

Rapporto di maggioranza

numero

data

Dipartimento

11 gennaio 2007

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

INDICE

1.	Introduzione	2
2.	I lavori della Commissione	2
3.	La Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)	5
4.	L'evoluzione storica e le esperienze in altri paesi	7
5.	La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 1998-2001	7
6.	Pubblico e privato	8
7.	L'evoluzione finanziaria dell'Organizzazione socio-psichiatrica cantonale.....	11
8.	La situazione attuale dell'intervento sociopsichiatrico cantonale	12
9.	Le conseguenze finanziarie della pianificazione 2005-2008	21
10.	Le proposte operative della pianificazione 2005-2008	22
11.	Riepilogo	24
12.	Considerazioni finali.....	25
13.	Le proposte della Commissione.....	26
14.	Conclusioni	27
	ALLEGATI	29

1. INTRODUZIONE

La discussione sulla pianificazione sociopsichiatrica cantonale si svolge in un momento in cui le problematiche psico-socio-educative sono di particolare attualità. Non passa giorno - o quasi - in cui gli organi di stampa non riferiscono di fatti, a volte molto gravi e preoccupanti, nei quali sono coinvolti adulti o adolescenti. L'Autorità cantonale e i vari servizi cantonali e a volte comunali o privati, si pongono sempre più interrogativi sulle modalità di intervento per porre rimedio a questa situazione. Sovente emergono proposte intese a contenere i danni, attraverso la polizia, la magistratura dei minorenni, controlli, divieti. Meno sovente, forse anche perché meno facile, ci si inoltra nel campo della prevenzione. La pianificazione rileva comunque l'emergenza giovani. Ne consacra un intero capitolo. Altri due capitoli sono consacrati alla questione degli anziani e alle problematiche relative al mondo del lavoro.

La Commissione ha pertanto ritenuto utile e necessario non limitarsi ad un esame sommario del documento, alla valutazione di quanto è stato fatto rispetto ai documenti passati, nonché ad esprimere un giudizio sulle proposte concrete presentate attraverso il documento in esame.

La Commissione, proprio per la particolarità del periodo in cui viviamo e per l'acutezza con cui si manifestano taluni fenomeni, ha inteso svolgere un lavoro più ampio. In primo luogo ha ritenuto necessario ricordare i principi su cui si fonda, da noi, l'intervento sociopsichiatrico e procedere ad un esame critico della validità della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP) a oltre vent'anni dalla sua adozione. In secondo luogo ha ritenuto di sintetizzare l'esperienza svolta a Trieste, sotto la direzione iniziale di Franco Basaglia e attualmente di Giuseppe Dell'Acqua. Un'esperienza da cui si ispira anche la LASP e l'intervento sociopsichiatrico in Ticino e per questa ragione di grande rilevanza per noi. In terzo luogo, il presente rapporto valuta l'intervento sociopsichiatrico cantonale nei confronti di quello che si può definire una nuova emergenza. Infine, il rapporto si addentra nelle questioni immediate e concrete e formula alcune puntuali proposte.

2. I LAVORI DELLA COMMISSIONE

2.1 La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 è stata adottata dal Consiglio di Stato l'8 novembre 2005 e successivamente è stata trasmessa al Gran Consiglio. La commissione si è occupata per la prima volta il 9 febbraio 2006. Ha sentito il direttore dell'OSC Michele Salvini e il direttore del settore Sottoceneri dott. Michele Tomamichel, il 9 marzo 2006 e i rappresentanti del settore privato, dott.ssa Gea Besso, presidente della Società svizzera - Sezione Ticino di psichiatria sociale; dott.ssa Lorenza Bolzani, presidente della Società ticinese di psichiatria e psicoterapia; Chiara Ferrazzo, presidente dell'Associazione psicologi e psicoterapeuti, il 18 maggio 2006.

Nella seduta del 18 maggio 2006 ha designato il relatore, con il compito di rispondere anche alla mozione "Per un potenziamento del servizio medico psicologico sul territorio" (vedi M. 5771) e di preparare un progetto di rapporto.

Il relatore, il 21 luglio, ha nuovamente incontrato il direttore dell'OSC. Su sua iniziativa, ha pure visitato il Centro di salute mentale di Trieste.

Il progetto di rapporto è stato sottoposto alla Commissione per una prima discussione il 14 settembre 2006. In quella seduta e in quelle successive sono sorte perplessità sul documento presentato dal Consiglio di Stato, in particolare:

- **dal profilo dei tempi la Commissione ritiene inaccettabile che un importante documento pianificatorio - che necessita di un considerevole lavoro anche da parte**

del Parlamento- venga presentato al Gran consiglio quasi un anno dopo l'inizio del periodo interessato. La Pianificazione riguarda gli anni 2005-2008 e il documento è stato consegnato alla fine del 2005. In queste condizioni è impossibile per il Parlamento trasmettere al Governo qualsiasi parere in tempo utile. La Commissione, in considerazione anche della nuove norme legislative di cui riferiamo più avanti, chiede che i documenti pianificatori vengano trasmessi con largo anticipo;

- **la Commissione ha pure rilevato carenze dal profilo pianificatorio, sia per quanto riguarda le indicazioni progettuali, sia e soprattutto sugli aspetti finanziari.** Ha quindi deciso di sentire nuovamente i rappresentanti del DSS, ai quali sono stati sottoposti una serie di quesiti. L'incontro con la direttrice del Dipartimento, l'on. Patrizia Pesenti, e i suoi principali collaboratori, ha avuto luogo il 7 novembre. In allegato si troverà il documento trasmesso alla Commissione in quell'occasione. Il 4 gennaio 2007 la Commissione ha pure ricevuto i dati di Piano finanziario suddivisi per ogni singolo servizio, in base alla classificazione istituzionale del piano contabile (i Centri di Responsabilità Budgetaria – CRB). Il testo è pure allegato al presente rapporto.

2.2 Durante l'esame della Pianificazione è sorta la questione procedurale relativa all'applicabilità della nuova "Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio" adottata dal Parlamento il 7 novembre 2006, ed entrata in vigore il 1° gennaio 2007. Secondo questa nuova legge le pianificazioni, anche quella sociopsichiatrica, il parlamento non si limita più a discutere i documenti ed a esprimere eventuali raccomandazioni, ma deve invece esprimersi con un voto. La Commissione si è quindi posta il quesito se la pianificazione in discussione doveva essere sottoposta o meno alla nuova legge. Ha quindi deciso di chiedere un parere al consulente giuridico del Governo e di sentire il Consiglio di Stato, allo scopo di evitare divergenze di carattere procedurale. L'avv. Guido Corti, con un parere del 27 novembre 2006, così si è espresso:

"Com'è noto, è pendente davanti alla Commissione sanitaria la pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008, adottata dal CdS/DSS nel settembre del 2005. Ora, in Commissione sanitaria si è posta innanzitutto la questione di sapere se questa pianificazione già soggiaccia alla nuova legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio del 7 novembre 2006 (FU 2006 pag. 7369), che entrerà in vigore il 1° gennaio 2007, e più precisamente al nuovo art. 13 LASP modificato da questa legge. In base a questa novella legislativa, il Gran Consiglio non si limita più a discutere puramente e semplicemente la pianificazione che gli viene sottoposta dal CdS, ma è chiamato ad approvarla oppure a rinviarla totalmente o parzialmente al Governo, che è tenuto a modificarla nel senso indicato dalla discussione parlamentare e quindi, come ovvio, dal rapporto commissionale che l'ha preceduta.

1.- Il nuovo art. 13 LASP ha modificato la procedura di adozione della pianificazione sociopsichiatrica. Ora, in assenza di disposizioni transitorie che dispongano altrimenti, il nuovo art. 13 LASP - che non tocca diritti individuali o processuali dei singoli - sarà immediatamente applicabile al momento della sua entrata in vigore (Blaise Knapp, Précis de droit administratif, n. 594; DTF 126 III 435) e disciplinerà quindi l'adozione della pianificazione sociopsichiatrica 2005-2008, tuttora pendente e a quel momento sicuramente ancora pendente davanti al Gran Consiglio: è pacifico, tuttavia, che eventuali misure già attuate sulla base del documento del settembre 2005 non potranno più essere rimesse in discussione.

2.- La pianificazione sociopsichiatrica 2005-2008 è stata logicamente presentata dal CdS e sottoposta al Gran Consiglio alla fine del 2005 in base alla normativa allora vigente e non appare quindi strutturata nella forma del messaggio governativo, accompagnato da un disegno di DL, come avviene invece per la pianificazione ospedaliera secondo gli art. 63 segg. LCAMal che, precorrendo la legge del 7 novembre 2006, già avevano assoggettato quella pianificazione alla formale approvazione del Parlamento. Ora, come rilevato anche in Commissione sanitaria, non è agevole applicare il nuovo art. 13 LASP al documento pianificatorio presentato dal CdS/DSS nel settembre del 2005 ed approvarlo quindi o rinviarlo in tutto o in parte al Governo, per le modifiche indicate dalla discussione parlamentare, con un formale decreto legislativo.

3.- Pur partendo da queste premesse, è comunque emersa anche in Commissione la volontà di trovare - d'intesa con il CdS/DSS - una soluzione praticabile, che consenta al Gran Consiglio di "liquidare" totalmente o almeno parzialmente la pianificazione 2005-2008 sulla base del documento presentato dallo stesso Consiglio di Stato (DSS) nel settembre del 2005.

Una prima possibilità emersa in Commissione sarebbe quella di approvare la pianificazione limitatamente agli anni 2005 e 2006, invitando poi il Governo a presentare un nuovo messaggio per i 4 anni successivi: ma questa soluzione romperebbe la periodicità stabilita dall'art. 13 LASP. In Commissione è stata pertanto prospettata una seconda soluzione, che mi sembra obiettivamente migliore ed anche più conforme al testo di legge: sulla base del documento del settembre 2005, la pianificazione sociopsichiatrica 2005-2008 verrebbe approvata dal Gran Consiglio con formale DL, ma nel senso dei considerandi contenuti nel rapporto commissionale e, se del caso, della discussione parlamentare ed il CdS sarebbe poi tenuto ad attuare le modifiche e adottare le misure indicate da Commissione e Parlamento: non vi sarebbe invece rinvio formale e parziale della pianificazione al CdS ai sensi dell'art. 13 cpv. 2 LASP."

Il Consiglio di Stato, da parte sua, con una comunicazione del 19 dicembre 2006 alla Commissione sanitaria, afferma:

".... L'iniziativa parlamentare del 5 dicembre 2000 per la definizione delle competenze del Gran Consiglio in materia ospedaliera, a cui hanno fatto seguito il messaggio del consiglio di Stato del 10 aprile 2001, il rapporto della Commissione delle gestione e delle finanze del 31 maggio 2001, la sua approvazione il 5 giugno 2001 e la messa in vigore il 1. luglio 2001 con la quale è stata attribuita la competenza di approvare la Pianificazione LAMal al legislativo cantonale.

In quell'occasione proprio per preservare la coerenza di un lavoro avviato già nel corso del 1999, il Gran consiglio aveva stabilito che la nuova normativa riguardante le competenze pianifatorie doveva essere applicata non alla pianificazione già presentata, ma a quelle future.

Nel caso della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008, considerato che l'inizio dei relativi lavoro di preparazione risalgono al 2003, questa soluzione, per gli evidenti motivi di di continuità e di coerenza, appare anche la più appropriata.

A sostegno di questa soluzione nel caso della Pianificazione sociopsichiatrica, rispetto a quella degli istituti ospedalieri LAMAI, c'è poi un ragione supplementare.

Concretamente avendo la Pianificazione sociopsichiatrica unicamente carattere indicativo, in base alla prassi comune ad esempio alle Linee direttive e la Piano finanziario, l'approvazione da parte del Consiglio di Stato è sempre avvenuta al momento della presentazione al Gran consiglio. Dopo la discussione del Parlamento non ha mai fatto oggetto di ridiscussione o perlomeno di ratifica formale da parte dell'esecutivo.

Questo significa che concretamene ci troviamo oggi con una Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 già approvata.

....nondimeno questo Governo non intende opporsi a un'altra soluzione. Importante per il Governo è assicurare alla psichiatria pubblica la presenza costante e continua di obiettivi a media scadenza alfine di promuovere risposte appropriate ai bisogni della popolazione.

In via subordinata questo Consiglio può pertanto aderire a una pianificazione valida per il periodo 2005-2008 che sia completata da un Decreto legislativo semplice approvato dal Gran consiglio, senza formale rinvio del Rapporto di pianificazione al governo."

La Commissione ha attentamente esaminato il parere del Consulente giuridico e la comunicazione del Consiglio di Stato. Ha preso atto che il Governo aderisce, seppur in via subordinata, anche alla soluzione in cui la Pianificazione sia completata da un DL. La Commissione, ritiene corretto applicare la nuova disposizione legislativa, e propone pertanto al Parlamento di esprimersi come se ci fosse un Messaggio con una bozza di Decreto legislativo, conformemente alla nuova legge sulla pianificazione. Al presente rapporto è pertanto allegato un progetto di Decreto legislativo.

