delle cure.

<sup>2</sup> La disponibilità di cui al cpv. 1 sarà determinata dall'indirizzo e dal genere d'attività, dal numero, dall'età e dal grado di dipendenza degli ospiti nonché dal tipo di casistica curata.

<sup>3</sup> Il Consiglio di Stato, può, in ogni tempo, chiudere o limitare l'attività di strutture sanitarie che non rispettano le condizioni che hanno determinato l'autorizzazione ed i requisiti necessari ad un regolare esercizio.

<sup>4</sup> Contro la decisione di revoca, di rifiuto o di limitazione dell'autorizzazione è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

#### Articolo 82

##### *Statistiche*

<sup>1</sup> Allo scopo di disporre delle basi statistiche necessarie alla conoscenza della distribuzione e dell'incidenza delle malattie e dei fattori di rischio nella popolazione nonché alla valutazione dei bisogni sanitari, alla elaborazione della pianificazione ed alla definizione delle priorità d'intervento come pure allo scopo di disporre delle informazioni indispensabili all'organizzazione del servizio sanitario coordinato e in caso di catastrofe, le strutture sanitarie previste dall'art. 80



sono tenute a mettere a disposizione, su richiesta e secondo modalità stabilite dal Dipartimento, i dati statistici sul movimento degli ospiti, sulla classificazione delle malattie, sul numero e il tipo di prestazioni, sul numero e le qualifiche del personale impiegato, sul numero dei letti, sulla dotazione di attrezzature e sui costi totali d'esercizio.

<sup>2</sup> Ove la situazione epidemiologica lo richiede il Consiglio di Stato, sentito l'avviso del Medico cantonale, può estendere questo obbligo anche a operatori sanitari previsti dall'art. 54.

Articolo 83

Farmacie

a) autorizzazione

<sup>1</sup> L'apertura al pubblico di una farmacia è subordinata ad un'autorizzazione del Dipartimento.

<sup>2</sup> L'autorizzazione è concessa se:

- a) il responsabile sanitario è un farmacista autorizzato giusta l'art. 55 cpv. 1 all'esercizio indipendente della professione. E' riservato l'articolo 57 della legge;
- b) è accertata l'idoneità dei locali, dell'arredamento e dello strumentario in conformità alle esigenze della farmacopea elvetica.

<sup>3</sup> Al farmacista responsabile non proprietario deve essere garantita l'indipendenza necessaria all'assunzione della responsabilità sanitaria della farmacia.

<sup>4</sup> Durante le ore di servizio deve essere presente costantemente in farmacia il responsabile sanitario o un altro farmacista o assistente farmacista autorizzato.

<sup>5</sup> Il Consiglio di Stato può in ogni tempo chiudere una farmacia quando le condizioni ed i requisiti necessari ad un regolare esercizio non sono più ossequiati.

<sup>6</sup> Contro la decisione di chiusura della farmacia, di revoca o di rifiuto dell'autorizzazione è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

Articolo 84

b) preparazioni

La preparazione di medicinali può essere eseguita solo da un farmacista o da un assistente farmacista autorizzato.

**Articolo 85**  
**Laboratori**  
**d'analisi sanitarie**

<sup>1</sup> Per l'esercizio di un laboratorio privato di analisi sanitarie, è necessaria l'autorizzazione del Dipartimento.

<sup>2</sup> L'autorizzazione è concessa dopo verifica:

- a) dei diplomi, dei certificati di specializzazione e di pratica nonché dell'estratto del casellario giudiziario della persona responsabile della conduzione tecnico-scientifica del laboratorio;
- b) della disponibilità e delle qualifiche del personale dipendente;
- c) dei locali, dell'arredamento e dello strumentario.

<sup>3</sup> L'autorizzazione menziona il campo di attività e le altre condizioni alle quali essa è concessa.

<sup>4</sup> Se le condizioni stabilite nell'autorizzazione non fossero rispettate o quando le circostanze lo esigono il Dipartimento può, in ogni tempo, revocare temporaneamente o definitivamente l'autorizzazione come pure limitare il campo di attività di un laboratorio di analisi sanitarie.

<sup>5</sup> Contro il rifiuto, la revoca o la limitazione dell'autorizzazione è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

<sup>6</sup> I laboratori, compresi quelli degli ambulatori medici delle strutture sanitarie, possono essere sottoposti a controlli ufficiali di qualità.

**Articolo 86**  
**Commercio all'ingrosso**  
**a) nozione e autorizzazione**

<sup>1</sup> Per commercio all'ingrosso si intende la vendita, la detenzione e la consegna di medicinali e altri agenti terapeutici a farmacisti, a grossisti autorizzati o ad altre persone abilitate a fornire medicinali per uso professionale, esclusa la vendita diretta o indiretta al pubblico.