3. LA LEGGE SULL'ASSISTENZA SOCIOPSICHIATRICA (LASP)

3.1 È la LASP che costituisce, nel nostro Cantone, la base giuridica, medica e organizzativa per l'intervento sociopsichiatrico. Approvata il 26 gennaio 1983, dopo un lunghissimo e approfondito esame commissionale, la LASP è entrata in vigore il 1. gennaio 1985. Sono passati oltre 20 anni e in questo periodo il mondo è cambiato, anche profondamente. Gli operatori del settore ritengono tuttavia che la stessa è sempre di attualità. In questi anni la legge è stata rivista più volte, su aspetti specifici.

3.2 Abbiamo ritenuto necessario, in questa occasione, ricordare i concetti che hanno sorretto la riforma di allora, una riforma di avanguardia. Abbiamo pensato di farlo ricordando in primo luogo alcune affermazioni contenute nel rapporto della Commissione, di cui è stato relatore Luigi Pedrazzini (rapporto del 2 luglio 1982).

“La legge - si afferma nel rapporto - sarà caratterizzata da un coordinamento più intenso e razionale fra le strutture pubbliche che operano nel settore, dalla collaborazione, laddove ciò è possibile, fra lo “Stato” ed il “privato”, dal rispetto più ampio dei diritti e delle libertà individuali delle persone bisognose di assistenza e dall’offerta di strutture più adeguate alle esigenze dell’individuo e finanziariamente meno onerose per lo Stato....” E più avanti il rapporto precisa: *“per restrizione della libertà non ha innanzitutto da intendersi soltanto la privazione della libertà con il collocamento coattivo dell’individuo, ma anche l’applicazione senza il consenso dell’interessato di terapie ed in special modo di quelle intense e rischiose... La persona bisognosa ha diritto ... sostanzialmente a tre cose:*

- *diritto al collocamento in una struttura corrispondente alle sue esigenze e, nel limite del possibile, vicina al suo ambiente sociale naturale*
- *diritto ad una cura continuata...*
- *diritto all’applicazione di terapie proporzionate all’esigenza della malattia, applicazione di cui dev’essere data tempestiva informazione alla persona bisognosa dell’assistenza nell’ambito del piano terapeutico.*

... La legge non vuole soltanto creare gli strumenti che permettano all’utente di difendersi contro privazioni ingiustificate della libertà. La sua ambizione è anche quella di porre le premesse concrete affinché il rispetto dei diritti degli utenti entri nella logica dell’assistenza socio-psichiatrica. Allo scopo si postula una riorganizzazione dei servizi esistenti e l’offerta, nel territorio, di strutture in grado da evitare collocamenti non giustificati e di offrire un’assistenza adeguata...

... Si riconosce che l’assistenza socio-psichiatrica deve avere un legame stretto con il territorio e venir attuata, se possibile laddove vive la persona bisognosa...Tale concezione dell’assistenza trova un’attuazione pratica nella creazione dei settori:

spazi geografici limitati entro i quali appare più facile adattare i servizi alle reali esigenze della popolazione... il settore geografico, nella sua concezione più “pura” dovrebbe essere praticamente autonomo: offrire cioè all’utente tutti i servizi di cui potrebbe aver bisogno. Tale però non può essere la soluzione per il nostro Cantone. Vuoi per la sua ridotta dimensione geografica, vuoi per l’impossibilità materiale d’istituire servizi d’ogni genere in tutti i settori. Ciò vale soprattutto per l’ONC di Mendrisio che rimarrà, anche in futuro, l’istituto per le cure specializzate e stazionarie...

Pure in questo ambito va detto della concezione “aperta” delle strutture psichiatriche, concezione che risponde... a preoccupazioni d’ordine giuridico e medico... ha carattere aperto nella misura in cui prospetta una graduale assunzione settoriale delle persone bisognose di assistenza per permettere loro d’essere assistite, quando non si giustifica il ricovero all’ONC o in altro istituto specializzato, nell’ambito sociale naturale.”

3.3 Il rapporto sottolinea pertanto le premesse che devono reggere l’intervento socio-psichiatrico per rispettare i diritti della persona bisognosa, ma anche per disporre di un’organizzazione efficace ed efficiente. Dal profilo organizzativo, il principio fondamentale risiede nel fatto che la cura deve essere data non solo in un ospedale, bensì anche sul territorio, la cosiddetta *concezione aperta*.

3.4 Scriveva il prof. Marco Borghi in un commento alla legge: *“La legge sociopsichiatrica ticinese rappresenta una novità in campo scientifico per l’approccio interdisciplinare (medico, giuridico, organizzativo) che la caratterizza e per l’estensione del suo campo di applicazione comprendente ogni aspetto dell’assistenza sociopsichiatrica, dalla realizzazione di strutture adeguate, al problema del collocamento coattivo, al tema dell’applicazione di terapie... La LASP esprime l’esigenza di affrontare il problema dell’assistenza sociopsichiatrica in termini olistici, cioè globali, affrontando quindi in termini interdisciplinari i bisogni dell’utente.* (Commento alla LASP, edizioni Bernasconi, Lugano-Agno, settembre 1985)

La LASP vuole pure dare una risposta alla preoccupazione di evitare la cosiddetta psichiatrizzazione della società e alla necessità di attuare un’importante attività preventiva. Vediamo quanto scriveva Borghi in proposito, sempre nel Commento citato: ***“... la legge deve rispondere anche a problematiche esclusivamente di tipo sociale, quindi che non vanno medicalizzate... si vuole sottolineare l’elemento non organizzativo ma culturale, primario che correla l’individuo assistito a un determinato ambito di provenienza, nel cui contesto deve essere assistito, perché in quel contesto la malattia è insorta; là quindi va curata, là l’utente dovrà riprendere a vivere...”***

La prevenzione: ... si tratta di individuare quei modi di vivere, quei valori, atti, secondo un meccanismo causale o concausale, a influenzare negativamente il livello di salute psichica di una popolazione... Si tratterà ... principalmente di istituire interventi mirati di prevenzione primaria e secondaria, determinando forme particolari di indagini e luoghi, settori in cui essa abbia ad attuarsi. Di estrema importanza sarà la creazione di collegamenti interdisciplinari, istituzionalizzati con ambienti medici e scolastici, destinati a perfezionare l’assistenza per casi singoli problematizzati e a predisporre l’elaborazione di programmi speciali.

... Ma l’attività preventiva forse più importante - continua sempre Borghi - è costituita dall’esigenza di predisporre gli strumenti operativi affinché la malattia mentale sia accettata come possibile espressione della precarietà dell’uomo, non invece come invalidante stigma, fattore di esclusione sociale ...

L’art. 16... sottolinea l’importanza delle cosiddette strutture intermedie alternative all’ospedale psichiatrico, ma collegate con lo stesso e fra di loro secondo il concetto di catena terapeutica tipico dell’organizzazione settoriale.”

3.5 Il 2 febbraio 1999 il Gran Consiglio ha approvato una revisione generale della LASP. Essa ha completato e corretto in particolare gli aspetti relativi alla responsabilità del Cantone, ai diritti degli utenti, al funzionamento del Consiglio psicosociale cantonale e la commissione giuridica. Essa ha confermato tutti i principi espressi nella legge del 1983.

Gli stessi principi sono stati ribaditi recentemente anche dal Consiglio di Stato, rispondendo ad un’interrogazione (5 luglio 2005/67.05). Esso afferma che *“in base alla LASP, l’OSC segue un proprio concetto di cure che prevede la continuità terapeutica, la presa a carico da parte dell’équipe pluridisciplinare ma anche il rispetto dei diritti dei pazienti.”*

3.6 In conclusione, i principi contenuti nella LASP sono stati confermati ripetutamente durante questi anni. Anche le esperienze fatte altrove testimoniano della bontà di queste scelte, ossia: privilegiare le cure ambulatoriali e semi-stazionarie rispetto alle cure ospedaliere; regionalizzare / settorializzare gli interventi; garantire la continuità terapeutica grazie ad una presenza sul territorio di strutture che offrono una presa a carico pluridisciplinare; garantire il rispetto dell’utente, coinvolgendolo nella scelta della terapia e limitando al minimo la contenzione e il ricovero coatto; svolgere su tutto

il territorio, soprattutto per i bambini e gli adolescenti, ma anche per gli adulti, un'attività preventiva (primaria e secondaria).

La Legge sociopsichiatrica dispone pertanto una presa a carico complessa: il referente *socio* si riferisce a tutti gli interventi non medici e il referente psichiatrico a quelli specifici dell'atto medico. La visione medica comporta un'indicazione di cura, mentre invece, sotto il referente socio vi sono tutti gli interventi e le attività psico-socio-educative esenti da psico-farmaci, i cui strumenti privilegiati sono il dialogo, la parola, l'ascolto e le attività mirate al mantenimento del legame sociale.

Come vedremo, nella pratica, molti di questi principi, purtroppo, rimangono più una dichiarazione di intenti che una realtà.

4. L'EVOLUZIONE STORICA E LE ESPERIENZE IN ALTRI PAESI

La malattia mentale, da sempre, è considerata una malattia "speciale". Il "matto" è troppo diverso dalle persone "normali", i suoi atteggiamenti sono imprevedibili, lo si considera pericoloso, violento, inguaribile. Il "matto" fa paura.

Non sorprende che nella storia le soluzioni per le persone affette di problemi psichiatrici sono stati di varia natura: tuffati nelle fontane purificatrici; abbandonati sulle navi; rinchiusi nei lazzaretti lasciati liberi dagli appestati; e, dal 19. secolo, rinchiusi nei manicomi.

Invece di curare la persona bisognosa, perché malata di mente, la stessa veniva separata dalla società, dalle persone "normali" le quali, seconda questa concezione, dovevano essere protette. Il matto era socialmente emarginato, giuridicamente discriminato.

In tutti i paesi del mondo esistevano i manicomi. Quindi anche in Ticino (il manicomio ticinese è stato inaugurato il 24 ottobre 1898). Un cambiamento radicale, in Europa, si ebbe con l'approvazione, il 22 febbraio 1983, della raccomandazione "Sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires", quale complemento della Convenzione europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU).

La CEDU ha evidentemente provocato cambiamenti in vari Paesi, con risultati diversi.

La Svizzera ha ratificato la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU) nel 1974. e ha tolto la riserva che conferiva precisi diritti per "alienati, alcolizzati, tossicomani, vagabondi" nel 1978. Il conseguente processo di riforma, in Ticino, sfociò nell'approvazione della LASP (1985). Da quel momento, da noi, è nato il concetto dell'ospedale psichiatrico "aperto". Per il suo processo di riforma il Ticino si è riferito all'esperienza dei Centri di salute mentale di Trieste, di cui riferiamo sinteticamente nell'allegato 1.

5. LA PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 1998-2001

5.1 La pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001 è stata oggetto di un rapporto -del 6 febbraio 2001- della Commissione sanitaria (relatore Giorgio Salvadé). Ricordiamo sinteticamente alcune considerazioni e conclusioni di questo rapporto, ritenute centrali per lo sviluppo futuro della sociopsichiatria nel nostro Cantone:

- l'intervento psichiatrico tocca tre ambiti: quello sociale (è il campo della sociopsichiatria); quello psicologico (sviluppato dalla psicoterapia); quello biologico (campo d'azione della farmacologia). Ogni intervento sulla persona dovrà tener conto di

tutti gli ambiti... **Una eccessiva separazione, basata su presunte competenze, rischia di creare anomali compartimenti, nocivi nella presa a carico globale del paziente ...;**

- **ancora in sospeso è il centro terapeutico per adolescenti;**
- i pilastri del lavoro deve essere la centralità dell'utente, flessibilità nel trattamento con agile **spostamento della degenza al regime semiambulatoriale ed ambulatorio, interazione col contesto sociale e la continuità terapeutica;**
- **la settorializzazione... deve costituire un incessante occhio sulla realtà;**
- abbiamo assistito alla **riduzione dei letti pubblici (da 420 a 140) e ad un aumento dei letti privati (da 68 a 201);**
- la commissione si è posta il problema della **prevenzione, evidentemente problema maggiore per i SMP... si attende una riflessione per la prossima pianificazione;**
- vanno ricercate **strutture di appoggio per pazienti dimessi** ancora non totalmente indipendenti;
- la commissione esprime preoccupazione per la riduzione delle risorse per la formazione del personale;
- è stato raggiunto l'obiettivo di contenere i costi di gestione;
- la commissione suggeriva un'attenta valutazione degli ospedali di giorno.

5.2 Come vedremo, non tutte le raccomandazioni formulate nel rapporto sono state considerate.

6. PUBBLICO E PRIVATO

6.1 In campo sociopsichiatrico e soprattutto in quello psichiatrico, nel nostro Cantone, sono presenti molti attori: la clinica psichiatrica cantonale, le cliniche private, i servizi dell'OSC sul territorio, varie associazioni del privato sociale, i liberi professionisti.

6.2 La problematica psichiatrica per molto tempo è stata assunta dall'ente pubblico con strutture chiuse. Successivamente ci sono stati due fenomeni. Primo: l'apertura dei manicomi e la presa a carico non più soltanto nell'ospedale, ma pure sul territorio. Il nostro Cantone, come abbiamo ricordato in precedenza, è stato pioniere nell'offrire un altro tipo di intervento. Secondo: il crescente interesse del settore privato.

L'evoluzione dei letti nei reparti di psichiatria acuta, dal 1970, è stata la seguente:

LETTI IN PSICHIATRIA STAZIONARIA ACUTA

	1970	1982	1984	1993	1995	Pianificazione LAMal 17.12.97, approvata dal Consiglio Federale 03.05.2000	Pianificazione LAMal 01.07.2001	Pianificazione ospedaliera accolta dal Parlamento il 29.11.2005
CPC	754	580	503	294	184	140	140	155
Viarnetto	44	44	44	44	44	44	44	50
Villaverde	-	30	30	30	30	30	-	-
Alabarda	-	-	-	45	45	45	45	-
San Pietro di Stabio	-	-	32	32	32	32	-	-
Santa Croce	-	-	-	-	-	50	50	80
Ospedale Malcantonese Castelrotto	-	-	-	-	-	-	26	26
Ospedale San Donato Intragna	-	-	-	-	-	-	25	-
Totale	798	654	609	445	335	341	330	311
% pubblico	94 %	89 %	83 %	66 %	55 %	41 %	42 %	50 %

Come si può constatare, trent'anni fa, la psichiatria nel Cantone Ticino, aveva due caratteristiche. La prima: il numero di pazienti ricoverati era molto alto, dovuto soprattutto ad un lungo periodo di degenza media. La seconda: il 94% dei letti in psichiatria stazionaria acuta erano pubblici. Dal 1970 al 1984, alla vigilia dell'entrata in vigore della LASP, il numero dei letti complessivi si era già fortemente ridotto (da 798 a 654). Il numero dei letti privati era però aumentato (da 44 a 106). L'entrata in vigore della LASP ha permesso un'ulteriore massiccia riduzione dei posti letto nel settore pubblico. Contemporaneamente c'è però stato un ulteriore aumento dei letti nel settore privato. La pianificazione approvata dal CF nel 2000 contemplava il 59% dei letti acuti nel settore privato e soltanto il 41% nel settore pubblico. Abbiamo quindi assistito ad un rovesciamento di situazione. Dopo gli "infortuni" di alcune cliniche private e le modifiche contemplate dalla pianificazione ospedaliera adottata dal GC il 20 novembre 2005 (ma non ancora definitiva in seguito al ricorso dei responsabili della Clinica Alabardia) il numero complessivo di posti letto è ulteriormente sceso a 311. La metà nel settore pubblico e la metà in quello privato.

6.3 Buona parte della presa a carico della cura psichiatrica è pure assunta da psichiatri, psicoterapeuti e psicologi privati e da varie strutture del privato sociale.

Costi a carico della società		
(in milioni di franchi)		
anno	OSC	Psicoterapeuti
1990	44.1	12.9
2005	56.6	26.6

6.4 I rappresentanti del settore privato, durante le audizioni, hanno affermato che, a loro giudizio, la presa a carico sociopsichiatrica, in Ticino, è carente da vari punti di vista. Ci sono collocamenti inadeguati di adolescenti nella clinica psichiatrica; la presa a carico postdimissione è insufficiente; la casistica psichiatrica è troppo "sparpagliata" in molti posti; le strutture sul territorio per adulti e minori hanno orari di presenza insufficienti, lacuna che è parzialmente colmata dal picchetto organizzato dai medici psichiatri privati presenti sul territorio; il Ticino è sottodotato di strutture per adolescenti. La pianificazione sociopsichiatrica, sempre secondo i rappresentanti del settore privato, ignora i disturbi della personalità, che rappresenta un problema emergente e, in generale, non dà adeguate risposte al crescente disagio.

Per far fronte, parzialmente, alle lacune esistenti, il privato ha sviluppato strutture intermedie di presa a carico, i cosiddetti "day hospital", ossia ospedali diurni gestiti da psichiatri. La permanenza dell'utente in queste strutture dovrebbe variare dalle sei alle otto ore, con terapie di gruppo, ergoterapie, infusioni, psicoterapie individuali, terapie psicocorporali, ... Il finanziamento di questa presa a carico è assunto dalle casse malati (100 franchi al giorno). Il primo day hospital è stato aperto nel 1996, ma negli ultimi due anni il fenomeno si è esteso. Attualmente in Ticino funzionano otto day hospital.

I rappresentanti del settore privato hanno infine espresso una serie di raccomandazioni. Rafforzare la rete tra pubblico e privato; aumentare la presenza dei SPS e SMP; fare in modo che l'intervento sui minori venga fatto il più presto possibile, in quanto prima si interviene più si è efficaci; garantire un approccio pluridisciplinare; potenziare sia il settore pubblico, sia quello privato.

6.5 Come si può constatare negli ultimi 15 anni la spesa complessiva dell'organizzazione sociopsichiatrica cantonale (senza tener conto delle entrate delle casse malati e dei contributi federali) è passata da 44,1 a 56,6 milioni, con un tasso di crescita del 28%; nello stesso periodo il costo, sempre a carico della società, derivato dagli interventi degli psicoterapeuti privati è passato da 12,9 a 26,6 milioni, con un aumento del 106%.

Va ricordato che la pianificazione sociopsichiatrica cantonale non si occupa di questi ultimi, benché per la società costituisce un onere rilevante. La nascita di strutture intermedie private ha colmato evidenti lacune, tuttavia, come vedremo più avanti, un maggior coordinamento tra tutti i servizi appare necessario.

In conclusione, mentre il settore pubblico conteneva il suo intervento, quello privato si è sviluppato, sia in strutture acute, sia in quelle intermedie, anche al di fuori di qualsiasi scelta pianificatoria, colmando tuttavia alcune lacune. Anche questi interventi devono figurare nella Pianificazione.

7. L'EVOLUZIONE FINANZIARIA DELL'ORGANIZZAZIONE SOCIO-PSICHIATRICA CANTONALE

7.1 I costi complessivi lordi, come appare dalla tabella seguente, nel corso dell'ultimo decennio, sono passati da 52 a oltre 56 milioni di franchi, con un incremento pari all'8%. L'utenza complessiva nello stesso periodo è aumentata invece del 61%! Il contenimento dei costi è stato realizzato attraverso la diminuzione del numero dei letti, la riduzione della degenza media nella Clinica psichiatrica (vedi punto 8.6), il contenimento degli effettivi del personale e le misure di risparmio adottate dal Cantone. Ma anche, come vedremo, dalla diminuzione della qualità dell'intervento.

4.T52 Evoluzione finanziaria dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, dal 1994

	Spese pers.	Altri costi	Totale uscite	Entrate	Fabbisogno
1994	44.008.080	8.135.853	52.143.933	19.967.923	32.176.010
1995	43.442.322	8.471.324	51.913.646	22.600.029	29.313.617
1996	43.646.636	7.866.616	51.513.252	26.383.466	25.129.786
1997	42.649.524	8.110.335	50.759.859	27.730.558	23.029.301
1998	42.126.147	7.941.914	50.068.061	27.051.455	23.016.606
1999	41.548.186	8.286.680	49.834.866	32.148.947	17.685.919
2000	42.018.423	8.117.048	50.135.471	28.467.208	21.668.263
2001	44.008.008	8.585.973	52.593.981	31.170.511	21.423.470
2002	45.626.322	7.775.684	53.402.006	28.550.886	24.851.120
2003	47.345.434	7.613.476	54.958.910	29.499.824	25.459.086
2004	47.286.453	7.111.417	54.397.870	32.908.014	21.489.856
2005	47.954.157	8.723.399	56.677.556	31.590.835	25.086.721

Fonte: Divisione della salute pubblica, Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.

Va inoltre rilevato che il costo a carico del Cantone è passato da 32 a 25 milioni di franchi, poiché parte dei costi sono stati assunti dall'assicurazione invalidità oppure dalle casse malati.

7.2 Dal profilo finanziario, gli sforzi di contenimento della spesa, contemplati dalla precedente pianificazione, sono quindi stati pienamente raggiunti.

8. LA SITUAZIONE ATTUALE DELL'INTERVENTO SOCIOPSICHIATRICO CANTONALE

8.1 La particolarità dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale è costituita, conformemente alla LASP, dall'esistenza, oltre che da strutture stazionarie, anche da servizi sul territorio. Ciò fa parte di un concetto fondamentale dell'intervento sociopsichiatrico, ossia quello inteso ad offrire una presa a carico ospedaliera, un suo prolungamento nella presa a carico ambulatoriale, nonché interventi mirati alla prevenzione, in particolare per i bambini e gli adolescenti. I dati che seguono illustrano chiaramente questa situazione.

8.2 Numero utenti per classi di età

Nel 2002, i ricoveri in tutte le strutture pubbliche e private, per classi di età, erano i seguenti (doc. ustat n. 45):

Età/anni	-15	15-24	25-34	35-44	45-64	65-74	75-84	+85
numero	6	278	456	754	838	165	98	17

8.3 Numero utenti OSC per servizio

La tabella seguente illustra il numero di utenti dei vari servizi dell'OSC, sia ospedalieri, sia ambulatoriali o sul territorio.

EVOLUZIONE UTENTI DAL 1986 AL 2005

	1986	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CPC+CARL	1040	940	924	918	893	874	919	896	962	952	1011	962	949	1024	1024	1065	1044	1089
SPS	1857	2499	2773	2814	2951	3239	3670	3648	3609	3750	3894	4199	4385	4668	4833	5060	5702	5746
SMP	1724	1396	1484	1420	1505	1603	1634	1725	1757	1779	1817	1841	1851	1908	1729	1678	1798	1806
CPE	83	62	53	55	65	68	62	64	65	66	65	71	75	74	72	82	89	78
TOTALE OSC	4704	4897	5234	5207	5414	5784	6285	6333	6393	6547	6787	7073	7260	7674	7658	7885	8633	8719

Da queste cifre emerge che gli utenti stazionari dell'OSC dal 1986 è praticamente invariato (poco più di un migliaio); quelli dei SPS (adulti) è invece esploso: da meno di 2000 sono passati a quasi 6000; pure quasi stazionario è il numero di utenti dei SMP (minorenni). Sul significato di questa ultima cifra ci torneremo più avanti.

8.4 Utenti adulti SPS e SPPM

4.T56 Numero di utenti, per fasce di età, presso i Servizi psico-sociali e il Servizio di psichiatria e di psicologia medica (adulti), nel 2005						
	SPS Mendrisio	SPS Lugano	SPS Locarno	SPS Bellinzona	SPPM Lugano	Totale
0 - 19 anni	12	19	20	19	49	119
20 - 39 anni	224	546	317	410	483	1.980
40 - 64 anni	342	681	435	619	768	2.845
65 e più anni	130	133	132	145	262	802
Totale utenti	708	1.379	904	1.193	1.562	5.746

Fonte: Divisione della salute pubblica, Servizi psico-sociali e Servizio di psichiatria e di psicologia medica, Centro documentazione e ricerca OSC.

8.5 Utenti minorenni

4.T63 Numero di utenti per fasce di età, presso i Servizi medico-psicologici (minorenni), nel 2005					
	SMP Coldrerio	SMP Lugano	SMP Locarno	SMP Bellinzona	Totale
Bambini 0 - 5 anni	52	72	16	28	168
Bambini 6 - 11 anni	122	235	121	134	612
Adolescenti 12 - 19 anni	115	287	160	152	714
Adulti	12	144	73	83	312
Totale utenti	301	738	370	397	1.806

Fonte: Divisione della salute pubblica, Servizi medico-psicologici, Centro documentazione e ricerca OSC.

Questa tabella evidenzia come presso i Servizi medico-psicologici l'utenza non è costituita soltanto da giovani adolescenti, ma anche in buona misura da bambini. A queste cifre vanno inoltre aggiunti gli utenti minorenni seguiti dai SPS (vedi punto 8,4).