<sup>2</sup> Oltre alle disposizioni di questa legge e dei regolamenti il commercio all'ingrosso soggiace alle prescrizioni della legislazione intercantonale in materia e necessita, per essere esercitato, dell'autorizzazione del Dipartimento.

Articolo 87

b) requisiti

<sup>1</sup> L'autorizzazione è concessa o rinnovata, annualmente, dopo verifica dei locali e dell'arredamento del deposito nonché dei requisiti professionali e dell'estratto del casellario giudiziario del responsabile tecnico e amministrativo dell'azienda.

<sup>2</sup> Contro il rifiuto, la revoca o la limitazione dell'autorizzazione è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Il ricorso non ha effetto sospensivo.

Articolo 88

Fabbricazione

<sup>1</sup> Per la fabbricazione di medicinali, specialità farmaceutiche, vaccini, sieri e altre sostanze o agenti terapeutici è necessaria l'autorizzazione del Dipartimento.

<sup>2</sup> L'autorizzazione è concessa per cinque anni e può essere rinnovata dopo verifica delle condizioni previste dalla speciale legislazione intercantonale in materia e, in particolare:

- a) dei diplomi, dei certificati di specializzazione e di pratica nonché dell'estratto del casellario giudiziario della persona alla quale è affidata la conduzione tecnica, organizzativa e scientifica della produzione e della ricerca nonché del controllo di qualità interno;
- b) della disponibilità e delle qualifiche del personale tecnico dipendente;
- c) dei locali, dell'arredamento, delle attrezzature, dello strumentario utilizzati per la ricerca e la produzione nonché del piano organizzativo indispensabile ad assicurare le premesse di qualità e sicurezza del prodotto finito.

<sup>3</sup> L'autorizzazione può limitare il campo di attività e contenere altre condizioni alle quali essa è concessa.

<sup>4</sup> Se le condizioni stabilite nell'autorizzazione non fossero rispettate o quando le circostanze lo richiedono il Dipartimento può, in ogni tempo, ordinare la revoca, temporanea o definitiva, dell'autorizzazione, come pure porre delle limitazioni al campo di attività.

<sup>5</sup> Contro il rifiuto, la revoca o la limitazione dell'autorizzazione è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.  
Il ricorso non ha effetto sospensivo.

## TITOLO VII - AGENTI TERAPEUTICI

- Articolo 89  
Nozione
- <sup>1</sup> Sono agenti terapeutici secondo questa legge:
- a) i medicinali e le specialità farmaceutiche;
  - b) gli apparecchi ed articoli medici;
  - c) i vaccini e i sieri;
  - d) il sangue umano e i suoi derivati;
  - e) gli altri agenti che hanno proprietà curative, preventive o diagnostiche delle malattie umane o animali.
- <sup>2</sup> Gli agenti di cui alle lettere a), b) e c) sono riconosciuti dalla definizione loro attribuita dalla speciale legislazione intercantonale in materia e dalla legislazione federale.
- Articolo 90  
Vigilanza - autorizzazione
- <sup>1</sup> Gli agenti terapeutici soggiacciono alla vigilanza del Dipartimento.
- <sup>2</sup> Esso può in particolare vietare la produzione, la messa in commercio o in vendita nel Cantone di agenti terapeutici quando è messa in pericolo la sicurezza o la salute dei pazienti oppure quando non è documentata l'efficacia terapeutica.
- <sup>3</sup> Per la produzione, il commercio, nonché la distribuzione e la vendita al pubblico di agenti terapeutici è necessaria l'autorizzazione del Dipartimento conformemente alle disposizioni previste dal Titolo VI della legge.
- <sup>4</sup> È riservata la legislazione federale sui sieri e vaccini e sugli stupefacenti.
- Articolo 91  
Vendita, pubblicità
- <sup>1</sup> Nessun agente terapeutico può essere venduto al pubblico senza l'autorizzazione del Dipartimento.
- <sup>2</sup> È autorizzata d'ufficio la messa in vendita nel Cantone degli agenti terapeutici che sono al beneficio di una registrazione valida dell'Ufficio intercantonale di controllo dei medicinali.
- <sup>3</sup> È vietata, senza l'autorizzazione del Dipartimento, ogni pubblicità destinata al pubblico di agenti terapeutici. Quella concernente gli agenti terapeutici previsti dal cpv. 2 di questo articolo è autorizzata d'ufficio se conforme alle prescrizioni e direttive intercantionali.

<sup>4</sup> Sono riservati gli articoli 90 cpv. 2 e 93 cpv. 3.

Articolo 92

Convenzioni  
intercanto-  
nali

Il Consiglio di Stato è autorizzato a dare adesione alle convenzioni o ai concordati intercantonali elaborati nell'ambito dell'Unione intercantonale sul controllo dei medicinali.

Articolo 93

Modalità di  
vendita

<sup>1</sup> Il modo di vendita al pubblico degli agenti terapeutici è stabilito dal Dipartimento.