8.6 La degenza media

4.T54 Giornate di degenza, degenza media, presenza media giornaliera, in Clinica psichiatrica cantonale e Centro abitativo, ricreativo e di lavoro, dal 1989

	Giornate di degenza			Durata degenza media			Pres. media al giorno		
	Totale	CPC ¹	CARL ²	Totale	CPC ¹	CARL ^{2/3}	Totale	CPC ¹	CARL ²
1989	133.421	...	...	108	...	...	366	...	...
1990	126.667	...	...	97	...	...	347	...	...
1991	117.876	...	...	93	...	...	323	...	...
1992	106.738	...	...	86	...	...	292	...	...
1993	100.170	...	...	83	...	...	274	...	...
1994	...	60.172	36.500	...	49	348	...	165	100
1995	...	56.524	34.067	...	46	313	...	155	93
1996	...	58.079	33.996	...	45	318	...	159	93
1997	...	54.074	34.697	...	44	327	...	148	95
1998	...	50.993	35.055	...	39	322	...	140	96
1999	...	49.451	35.706	...	41	325	...	135	98
2000	...	50.469	35.847	...	39	345	...	138	98
2001	...	52.317	35.745	...	37	334	...	143	98
2002	...	52.232	35.793	...	36	348	...	143	98
2003	...	50.943	36.258	...	35	333	...	140	99
2004	...	51.228	36.408	...	34	325	...	140	99
2005	...	48.487	37.266	...	32	313	...	133	102

¹ CPC: Clinica psichiatrica cantonale.

² CARL: Centro abitativo ricreativo e di lavoro.

³ La degenza media del CARL è calcolata sugli utenti e non sui casi come per la CPC perché viene mantenuto il posto ad una persona che è dimessa temporaneamente, pertanto è come se la degenza continuasse.

Fonte: Divisione della salute pubblica, Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.

Questa tabella evidenzia in modo inequivocabile lo sforzo effettuato dall'OSC per ridurre i tempi di degenza (e quindi i costi!). Da una media di 108 giorni nel 1989, la degenza media si è ridotta a 32 giorni. Ciò ha due conseguenze: l'intensità del lavoro degli operatori è triplicata. In clinica psichiatrica ci sono praticamente quasi soltanto casi gravi che necessitano di una presa a carico rilevante. D'altra parte, questa riduzione spiega, almeno in parte, la forte crescita degli utenti dei SPS poiché gli utenti dimessi dalla clinica necessitano di essere ulteriormente seguiti sul territorio.

8.7 La dotazione del personale

Malgrado l'aumento dell'utenza e delle problematiche psichiatriche e socio-psichiatriche, dal 1992 al 2006 gli effettivi del personale complessivo dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale ha subito una costante riduzione ed è passato dal 491 a 446 unità.

Andamento del personale effettivo OSC - 1992 / 2006

ANNO	CASVEGNO			SPS-CD SPPM	SMP	CPE	TOTALE OSC
	ONC						
30.11.1992	368.73			50.30	36.10	36.00	491.13
01.01.1993	362.49			50.30	36.10	37.50	486.39
	***	CPC+Socio	CARL				
01.01.1994	164.93	97.25 + 6.85	79.25	50.30	36.10	37.50	472.18
01.01.1995	162.02	97.25 + 6.85	79.25	49.80	34.40	37.50	467.07
01.01.1996	157.50	96.25 + 6.85	79.25	49.20	31.90	34.80	455.75
01.01.1997	147.90	95.75 + 11.87	79.63	50.20	32.00	33.90	451.25
01.01.1998	147.10	95.55 + 8.27	80.23	54.00	32.00	33.90	451.05
01.01.1999	141.43	95.55 + 8.27	79.63	54.00	32.00	33.40	444.28
01.01.2000	138.53	95.75 + 8.07	80.63	55.50	31.80	32.10	442.38
01.01.2001	143.01	96.07 + 6.75	76.75	55.50	31.80	32.10	441.98
01.01.2002	139.01	96.62 + 6.60	77.75	54.60	32.00	31.90	438.48
01.04.2002	142.01	106.62 + 6.60	80.75	54.60	32.00	31.90	454.48
01.01.2003	141.41	106.62 + 6.60	86.75	55.20	32.00	31.90	460.48
31.12.2003	140.91	106.52 + 6.70	86.45	55.20	32.00	31.40	459.18
01.01.2004	140.91	106.52 + 6.70	86.45	55.20	32.00	31.40	459.18
01.07.2004	138.21	106.57 + 6.70	84.75	54.20	32.00	30.90	453.33
01.01.2005	137.71	105.95 + 6.70	83.25	54.40	32.00	30.90	450.91
01.01.2006	134.41	104.85 + 7.30	82.55	54.90	32.00	30.40	446.41

8.8 Confronto dotazione personale evoluzione utenti

Per capire meglio le posizioni espresse dai vari attori, come pure le nostre considerazioni e conclusioni, che illustreremo più avanti, è interessante confrontare l'evoluzione dell'utenza con quella del personale.

	CPC+CARL		SPS		SMP	
	Personale	Utenti	Personale	Utenti	Personale	Utenti
1992	368	893	50	2951	36	1505
2006	321	1089	55	5746	32	1806

Come si può constatare, l'aumento dell'utenza e della casistica non ha provocato un corrispondente aumento del personale. Anzi, gli effettivi sono stati ridotti. Nella clinica psichiatrica e nel Centro riabilitativo e ricreativo gli utenti sono aumentati del 22%, mentre gli effettivi del personale sono diminuiti del 14%; presso i SPS gli utenti sono aumentati del 94% e il personale del 10%; presso i SMP gli utenti sono aumentati del 20% e il personale è diminuito del 12%.

8.9 CPC carenza di effettivi

Come abbiamo visto, l'impegno finanziario per l'Ente pubblico e per i cittadini per far fronte alla problematica sociopsichiatrica è rilevante. In questo capitolo intendiamo valutare se questo impegno è sufficiente, riferito alla problematica, ossia alle reali situazioni di disagio. Per chiarezza ci è sembrato utile affrontare separatamente gli aspetti relativi agli adulti da quelli concernenti i minori. Le questioni poste sono diverse e le forme di intervento pure.

	Medici per 100 letti occupati	Infermieri per 100 letti occupati
Cliniche universitarie svizzere	41	112
Altre cliniche	12 / 16	71 / 76
CPC Mendrisio	11	70

La CPC di Mendrisio, essendo anche luogo di formazione, è paragonabile agli istituti universitari svizzeri. Come si può constatare la dotazione di personale è decisamente inferiore. Ma anche in un confronto con altre cliniche psichiatriche svizzere, la dotazione di personale risulta sempre al livello inferiore.

Nel 2001 la commissione del personale, in una lettera aperta indirizzata anche ai membri del Gran Consiglio, affermava che l'alto tasso di occupazione dei posti letto "...comportava un aumento esponenziale dell'impegno del personale e una diminuzione della qualità delle cure e dell'offerta di accompagnamento terapeutico all'utenza ... La necessità di dimettere per liberare dei posti ci confronta inoltre con la sindrome della porta girevole ovvero con le ammissioni e dimissioni ravvicinate di utenti a cui non si è potuto offrire una presa a carico adeguata...

E più avanti scriveva: **"Alla luce delle considerazioni precedenti...sottolinea l'oggettiva e indiscutibile difficoltà nel rispettare i principi della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica, votata all'unanimità dal Gran Consiglio, l'impossibilità di rispettare un livello di qualità delle cure rispondente alle necessità e ai bisogni dell'utenza e, non da ultimo, la situazione divenuta insostenibile relativa al carico di lavoro e di responsabilità del personale curante"**.

Sempre la Commissione del personale, in un documento successivo, rilevava che "...alla CPC il rapporto medio operatore-paziente è di 2 infermieri per 15-18 paziente. Considerando la gravità della casistica è facilmente immaginabile il disagio in cui vivono pazienti e operatori. Basta il riacutizzarsi di una crisi esistenziale ..., per non parlare dell'arrivo di una nuova ammissione (un paziente in fase acuta) per sconvolgere fragilissimi equilibri di assistenza e convivenza"

Con la chiusura della Scuola cantonale infermieri psichiatrici di Mendrisio il personale infermieristico disponibile sul mercato del lavoro ticinese ha prevalentemente una formazione in cure generali. Gli infermieri privi di una formazione psichiatrica sono circa un terzo degli effettivi.

Carenza di personale e deficit nella formazione, rilevava sempre la commissione del personale, sono le cause principali del grave disagio vissuto dagli operatori. Una situazione che causa inevitabilmente uno scadimento della qualità delle cure prestate all'utenza. E la commissione concludeva ricordando che ciò provocava:

- un peggioramento del rapporto operatore-paziente
- la schematizzazione degli interventi (impossibilità di individualizzare le cure)
- ritorno a una psichiatrica segregante e coercitiva; aumento delle contenzioni; chiusura delle porte e maggiori limitazioni della libertà individuale;
- l'offerta terapeutica stazionaria è privilegiata rispetto a quella ambulatoriale o semi-stazionaria;

- limitazione degli intereventi preventivi;
- aumento dell'utilizzo degli psicofarmaci.

Anche in documenti più recenti la commissione del personale ribadiva le stesse considerazioni e esprimeva le stesse preoccupazioni.

8.10 Ricoveri coatti e contenzione

Come abbiamo cercato di evidenziare ricordando la prassi adottata dai Centri di salute mentale di Trieste, nel limite del possibile occorre evitare il ricovero coatto, come pure la contenzione fisica o farmacologia. Anche gli operatori dell'OSC sono sensibili a questi aspetti. Per ridurre il numero dei ricoveri coatti hanno adottato, con l'ausilio del medico cantonale, precise procedure tendenti in particolare a responsabilizzare i medici che operano sul territorio. Tuttavia, come emerge dalla tabella seguente, il numero dei ricoveri coatti è altissimo, e riguarda circa la metà del totale dei ricoveri nella clinica psichiatrica (nel 2005 erano 675). Senza mitizzare altre esperienze, ricordiamo che a Trieste nel 2005 c'è stato un solo ricovero coatto. Appare legittimo l'interrogativo sulla correlazione tra l'importanza dell'intervento sul territorio e il numero dei ricoveri coatti. Come abbiamo visto, il numero di utenti dei SPS negli ultimi anni è esploso, mentre quello degli operatori è rimasto pressoché immutato.

Evoluzione ricoveri coatti

	2001	2002	2003	2004	2005
Pazienti ricoverati	917	952	956	932	970
N° ricoveri	1292	1332	1310	1356	1418
N° ricoveri coatti	711	786	643	690	675
% ricoveri coatti sul totale dei ricoveri	55%	59%	49,1%	50,9%	47.6%
N° ricoveri coatti di pz. residenti fuori cantone	49	71	55	64	50
% ricoveri coatti sul totale dei ricoveri di pz. f.c.	75,4%	78%	70,6%	77,1%	66.7%

Per quanto riguarda la contenzione fisica e farmacologia, a giudizio di tutti gli specialisti, per evitare di ricorrere a questi strumenti occorre disporre di personale a sufficienza nelle strutture acute. Come abbiamo constatato, nella CPC di Mendrisio gli effettivi, sia del personale medico, sia di quello paramedico, è sostanzialmente inferiore a quello di altri istituti psichiatrici. Una diminuzione di questo tipo di intervento lesivo della personalità appare *quindi possibile soltanto attraverso l'adeguamento degli effettivi.*

Scrive Marco Borghi (in, *L'autonomia del disabile*, Istituto delle assicurazioni sociali / Helbing & Lichtenhahn, 2004): "... Il solo argomento suscettibile di legittimare l'uso -eccezionale - della contenzione rimane ... l'indicazione medica (ma, comunque, quale extrema ratio, come ben si evince dal tenore letterale dell'art. 40 LASP 1999 interpretato anche alla luce della recente prassi della Corte europea in applicazione dell'art. 3 CEDU). ..Noi abbiamo la sensazione ... che questa consapevolezza non è presente nella maggior parte degli ospedali psichiatrici, in Svizzera, all'esterno e neppure in Ticino. Vi è anzi, effetto di un impalpabile, ma progressivo processo di riflusso, rispetto allo slancio degli anni settanta, una "normalizzazione" della pratica della contenzione....". John Connolly, citato da Borghi, da parete sua afferma: "... la costrizione di un paziente dà al paziente stesso un messaggio terribile: di essere una persona senza speranza oltre che senza diritti; di essere una persona cattiva, di essere una personale con cui non è possibile e non vale la pena parlare ...".

Da un'inchiesta effettuata spontaneamente da alcuni operatori, è emerso che nel padiglione interessato (Edera) durante il periodo di osservazione (17 mesi), la contenzione ha interessato 150 pazienti su 425. Si tratta pertanto di una prassi molto diffusa.

8.11 Il parere del CdS

In una comunicazione del 31 marzo 2004 il Consiglio di Stato rilevava *che il numero dei letti è stato progressivamente ridotto da 184 nel 1995 a 140 a partire dal 1998, in ossequio alla pianificazione LAMal. Di conseguenza dal 1999 al 2003 l'occupazione media dei letti ha raggiunto e superato il 100%, con punte eccezionali fino al 110%. I ricoveri coatti rappresentano il 50/60%. Per il personale curante la riduzione dei letti ha paradossalmente significato un carico di lavoro supplementare e stressante ... In alcuni casi l'organizzazione settoriale del lavoro sancito dalla LASP non ha potuto essere rispettato.*

... non era possibile, continua la lettera del CdS, garantire adeguatamente né la formazione né la copertura dei turni, specie quelli notturni (parecchie volte un solo infermiere per due reparti) con pericolo e con possibili ripercussioni di carattere civile e penale per la struttura e per i dipendenti.

E il Governo conclude *"... per una giusta interpretazione i dati statistici vanno letti in modo correlato. Precisamente l'aumento della percentuale di occupazione letti, la diminuzione della degenza media nella cura di una casistica sempre più complessa, l'aumento del numero dei pazienti ammessi, l'alta percentuale di ricoveri coatti e il nuovo curriculum formativo del personale infermieristico, sono tutti fattori che hanno determinato negli ultimi anni un aumento dei compiti e del lavoro ...".*

8.12 Minorenni

Gli organi di stampa riferiscono ormai quasi quotidianamente di fatti gravi e preoccupanti in cui sono coinvolti minori. Aggressioni sui mezzi pubblici, sovraindebitamento, giovani in assistenza, violenze, omicidi, violenza in classe, suicidi, risse, "guerriglie", accoltellamenti, ... Mai, ci sembra di poter affermare, la situazione minorile si è presentata con tanta drammaticità.

Moltissime sono le reazioni. Il direttore dei trasporti pubblici della città di Lugano, in una recente presa di posizione pubblica, denuncia quotidiani episodi di violenza contro gli autisti. Fa appello agli organi di polizia e alla magistratura dei minorenni, non esclude il ricorso a funzionari "specializzati" in grado di far fronte a situazioni di emergenza oppure il ricorso a società di sorveglianza private. La polizia, da parte sua, rileva che *"risse e aggressioni sono sicuramente fra i fenomeni più appariscenti...quasi ogni fine settimana vede le forze dell'ordine impegnate a sedare giovani e giovanissimi, non di rado sotto l'influsso di alcool, venuti alle mani per futili motivi...l'uso delle armi da taglio è abitudine sempre più diffusa ...sempre più manifesta è la tendenza dei giovani a esprimere il loro disagio con comportamenti aggressivi e violenti... la percentuale degli autori minorenni per reati contro la persona è raddoppiata rispetto alle cifre dell'ultimo lustro... (cf. rendiconto CdS 2004, pagg. 61 e segg.).*

Il cosiddetto "disagio giovanile", si manifesta pertanto in varie forme, ma sempre più spesso in forme estreme, come il suicidio o l'omicidio.

Sempre più sovente vengono espresse critiche alle Autorità . Perché lo stato non interviene? Cosa fa la polizia? Altre critiche sono rivolte alla società dei consumi, alla pubblicità. Si invocano misure contro l'indebitamento. Critiche sono pure formulate all'OSC, che non sarebbe sempre in grado di gestire le situazioni. Ricoveri inadeguati, dimissioni premature, presenza insufficiente sul territorio, carenze nella "rete socio-sanitaria". Molti sono anche gli appelli generici alla responsabilità della famiglia, dei genitori e della scuola.

Il CdS, in risposta ad una mozione sul potenziamento dei SMP, su cui ci soffermeremo più avanti (messaggio 5771) afferma che *“...l'adolescenza può essere anche l'età in cui si presentano malattie mentali serie come la depressione, disturbi bipolari e psicosi, in particolare la schizofrenia, per le quali una ricognizione e interventi tempestivi sono particolarmente indicati ...”*. Il governo ricorda i risultati di un'inchiesta condotta in Svizzera e in Ticino nel 2002 dalla quale *“...risulta che una proporzione importante di giovani (35% delle ragazze e 20% dei ragazzi) si sente a volte depressa al punto di aver bisogno di un sostegno e che il 10% delle ragazze e 5% dei ragazzi soffre di stati depressivi ... 8% delle ragazze e 3% dei maschi dichiarano un tentativo di suicidio nella loro vita ...”*

E, di solito, di fronte a questi fatti si è prevalentemente soliti richiamare in causa attitudini repressive e riparatorie, che sono sicuramente necessarie. Limitarsi tuttavia a riparare sarebbe fallimentare. Nell'ambito del territorio ticinese abbiamo moltissimi servizi, pubblici, semi-privati, privati che hanno gli obiettivi di far fronte al disagio giovanile. Malgrado ciò il disagio non sembra diminuire, anzi, sembra acuirsi.

Il Gran consiglio, adottando la LASP pur in tempi ormai lontani, ha inteso far fronte anche al disagio giovanile. Le strutture pluridisciplinari dell'OSC, i Servizi medico psicologici, hanno il mandato di offrire ascolto, attenzione e sostegno ai minorenni nei loro momenti evolutivi: lo sviluppo infantile, quello pre-adolescenziale e quello adolescenziale. La formazione degli operatori che permette una presa a carico globale e non parcellizzata, la possibilità di offrire un intervento su tutte le fasce di età, dai bambini fino ai vent'anni (una fascia molto critica è quella situata dopo la scuola dell'obbligo), la presenza sull'intero arco dell'anno e non soltanto durante il periodo scolastico, ne fanno una struttura ancora oggi particolarmente adeguata a svolgere attività psico-socio-educative di prevenzione e di presa a carico.

Tuttavia, benché la qualità dell'attività svolta è riconosciuta anche da testimonianze pubbliche, queste strutture non sembrano beneficiare del necessario appoggio. I dati che abbiamo presentato lo sembrano confermare! Il personale dei SMP tra il 1992 e il 2006, proprio nel periodo in cui c'è stato un incremento del disagio giovanile, è stato ridotto infatti da 36 a 32 unità. E' probabile che il servizio ha dovuto limitare i propri interventi in seguito alla carenza di personale. Gli utenti, nello stesso periodo, sono passati da 1500 a 1800 circa, su una popolazione scolastica di oltre 50'000 allievi e un potenziale di circa 60'000 persone.

Il 26 settembre 2005 è stata presentata una mozione (vedi M. 5771 già citato), *“Per un potenziamento del servizio medico psicologico sul territorio”*, con la quale si invita il CdS a potenziare i servizi medico - psicologico (SMP), ossia:

- a costituire équipe complementari a quelle già esistenti che possano svolgere meticolosamente tutte quelle attività atte a seguire una presenza continua e significativa nei luoghi di vita dei bambini, dei preadolescenti e degli adolescenti;
- ad assumere un numero ragionevole di operatori per operare quotidianamente in tutte le regioni del Cantone. Essi devono ovviamente essere coordinate dal già esistente nucleo pluridisciplinare in età evolutiva (pedopsichiatra, psicoterapeuta, psicologo specializzato in età evolutiva, assistente sociale e psicoeducatore);
- ogni équipe è dotata di un fondo e di mezzi per tutte quelle attività sul territorio da svolgere con i giovani.

Obiettivo della mozione è quindi quello di dare una risposta al crescente disagio.

8.13 In conclusione, in questi anni il numero degli interventi psico-socio-educativi e psichiatrici sono considerevolmente aumentati, sia nelle strutture pubbliche, sia presso i privati. Il personale, nelle strutture dell'OSC è tuttavia globalmente diminuito, oppure

non è stato adeguato in conformità dell'aumento dei bisogni. Presso la clinica psichiatrica gli effettivi appaiono inadeguati, sia in un confronto con strutture analoghe, sia per tenere conto dell'aumento della gravità della casistica. Gli operatori sono pertanto tenuti a ricorrere alla contenzione, sia fisica che farmacologia. Anche il numero dei ricoveri coatti rimane molto alto e pone la questione dell'adeguatezza dell'intervento sul territorio, in particolare dei Servizi psicosociale, sia a livello preventivo, sia dopo un ricovero. La presenza sul territorio, prevista da leggi e regolamenti, fa parte di un concetto di base della cura sociopsichiatrica, ossia offrire alla presa a carico ospedaliera un prolungamento nella presa a carico ambulatoriale.

Per quanto riguarda i minori si costata un preoccupante aumento del disagio e il moltiplicarsi di fatti gravi. Non è certamente compito esclusivo dei Servizi medico-psicologici affrontare questa complessa problematica. Anche in questo caso è tuttavia legittimo porsi la questione se questi servizi dispongono delle risorse necessarie per far fronte alla situazione e per svolgere compiutamente il mandato conferito dalla LASP.

9. LE CONSEGUENZE FINANZIARIE DELLA PIANIFICAZIONE 2005-2008

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 è stata adottata dal Consiglio di Stato l'8 novembre 2005. Per una migliore comprensione delle proposte va fatto tuttavia riferimento al documento del DDS 7 novembre 2006 (allegato 2), mentre per gli aspetti finanziari è importante il documento del Consiglio di Stato trasmesso alla Commissione il 4 gennaio 2007 (vedi allegato 3), il quale illustra l'evoluzione dal 2005 al 2009 per ogni singolo conto dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, in base alla classificazione istituzionale del piano contabile (i Centri di Responsabilità Budgetaria).

Da questi dati si può trarre il quadro seguente (in milioni):

		Consuntivo 2005	PF 2008
OSC (tutta)	Uscite	56.67	58.33
	Entrate	31.59	33.00
CPC/CARL	U	38.75	40.87
	E	24.43	24.89
SPS (tutti)	U	8.12	7.52
	E	3.34	3.23
Centri diurni	U	0.63	0.65
	E	0.68	1.01
SMP (tutti)	U	5.24	4.86
	E	1.62	1.54
Centri psico-socio-educativi	U	3.88	4.38
	E	1.46	2.27

NB: tutti i dati sono comprensivi dei contributi da terzi e degli addebiti interni

Come si può constatare l'incremento della spesa complessiva è contenuto, poiché essa passa da 56.67 milioni a 58.33, ossia con un incremento di 1,66 milioni (circa 1% anno). **L'evoluzione è tuttavia differenziata: la spesa per la CPC, il CARL, nonché per i Centri psico-socio-educativi aumenta. Quella dei Centri diurni è costante. Tenuto conto del**

rincaro, in termini reali diminuisce. Quella degli SPS e degli SMP diminuisce anche in termini nominali, rispettivamente da 8.12 a 7.52 milioni e da 5.24 a 4.86 milioni di franchi.

Ciò significa che, prendendo i dati previsionali per il 2008, il costo netto per l'ente pubblico dell'attività per gli adulti sul territorio (SPS e centri diurni) ammonta a 3,93 milioni di franchi, ossia al 6.73% delle uscite totali dell'OSC.

Il costo per l'ente pubblico, sempre riferito ai dati 2008, per la cura e la prevenzione dei bambini, dei preadolescenti e degli adolescenti (SMP) sul territorio ammonta invece a 3.32 milioni, ossia al 5.69%.

10. LE PROPOSTE OPERATIVE DELLA PIANIFICAZIONE 2005-2008

10.1 Va ricordato che il numero degli istituti e di posti letto acuti sono già stati decisi nell'ambito del dibattito sulla pianificazione ospedaliera e non sono pertanto oggetto di esame in questa sede. Nel documento si riafferma la validità dei principi contenuti dalla LASP, ossia quelli di una presa a carico ospedaliera accompagnata da una presa a carico sul territorio, sociopsichiatrico per gli adulti, psico-socio-educativo per i minori.

Il documento prevede tre ambiti di intervento prioritari:

- psichiatria in età adolescenziale;
- psichiatria e lavoro;
- psichiatria e nuovi orientamenti nella politica a favore degli anziani.

La seconda parte del documento contiene 13 schede programmatiche, quali soluzioni alle questioni sollevate.

10.2 Preoccupazioni generali

Ricordiamo schematicamente, prima di affrontare i singoli capitoli, alcune considerazioni e preoccupazioni generali contenute nella pianificazione:

- la degenza in ospedale è sempre più breve e spesso comprende solo misure di urgenza, che talvolta non bastano nella presa a carico in generale, specialmente nei più giovani;
- la grande pressione di collocamenti coatti, abbinata all'elevato tasso di occupazione (media del 100% con punte superiori) impedisce di occuparsi degli altri pazienti con la dovuta qualità;
- le dimissioni rischiano di essere talvolta precoci e di comportare una successiva riospedalizzazione;
- manca una struttura intermedia fra il domicilio e la clinica per i pazienti dimessi. Tale struttura richiede tuttavia personale e altre risorse in beni e servizi supplementari;
- i servizi ambulatoriali per adulti (servizi psico-sociali) registrano una pressione maggiore di utenti. La conseguente lista di attesa non permette una risposta ottimale;

10.3 Adolescenti

Nel primo capitolo sugli adolescenti il documento ricorda:

- i mutamenti famigliari, il formarsi di gruppi con leaders negativi, la minore capacità degli adulti di gestire il tempo dei loro figli, il passaggio graduale (non controllato) dall'uso dell'alcool e del tabacco a quello di stupefacenti, il maggior impegno richiesto dal curriculum scolastico, l'incertezza nel futuro e l'alta competitività richiesta dal mondo del lavoro;
- il ruolo centrale per gli adolescenti svolto dai servizi medico-psicologico organizzati territorialmente che si occupano della prevenzione, della consulenza e della presa a carico grazie alla natura multidisciplinare di questi servizi;
- l'assenza di strutture per adolescenti per casi acuti

La **scheda n. 4** sottolinea l'aumento negli ultimi anni di una nuova casistica adolescenziale grave non affrontabile ambulatoriamente, per i quali sono a volte necessari interventi di urgenza e/o coattivi. Sarebbe allo studio presso l'Ufficio giovani la costituzione di una struttura adeguata.