<sup>2</sup> Per gli agenti terapeutici registrati dall'Ufficio intercantonale di controllo, il modo di vendita è quello proposto dall'istanza intercantonale competente.  
E' riservato il capoverso 3.

<sup>3</sup> Ove le circostanze lo giustificano, in particolare per lottare contro farmacodipendenze, il Dipartimento può stabilire modi di vendita più severi di quelli proposti dall'Ufficio intercantonale.

TITOLO VIII - TASSE, PROCEDURE E CONTRAVVENZIONI

Articolo 94

Tasse

<sup>1</sup> Per la concessione e il rinnovo delle autorizzazioni previste da questa legge, come pure per compiti speciali di visita, di controllo e di ispezione da parte delle istanze previste dalla legge sono percepite delle tasse.

<sup>2</sup> Le tasse devono essere commisurate all'entità e al costo reale della prestazione fornita.

<sup>3</sup> Il Consiglio di Stato stabilisce con regolamento l'ammontare delle singole tasse.

Articolo 95

Multa

<sup>1</sup> Le contravvenzioni alle disposizioni di questa legge e dei regolamenti di applicazione sono punite con una multa da 500.- fino a 100'000.- franchi.

<sup>2</sup> La complicità e l'istigazione a commettere una contravvenzione sono parimente punibili.

<sup>3</sup> Le multe sono inflitte dal Dipartimento conformemente alla legge di procedura per i reati di competenza del pretore e le contravvenzioni. Sono riservate le disposizioni delle leggi federali, speciali e del Codice Penale Svizzero e della legislazione speciale federale intercantonale o cantonale.

Articolo 96

Confisca e  
devoluzione

<sup>1</sup> Il Dipartimento può ordinare la confisca o la distruzione di attrezzi, merci o di qualunque cosa mobile che ha costituito oggetto di contravvenzione o che è servita a commetterla.

<sup>2</sup> Gli oggetti confiscati sono devoluti allo Stato.

<sup>3</sup> I vantaggi pecuniari illeciti sono devoluti allo Stato.

Articolo 97

Altre misure,  
spese

<sup>1</sup> In caso di contravvenzione il Dipartimento ordina tutte le misure atte a far cessare uno stato di fatto contrario alla legge, segnatamente la chiusura di strutture sanitarie.

<sup>2</sup> Il Dipartimento può addebitare al contravventore la totalità o parte delle spese che si sono rese necessarie per accertare o documentare la contravvenzione, segnatamente le spese d'ispezione, di analisi, di perizie, ecc.

<sup>3</sup> È applicabile l'art. 34 della Legge sulle cause amministrative.

Articolo 98

Prescrizione

Le contravvenzioni alle disposizioni di questa legge si prescrivono nel termine di cinque anni dal giorno dell'atto punibile.

Articolo 99

Accesso ai  
locali

<sup>1</sup> Le persone e i funzionari a cui è affidata la vigilanza e l'esecuzione della legge avranno libero accesso in ogni tempo durante l'esercizio a tutti i locali dove si esercita un'attività sottoposta a controllo come pure agli stabilimenti annessi.

Al fine di accertare l'esistenza di una contravvenzione possono procedere ad ogni altra indagine ritenuta necessaria.

<sup>2</sup> Il Consiglio di Stato designa i funzionari e le persone di cui al capoverso 1.

TITOLO IX - DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Articolo 100

Ordini  
professionali

Gli ordini delle arti sanitarie maggiori istituiti dalla Legge sanitaria del 18 novembre 1954 decadono un anno dopo l'entrata in vigore di questa legge.

- Articolo 101  
*Operatori sanitari*  
Gli operatori sanitari che all'entrata in vigore di questa legge hanno compiuto il settantesimo anno di età sono tenuti a chiedere, entro un anno, il rinnovo dell'autorizzazione conformemente alle disposizioni dell'art. 60.
- Articolo 102  
*Strutture sanitarie*  
Le strutture sanitarie non al beneficio di autorizzazione d'esercizio conformemente alla Legge sanitaria del 18 novembre 1954 devono chiedere l'autorizzazione prevista dall'art. 80 entro due anni dalla data d'entrata in vigore di questa legge.
- Articolo 103  
*Regolamenti di applicazione*  
I regolamenti di applicazione, le ordinanze, i decreti e le prescrizioni del Consiglio di Stato e del Dipartimento emanati giusta la Legge sanitaria del 18 novembre 1954 rimangono in vigore, per quanto non in contrasto con questa legge, fino all'adozione della nuova regolamentazione esecutiva stabilita dal Consiglio di Stato.
- Articolo 104  
*Entrata in vigore*  
Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum il Consiglio di Stato stabilisce l'entrata in vigore.
- Articolo 105  
*Disposizioni abrogate*  
Con l'entrata in vigore di questa legge è abrogata la Legge sanitaria del 18 novembre 1954 e ogni altra disposizione legislativa od esecutiva cantonale contraria o incompatibile.