La scheda indica poi i campi di cui gli SMP dovrebbero sviluppare attività di consulenza.

10.4 Psichiatria e lavoro

Si tratta del secondo importante capitolo della pianificazione. E' evidente che durante l'ultimo decennio i rapporti di lavoro sono fundamentalmente mutati in quasi tutti i settori di attività, sia nel pubblico, sia nel privato. La caratteristica principale di questo periodo è costituita dall'aumento della precarietà, della competitività, del deterioramento dei diritti e della diminuita volontà di dialogo tra le parti sociali. Questa nuova situazione crea evidentemente disagi, depressioni e malattie.

Nella **scheda n. 5** la pianificazione propone alcune proposte di intervento.

10.5 Psichiatria e anziani

Uno degli obiettivi risiede nel promuovere e mantenere l'autonomia. Una problematica di grande attualità, in particolare per coloro che sono obbligati per ragioni di salute ad abbandonare la propria abitazione e a *"sopravvivere – come indicato nel rapporto- in istituti in condizioni di isolamento e inattività"*.

I parametri attualmente utilizzati nelle case per anziani per rendere conto della situazione non permettono di valutare lo stato di dipendenza, il livello di autonomia, l'isolamento. Un'inchiesta, coordinata dal prof. Marco Borghi -attualmente in corso- potrà fornire utili indicazioni per valutare le forme di intervento, non solo presso il CARL, bensì anche presso le Case per anziani del nostro Cantone.

La **scheda 6** informa che è stato creato un Centro di competenza OSC sugli aspetti psicogeriatrici clinici e che è stato creato un reparto specializzato per le patologie di carattere confusionale e/o demenziale con conseguenti disturbi comportamentali.

10.6 I Centri di competenza

Tra le altre schede merita una segnalazione la promozione di *"Centri di competenza che permettono di offrire competenze specifiche in differenti ambiti"*.

È quindi previsto un centro di competenza *della psichiatria di liason, per il gioco di azzardo eccessivo, per i disturbi dell'ansia e ossessivi - compulsivi, la per dipendenza di sostanze.*

Nella nota del DSS 7.11.06 si precisa che i centri di competenza previsti dalla **scheda n. 7**, *“non sono da intendere come servizi distaccati ma come un accrescimento delle competenze e della qualità dell’offerta terapeutica in taluni ambiti, complementare ai compiti di psichiatria generale abitualmente svolti. L’intenzione è quella di formare delle équipes che siano di riferimento su determinati temi all’interno dell’OSC, ma anche per gli operatori privati o di altre istituzioni”*.

10.7 Le altre schede

La **scheda n. 1** riguarda l’impegno del Cantone a mantenere normative atte a rispettare i diritti dei pazienti, campo in cui il nostro Cantone ha un dispositivo unico in Svizzera. La **scheda n. 2** è superata poiché il CdS ha rinunciato a proporre una trasformazione istituzionale del CARL. La **scheda 3** riguarda la trasformazione dell’OSC in Unità amministrativa autonoma, tema sul quale il GC si è già pronunciato. La **scheda 8** elenca le collaborazioni con altre istituzioni. La **scheda n. 9** sulla dipendenza da sostanze indica le proposte operative in corso. La **scheda 10** auspica l’incremento degli orari dei centri diurni. Infine, la **scheda 11** riguarda la formazione, la **12** le sedi dell’OSC e la **13** la qualità delle cure.

10.8 Come cercheremo di illustrare nel punto seguente, la pianificazione rileva con chiarezza una serie di problematiche riguardanti i disagi sia degli adulti, sia dei minori. Le proposte generali, nonché quelle contenute nelle schede, non sembrano tuttavia atte ad affrontare compiutamente la problematica descritta. Occorre evitare in particolare la frantumazione degli interventi sulla base di presunte casistiche e valorizzare invece una presa a carico globale. L’importante problematica relativa al mondo del lavoro, da parte sua, non deve essere affrontata –come sembra il caso- attraverso l’assunzione di nuovo personale, bensì sviluppando una collaborazione con le organizzazioni sindacali e padronali presenti sul territorio.

Nella questione dei minori, appare trascurata tutta la problematica –fondamentale- relativa alla prevenzione.

La maggiore attenzione sembra rivolta agli aspetti finanziari. Anche la Commissione è evidentemente attenta a questi aspetti, soprattutto in un periodo in cui le risorse pubbliche sono limitate. L’obiettivo di non provocare un aumento dei costi per lo Stato non può essere tuttavia considerato prioritario rispetto alla soluzione di gravi disagi, alla mancanza di rispetto dei pazienti, all’incremento di un grave e preoccupante disagio giovanile.

Inoltre, privilegiare la cura e gli interventi riparatori, rispetto a quelli preventivi, come sembra fare il documento pianificatorio, significa rinviare soltanto un problema nel tempo e affrontare successivamente costi maggiori e maggiori drammi umani e famigliari.

11. RIEPILOGO

11.1 Tutti i documenti che abbiamo esaminato affermano o riaffermano la validità della Legge sull’assistenza socio-psichiatrica cantonale, ossia la volontà di disporre di interventi socio-psichiatrici, sia stazionari, sia sul territorio e di consacrare le necessarie risorse a interventi di prevenzione.

11.2 L'attività dei centri di salute mentale di Trieste dimostra la possibilità di praticare interventi rispettosi degli utenti, ossia per esempio di ridurre al minimo i ricoveri coatti e la contenzione fisica e farmacologia.

11.3 La pianificazione 1998-2001 raccomandava: di effettuare interventi globali e di astenersi da eccessive separazioni; di affrontare la problematica sempre irrisolta dei casi degli adolescenti bisognosi di cure acute; di continuare a privilegiare l'intervento ambulatoriale e semi-ambulatoriale; di potenziare i servizi medico-psicologici; di prestare attenzione alle dimissioni dei pazienti; di valutare con attenzione l'attività degli ospedali di giorno.

11.4 La pianificazione ospedaliera adottata dal GC ha confermato una forte presenza del privato nell'intervento stazionario. L'evoluzione della situazione ha marcato una forte presenza del settore privato ambulatoriale, con costi non indifferenti per la società. Il settore privato ha pure creato una rete importante di strutture intermedie, non riconosciute in nessun modo da parte del Cantone.

11.5 Nell'ultimo decennio gli utenti dell'OSC sono fortemente aumentati mentre gli effettivi del personale sono diminuiti.

11.6 Nella clinica psichiatrica gli effettivi sono insufficienti e, malgrado i lodevoli sforzi degli operatori, si ricorre sovente alla contenzione fisica e farmacologia.

11.7 Il numero dei ricoveri coatti è elevato. Forti dubbi sussistono sul lavoro in rete tra SPS e CPC e sul rispetto della settorializzazione, un principio fondamentale previsto dalla LASP:

11.8 La settorializzazione è applicata soltanto in modo molto parziale. La gestione delle dimissioni non è sempre fatta conformemente alla LASP, ossia con la continuazione della presa a carico da parte delle strutture territoriali (SPS).

11.9 Il disagio giovanile sta assumendo dimensioni gravi e preoccupanti. Gli SMP non hanno le risorse per svolgere un intervento di prevenzione conformemente alla LASP. Pochi sono gli operatori che svolgono la loro attività sul territorio, direttamente o in collaborazione con altre istituzioni (scuole, servizi sociali comunali, ...).

12. CONSIDERAZIONI FINALI

12.1 La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 è carente dal profilo progettuale.

Le proposte contenute non sembrano infatti in grado di risolvere i gravi e preoccupanti problemi rilevati.

12.2 L'intenzione di favorire l'attività per singole patologie appare in contrasto con il principio di una presa a carico globale. Essa comporta una parcellizzazione dell'intervento, una dispersione di risorse e, di fatto, è in contrasto con i principi fondamentali della LASP.

12.3 La situazione attuale è problematica per quanto riguarda i diritti dei pazienti, in particolare circa la prassi della contenzione e i ricoveri coatti. Le proposte contenute nella pianificazione non offrono una valida soluzione.

12.4 Per le strutture stazionarie, sia per l'ospedale acuto, sia per i lungodegenti, sarebbe opportuna una verifica sull'opportunità e la fattibilità di prese a carico decentrate.

12.5 La soluzione ventilata, per i minori, di affidare la soluzione dei casi acuti ad altri uffici statali appare inadeguata poiché creerebbe inutili e controproducenti frontiere e non consentirebbe una gestione globale nell'ambito dell'OSC.

12.6 Appare opportuna una verifica dell'intervento diurno tramite i day hospital o altre strutture intermedie pubbliche o private a sostegno delle famiglie.

12.7 Sulle problematiche sociopsichiatriche derivanti dalle condizioni di lavoro, va sviluppata una collaborazione con le forze presenti sul territorio.

12.8 La proposta di ridurre il personale e l'impegno finanziario dei SMP e dei SPS è inaccettabile, nel momento in cui tutti riconoscono che questi servizi non sono attualmente in grado di svolgere compiutamente la loro funzione. In seguito all'aumento numerico della problematica.

13. LE PROPOSTE DELLA COMMISSIONE

La Commissione, sulla base dei fatti ricordati e delle considerazioni espresse in precedenza, propone al Gran consiglio quanto segue:

13.1 In generale, di chiedere al CdS:

- a) di applicare scrupolosamente i principi della LASP, in particolare quelli attinenti alla settorializzazione, al diritto dei pazienti, alla prevenzione;
- b) di consacrare le necessarie risorse alla soluzione dei gravi problemi emersi;
- c) di valutare con ocularità il coordinamento con altre strutture pubbliche, con strutture private o sussidiate dallo Stato per evitare doppioni e inutili problemi di coordinamento;
- d) di chiarire compiti e competenze e di pianificare la presenza sul territorio di strutture intermedie;
- e) di rinunciare alla creazione di "agenzie" settoriali per singole patologie e di privilegiare la presa a carico globale
- f) di prestare maggior attenzione e controllo all'attività svolta da operatori e strutture pubbliche e private.

13.2 Per gli adulti, di chiedere al CdS:

- a) di riesaminare il ruolo degli SPS in modo di assicurare un'adeguata prevenzione e la continuità terapeutica dopo le dimissioni dalle strutture stazionarie;
- b) di rivedere la dotazione degli effettivi della CPC in modo da ridurre la contenzione e potenziare i diritti dei pazienti;
- c) di aprire i centri diurni anche fuori degli orari d'ufficio e durante i giorni festivi (sabato, domenica, festivi infrasettimanali);
- d) di predisporre norme per favorire l'assunzione da parte di aziende pubbliche e private di persone con disagi psichici.

13.3 Per i minorenni :

- a) di approvare la mozione 26 settembre 2005 "Per un potenziamento del servizio medico psicologico sul territorio (vedi messaggio n. 5771);
- b) di chiedere al CdS:
 - lo svolgimento di attività dei servizi medico psicologici fuori delle ore d'ufficio e anche durante i giorni festivi (sabato, domenica, infrasettimanali);
 - di predisporre due centri psicoeducativi (CPE), uno per il sopraceneri e uno per il sottoceneri, in modo da poter accogliere i casi acuti di adolescenti;

14. CONCLUSIONI

La Commissione è consapevole che la messa in atto delle sue proposte potrebbe comportare, almeno nel breve periodo, un aumento di spesa per l'Ente pubblico. Essa ritiene tuttavia che soltanto un adeguato intervento, conformemente alla LASP, ossia ospedaliero, ma anche sul territorio, di cura e riparatorio ma anche preventivo, consente di evitare il ripetersi di fatti gravi e di drammi, a volte irreparabili. La Commissione è pure convinta che le maggiori risorse investite nei servizi dell'OSC, ormai ampiamente collaudati nella loro validità ed efficacia, consentirà di contenere i costi in altri settori, quali la polizia, la magistratura dei minorenni e il carcere minorile. Per gli adulti, una maggiore attenzione da parte del mondo del lavoro, anche di quello pubblico, potrebbe pure, in collaborazione con i servizi competenti, permettere il reinserimento sociale di molte persone con disagi psichici e, a loro volta, evitare drammi e costi. Si tratta di un compito al quale l'ente pubblico non può sottrarsi.

Per la maggioranza della Commissione speciale sanitaria:

Graziano Pestoni, relatore

Boneff - Butti - Caimi (con riserva) -

Carobbio W. - Gemnetti - Orelli Vassere -

Ricciardi - Salvadè (con riserva)

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il rapporto settembre 2005 del Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità;
- richiamato l'art. 13 della legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 2 febbraio 1999 giusta la modifica adottata con la legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio del 7 novembre 2006;
- visto il rapporto di maggioranza 11 gennaio 2007 della Commissione speciale sanitaria,

d e c r e t a :

Articolo 1

La pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 è approvata nel senso dei considerandi del rapporto commissionale e della discussione parlamentare.

Articolo 2

Il presente decreto legislativo è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.

L'esperienza del Centro di salute mentale di Trieste

1. In Italia, particolarmente a Trieste, quasi contemporaneamente all'approvazione, nel Canton Ticino, della LASP, si svolgeva un dibattito sulla stessa problematica. **Il 13 maggio 1978, dopo un processo iniziato nel 1971, l'Ospedale psichiatrico S. Giovanni venne chiuso.** L'artefice fu lo psichiatra Franco Basaglia. Riassumiamo sinteticamente questa storia, con l'ausilio di testi tratti dal documento "Trieste: storia di un cambiamento", redatto dal Dipartimento di salute mentale di Trieste.

«...In Italia la legge di riforma del 1978 ha dato avvio a un processo di superamento degli ospedali psichiatrici, con la creazione di servizi centrati sulla comunità che permettono ai pazienti di condurre la loro vita in contesti sociali normali. La città italiana di Trieste ha creato una significativa rete di servizi basati sulla comunità, appartamenti protetti e cooperative che danno lavoro a pazienti psichiatrici. L'ospedale psichiatrico di Trieste è stato chiuso e sostituito da servizi territoriali operanti 24 ore su 24. Questi centri forniscono assistenza sanitaria, riabilitazione psicosociale, assistenza sociale e, se necessario, trattamenti per episodi acuti. Un certo numero di appartamenti protetti, che offrono un ambiente amichevole e non medicalizzato, sono stati creati per i pazienti cronici e più gravi. Infine, le opportunità di lavoro hanno permesso a molti pazienti di assicurarsi un'integrazione effettiva nell'ambiente sociale.

2. *La sfida - si legge sempre nel documento citato - è difficilissima: malgrado le numerose esperienze riformatrici avviate anche in Francia e in Inghilterra nel secondo dopoguerra, nessuno è mai riuscito a spostare realmente l'asse delle cure dall'ospedale alla comunità. Non esistono saperi o pratiche consolidate cui ispirare il processo riformatore; né le norme giuridiche e legislative di cui si dispone, ancora basate sul giudizio di pericolosità del malato di mente, sono di per sé sufficienti ad autorizzare una vera apertura e civilizzazione delle funzioni di cura della psichiatria in senso territoriale e comunitario.*

Franco Basaglia, sulla chiusura dell'ospedale psichiatrico, già nel 1964 scriveva: *«Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale ; viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo».*

3. *Al 31 dicembre 1971 - ossia all'inizio di questa esperienza - risultano ricoverate a Trieste 1182 persone, con un turnover annuo di circa 1300 pazienti, più del 90% dei quali subisce un ricovero coatto. Proprio l'uso del ricovero volontario, che a Trieste viene enfatizzato dalla nuova équipe, diventa strumento di fondamentale importanza per non sottrarre ai pazienti i loro diritti: non solo per accrescere la loro libertà di movimento dentro e fuori l'ospedale, ma anche per attribuire ai ricoverati un potere di interlocuzione nel miglioramento delle cure e dell'assistenza.*

4. *All'apertura delle porte dei reparti corrisponde la soppressione delle terapie di shock e di tutti i sistemi di contenzione fisica; viene anche abolita la divisione tra uomini e donne, e preparato il terreno per la creazione di reparti misti.*

Mentre la vita comunitaria dell'ospedale si anima di numerose iniziative (feste, bar, giornale dei ricoverati), si moltiplicano le uscite dei pazienti in città, sia individuali che in piccolo gruppo. Le persone vengono così reintegrate a poco a poco nel possesso del denaro per accedere ai luoghi

pubblici, anche grazie alla erogazione di sussidi (una tantum o mensili) deliberata, proprio agli inizi del '72, dall'amministrazione provinciale.

5. L'avvio del processo di trasformazione suscita resistenze negli infermieri e allarme nella cittadinanza «... predominava l'ideologia che il matto era pericoloso e doveva stare chiuso in manicomio. Perciò l'inizio del lavoro consisteva nel convincere che le cose non stavano così. Giorno per giorno abbiamo tentato di dimostrare che cambiando la relazione con l'internato cambiava il senso di questa relazione. L'infermiere ha cominciato a convincersi che il suo lavoro poteva essere diverso, e a diventare così un agente della trasformazione. D'altra parte per convincere la popolazione era necessario innanzitutto riportare il folle in strada, nella vita sociale. Con questo abbiamo stimolato l'aggressività della città contro di noi. Noi avevamo bisogno di creare una situazione di tensione, per mostrare il cambiamento che stava accadendo. Col tempo la città ha capito cosa stava succedendo. L'importante, nell'addestramento degli infermieri, è stato che il nuovo tipo di realtà li ha portati a non essere più dipendenti dal medico, a essere operatori che potevano prendere decisioni in proprio». (Franco Basaglia, 1979)

6. Man mano che i grandi reparti vengono ridimensionati, si organizzano gruppi di convivenza e gruppi appartamento: dapprima all'interno dell'ospedale, poi in città. Lo stile di lavoro è orientato al sistematico coinvolgimento e alla formazione degli infermieri, che devono abbandonare la tradizionale funzione di "custodi" per assumere un ruolo attivo e responsabile nel processo di cambiamento.

7. Fra il '73/74 l'organizzazione dell'ospedale viene ulteriormente trasformata, adeguando il criterio di sistemare i pazienti nei reparti non per gravità (agitati, violenti, sudici, infermi, cronici) ma per provenienza, in base a una ripartizione dell'area urbana e provinciale in "zone" che sono rimaste le stesse nel corso degli anni (corrispondenti agli attuali quattro distretti sanitari e ai relativi Centri di Salute Mentale). Si dà così inizio a uno stile di lavoro che ha come obiettivo la dimissione e il sostegno del paziente nel proprio domicilio e contesto di vita.

8. Nel 1981 viene istituito il Dipartimento di Salute Mentale che dal punto di vista operativo garantisce l'unità tecnica, amministrativa e progettuale della rete dei servizi territoriali, dei loro programmi e attività. Nelle 4 aree territoriali vengono definiti con maggior precisione gli standard di funzionamento dei CSM, a ciascuno dei quali compete un bacino d'utenza di circa 50.000 abitanti, con 8 posti letto e una mensa per le persone in ospitalità diurna e diurno/notturna.

9. Da più di 20 anni, quindi, Trieste vive senza manicomio e il numero delle persone che si riferiscono ai servizi nel corso di un anno è mediamente del 13,5 per mille della popolazione (3500 utenti/anno). Attualmente il Comprensorio di San Giovanni ospita meno di 50 persone in alcune piccole residenze; dal 1980 nessun paziente è stato più ricoverato. La rete dei servizi è costituita da 4 Centri di Salute Mentale per una popolazione di 247.000 abitanti. **La spesa per l'assistenza psichiatrica si è dimezzata:** alla fine del 1971 il bilancio consuntivo dell'Amministrazione Provinciale ammontava a più di 5 miliardi, circa 26 milioni di euro; a chiusura del bilancio dell'Azienda sanitaria nel 2001 il DSM è costato 26,5 miliardi di lire, poco meno di 14 milioni di euro (il costo del denaro nel frattempo è aumentato di circa 12 volte). **La riduzione complessiva del personale, registrata nel corso degli anni, porta dalle 524 unità nel 1971 alle 235 unità del 2001;** la riduzione dei posti letto è a sua volta passata dai 1.160 posti letto ospedalieri nel 1971, a 140 posti letto variamente distribuiti nel territorio e con funzioni differenziate (SPDC, CSM, Clinica, Residenze). Il ricorso al privato è molto contenuto: 90 triestini, pari al 2% dell'utenza, sono stati ricoverati nel 1999 in cliniche private fuori regione. Infine, **un unico luogo di cura, il manicomio, è stato sostituito da poco meno di 40 differenti strutture con funzioni e compiti diversificati.**

10. Se questi indicatori di risorse e di popolazione mostrano il cambiamento istituzionale e strutturale, alcuni risultati restituiscono il senso del processo di deistituzionalizzazione, facendo giustizia di molti luoghi comuni e pregiudizi che si sono sedimentati attorno all'idea della chiusura dell'ospedale psichiatrico:

- **i posti letto per situazioni acute e urgenti** sono complessivamente 40, 8 per ognuno dei 4 centri di salute mentale e 8 nell'ospedale acuto di Trieste;
- il numero dei **ricoveri coatti**, mediamente di 150 negli anni '70, (60 per 100.000 abitanti), nella media degli ultimi 20 anni si è tenuta intorno a 8 ricoveri per 100.000 abitanti per anno; nel 2005 c'è stato un solo ricovero coatto;
- erano 50 i **suicidi** registrati nel 1971, sono stati 43 nel 2001, con un tasso del 17,4/100.000 a fronte di un tasso medio di 23/100.000 nel periodo 1985 - 1996;
- **la contenzione fisica e farmacologica è stata soppressa.**

11. In conclusione, la ricca e complessa esperienza dei Centri di salute mentale di Trieste, dopo 30 anni dal suo avvio, può dichiararsi riuscita, sia dal profilo umano e medico/sociale, sia da quello istituzionale e finanziario. Tutti gli indicatori dimostrano che i risultati ottenuti sono migliori rispetto ad una presa a carico prevalentemente ospedaliera, come di fatto è ancora il caso in Ticino.

Nota del Dipartimento della sanità e della socialità alla Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008, del 7 novembre 2006

Con questa nota la Direzione del Dipartimento della sanità e della socialità presenta le risposte ai quesiti posti dalla Commissione speciale sanitaria, tramite il Presidente signor Graziano Pestoni, con messaggio di posta elettronica del 5 ottobre 2006.

1. *Ritiene che il documento CdS/DSS settembre 2005 contenga veramente gli elementi costitutivi di una pianificazione socio-psichiatrica? Quali sarebbero?*

Il Consiglio di Stato, che ha accolto la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 in data 8 novembre 2005, ha ritenuto che le proposte formulate dal Consiglio psicosociale cantonale rappresentino delle risposte adeguate alla prevenzione ed alla presa a carico del disagio psicosociale.

In particolare, il Consiglio psicosociale cantonale, confermando la validità della LASP che prevede l'intervento secondo la logica della psichiatria di settore e risottolineando l'importanza della continuità delle cure, ha proposto quali ambiti prioritari d'intervento:

- Psichiatria e età adolescenziale
- Psichiatria e lavoro
- Psichiatria e nuovi orientamenti nella politica a favore degli anziani.

Ha inoltre formulato 13 schede programmatiche con le relative proposte operative. In queste schede sono contenute azioni importanti, segnatamente la creazione di Centri di competenza all'interno dell'OSC, ad esempio: il Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM), il reparto di psichiatria geriatrica e quello destinato all'accoglienza di pazienti tossicodipendenti. Questi Centri, che migliorano la qualità della presa a carico dell'utenza essendo complementari ai principi della LASP - in particolare la continuità delle cure ed il lavoro d'équipe - intendono incrementare le competenze del personale a seconda delle diverse patologie.

Con le risorse a disposizione, quanto proposto nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale rappresenta una valida proposta di indirizzi per la cura sociopsichiatrica dei cittadini che ne necessitano.

2. *Quale è la sua posizione rispetto al numero dei ricoveri coatti e al ricorso alla contenzione fisica e farmacologia, in generale e nell'ottica del diritto e del rispetto dei pazienti?*

Di principio, i ricoveri coatti devono essere l'eccezione e non la regola. Proprio in quest'ottica, in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale, la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) ha redatto un nuovo formulario per la decisione di ricovero coatto e l'ha distribuito a tutti i medici attivi sul territorio cantonale. Lo stesso è disponibile anche sul sito internet dell'OSC. L'obiettivo è quello di prevenire questo tipo di ricoveri. Per promuovere la prevenzione è necessario operare maggiormente a livello di invianti. In particolare si deve assicurare un'informazione capillare e appropriata a tutti gli operatori pubblici e privati.

Per la contenzione, è utile ricordare la stretta collaborazione instaurata dalla CPC con la Fondazione svizzera Pro Mente Sana in virtù dell'art. 43 LASP per garantire i diritti dei pazienti. Si tratta di un dispositivo di tutela dei diritti unico in Svizzera. Inoltre, con l'obiettivo di monitorare le modalità di ricorso alla contenzione fisica, il CPSC ha voluto e ottenuto l'istituzione della Commissione contenzione a cui partecipa regolarmente un rappresentante di Pro Mente Sana.

3. *Come spiega e giustifica che non siano disponibili dati statistici oggettivi e significativi, utilizzabili anche a livello pianificatorio, riguardanti la tipologia dei ricoveri coatti (cfr. lettera dell'OSC del 27.09.2006)?*

La nuova modalità di collocamento coatto ha anche lo scopo di uniformare la pratica che in seguito dovrebbe permettere di raccogliere dei dati significativi. In merito alla loro significatività, bisogna sottolineare che i dati non potranno essere presi a se stante, ma per una lettura appropriata sarà indispensabile una loro interpretazione che permetta di considerare i molteplici elementi (età, condizione di vita, relazioni, lavori, genere, ...) che concorrono al manifestarsi delle situazioni di disagio.

Solo tramite un completamento e una valorizzazione dei dati si avrà una visione oggettiva della casistica dei pazienti coatti. A tal fine sarebbe poi necessario anche un'armonizzazione tra cantoni al fine di disporre di confronti significativi tra realtà regionali diverse.

4. *Quale è il funzionamento della commissione di vigilanza?*

La Commissione giuridica LASP interviene in virtù degli art. 14 e 15 LASP ed è indipendente dall'OSC. Per una conoscenza approfondita del suo funzionamento si raccomanda di sentire direttamente il Presidente, avv. E. Pusterla, Pretore di Mendrisio. In generale si ricorda comunque che ad ogni ammissione coatta in CPC il paziente è informato del suo diritto di ricorso in merito:

- al ricovero e alle sue modalità
- alla decisione di trattamento in clinica
- ogni qualvolta il personale della CPC si trova nell'obbligo di imporre misure di contenzione fisica o farmacologica.

Il personale della CPC è tenuto ad aiutare il paziente nel formulare e/o inoltrare il proprio ricorso.

5. *Come sono gestite le dimissioni dalla CPC?*

Le dimissioni dalla CPC sono gestite, come dovrebbe essere per tutti gli istituti di cura stazionari acuti, nel rispetto della storia del paziente, della sintomatologia, dei suoi bisogni, della sua volontà e nell'ottica di un intervento di rete che tiene conto, nel rispetto della continuità delle cure, delle risorse sul territorio. In caso di bisogno i servizi territoriali OSC sono a disposizione per proseguire, a dipendenza della necessità, in ambito semi-stazionario o ambulatorialmente la cura dei pazienti.

6. *Perché non sono previste strutture intermedie per l'accoglienza di pazienti dimessi dopo la fase acuta?*

Per la presa a carico diurna dei pazienti esistono le strutture semi-stazionarie dell'OSC (4 Centri diurni). Sempre nell'ottica dell'intervento di rete non vanno poi dimenticate le collaborazioni con altre strutture private presenti sul territorio quali gli ospedali di giorno, le comunità terapeutiche e i foyers. A questo proposito si segnala che la Fondazione Sirio mette a disposizione, presso la Casa di Breganzona (già Home Campagna), spazi di accoglienza per pazienti dimessi, con l'obiettivo di una loro integrazione sociale (si veda la scheda n. 8 della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008).

7. *Come mai non sono previste strutture per pazienti disorientati (sia per problemi psichici che per infortunio, patologia fisica o età)?*

Come previsto nella scheda n. 6 della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale, l'OSC ha creato presso la CPC un reparto specializzato per le patologie di carattere confusionale e/o demenziale con conseguenti disturbi comportamentali (8 posti). Per il resto si collabora con i

medici sul territorio, le case per anziani e gli altri centri che prendono in cura queste patologie. Chiaramente quanto previsto si limita agli aspetti psichiatrici legati a questo tipo di affezioni.

8. *Gli SPS sono adeguatamente strutturati per svolgere un'attività di prevenzione sul territorio e per l'accompagnamento post dimissione?*

Con le risorse messe a disposizione, gli SPS riescono ancora a rispondere adeguatamente ai compiti di presenza e di accompagnamento post-dimissione che da parecchi anni sono in continua crescita. Le loro équipes multidisciplinari sono organizzate per rispondere ai bisogni dell'utenza che necessita di una presa a carico pluridisciplinare. Per gli altri casi è utile ricordare la presenza degli psichiatri con pratica privata e la collaborazione che gli SPS garantiscono a questi medici. Per quel che è l'ambito della prevenzione, gli SPS, per mandato, si indirizzano a privilegiare la prevenzione secondaria e/o terziaria. E' quanto avviene ad esempio nei Centri diurni dell'OSC che lavorano in stretta collaborazione proprio con gli SPS.

9. *Gli SMP sono adeguatamente strutturati per svolgere l'attività di prevenzione, in un momento in cui da molte parti si sottolinea l'aggravarsi del disagio giovanile?*

A questa domanda, il Consiglio di Stato ha già risposto dettagliatamente con il Rapporto sulla mozione del 26 settembre 2005 (Messaggio N. 5771 del 29 marzo 2006). In primo luogo è utile differenziare il disagio giovanile da quello psichico. Dopo questa precisazione, segnaliamo che la prevenzione primaria non è un compito prioritario rispetto alla missione attribuita agli SMP e all'OSC in generale. Per contro, per quel che concerne la prevenzione secondaria, gli SMP sono attivi nel quadro del gruppo di coordinamento interdipartimentale DECS-DSS-DI istituito dal Consiglio di Stato, ciò che rappresenta una risposta adeguata a questa particolare problematica.

10. *Come intende affrontare concretamente i casi acuti degli adolescenti?*

Innanzitutto per i casi acuti psichiatrici è stata instaurata un'ottima collaborazione fra il reparto di pediatria dell'Ospedale Regionale di Lugano (Sede Civico) ed il SMP di Lugano. La CPC è poi a disposizione per l'accoglienza di casi urgenti e particolarmente gravi.

Per gli altri casi, l'intervento previsto è descritto nella scheda n. 4 della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 ed in particolare nella collaborazione prevista nel quadro della nuova Legge per le famiglie (Lfam). Da ricordare inoltre che in questi ambiti sono attive altre offerte di presa a carico del disagio, pensiamo in particolare a quanto sviluppato dalla Fondazione Amilcare con la quale gli SMP collaborano attivamente. Ricordiamo inoltre la partecipazione di rappresentanti OSC nel Focus group voluto dai Dipartimenti DECS – DSS – DI, che si è riunito con l'intento di elaborare, all'attenzione del Consiglio di Stato, delle proposte operative per quel che concerne la presa a carico dei cosiddetti adolescenti difficili i cui problemi comportamentali non sono peraltro riconducibili ad un problema psichiatrico maggiore.

11. *Lo sviluppo di "agenzie" non è in contrasto con una presa a carico globale?*

Se per "agenzie" si intendono i centri di competenza, previsti dalla scheda n. 7 della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 (si veda risposta domanda 1), essi non sono da intendere come servizi distaccati ma come un accrescimento delle competenze e della qualità dell'offerta terapeutica in taluni ambiti, complementare ai compiti di psichiatria generale abitualmente svolti. L'intenzione è quella di formare delle équipes che siano di riferimento su determinati temi all'interno dell'OSC, ma anche per gli operatori privati o di altre istituzioni. In questo ruolo potranno sviluppare gli aspetti preventivi, clinici, riabilitativi e di studio per un determinato campo. La prima positiva esperienza è nata nel 2000 con la creazione del Servizio di psichiatria e di psicologia medica, altri quali ad esempio quello che si

interessa della problematica dei pazienti anziani sono in fase realizzativa (scheda N. 6). Altri ancora seguiranno.

12. *La pianificazione sembra privilegiare la cura e gli interventi riparatori rispetto all'attività di prevenzione I primi sono tuttavia più costosi e non possono evitare drammi umani e famigliari. Come mai?*

La promozione della salute mentale a livello di sistema è composta da una gamma di strategie a livello locale e nazionale. Si pensi ad esempio a quelle adottate dalla Confederazione (Ufficio della sanità pubblica) o dal Cantone (Sezione sanitaria).

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale elaborata dal Consiglio psicosociale cantonale in virtù dell'art. 11 LASP deve fissare l'ordine delle priorità. Per l'OSC, come visto prima, è importante intervenire nella prevenzione secondaria e nella presa a carico di chi si ammala mentre la prevenzione primaria non è un suo compito principale fermo restando la sua disponibilità a collaborare con gli altri attori della salute pubblica che si occupano di questo tema ma senza per questo dover agire autonomamente.

Dati di Piano finanziario 2005-2008 suddivisi per ogni singolo servizio (documento del CdS del 4 gennaio 2007):

	GrVdc		C 2005	aumento	P 2006	aumento	P 2007	aumento	PF 2008	aumento	PF 2009
TUTTA L'OSC (CRB DA 245 a 263)	30	SPESE PER IL PERSONALE	48'074'578	0.9%	48'519'000	0.4%	48'728'300	2.0%	49'702'866	1.8%	50'597'518
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	6'151'546	1.0%	6'210'400	2.0%	6'335'150	1.0%	6'398'502	1.0%	6'462'487
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		15'000	0.0%	15'000	1.0%	15'150	1.0%	15'302
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
	36	CONTRIBUTI CANTONALI	45'000	33.3%	60'000	0.0%	60'000	1.0%	60'600	1.0%	61'206
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
	39	ADDEBITI INTERNI	2'406'432	-32.9%	1'614'800	32.1%	2'133'100	1.0%	2'154'431	1.0%	2'175'979
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	56'677'556	-0.5%	56'419'200	1.5%	57'271'550	1.9%	58'331'549	1.7%	59'312'491
		Senza il gruppo di conto 39	54'271'125	1.0%	54'804'400	0.6%	55'138'450	1.9%	56'177'118	1.7%	57'136'512
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	54'271'125	1.0%	54'804'400	0.6%	55'138'450	1.9%	56'177'118	1.7%	57'136'512
	40	IMPOSTE									
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA	95'040	42.0%	135'000	-22.2%	105'000	1.0%	106'050	1.0%	107'111
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	24'030'943	0.9%	24'250'500	1.4%	24'578'500	0.2%	24'631'985	0.3%	24'716'305
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.									
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI									
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI	7'464'852	7.8%	8'045'000	1.8%	8'190'000	1.0%	8'271'900	1.0%	8'354'619
	47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE									
	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI									
	49	ACCREDITI INTERNI	0		20'600		0		0		0
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	31'590'835	2.7%	32'451'100	1.3%	32'873'500	0.4%	33'009'935	0.5%	33'178'034
		Senza il gruppo di conto 49	31'590'835	2.7%	32'430'500	1.4%	32'873'500	0.4%	33'009'935	0.5%	33'178'034
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	31'590'835	2.7%	32'430'500	1.4%	32'873'500	0.4%	33'009'935	0.5%	33'178'034

**CLINICA PSICHIATRICA/
CENTRO ABITATIVO
MENDRISIO**

30	SPESE PER IL PERSONALE	32'971'969	0.8%	33'241'500	1.9%	33'859'900	2.0%	34'537'098	1.8%	35'158'766
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	4'431'842	26.0%	5'585'000	3.3%	5'770'250	1.0%	5'827'953	1.0%	5'886'232
32	INTERESSI PASSIVI									
33	AMMORTAMENTI	0		10'000	0.0%	10'000	1.0%	10'100	1.0%	10'201
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
36	CONTRIBUTI CANTONALI	45'000	33.3%	60'000	0.0%	60'000	1.0%	60'600	1.0%	61'206
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
39	ADDEBITI INTERNI	1'305'314	-68.7%	408'300	5.3%	430'000	1.0%	434'300	1.0%	438'644
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	38'754'125	1.4%	39'304'800	2.1%	40'130'150	1.8%	40'870'051	1.7%	41'555'049
	Senza il gruppo di conto 39	37'448'811	3.9%	38'896'500	2.1%	39'700'150	1.9%	40'435'751	1.7%	41'116'405
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	37'448'811	3.9%	38'896'500	2.1%	39'700'150	1.9%	40'435'751	1.7%	41'116'405
40	IMPOSTE									
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
42	REDDITI DELLA SOSTANZA	95'040	10.5%	105'000	0.0%	105'000	1.0%	106'050	1.0%	107'111
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	18'001'991	0.8%	18'150'000	1.0%	18'335'000	0.0%	18'326'050	0.1%	18'347'311
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.									
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI									
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI	6'333'913	-0.5%	6'300'000	1.6%	6'400'000	1.0%	6'464'000	1.0%	6'528'640
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE									
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI									
49	ACCREDITI INTERNI	0		18'000		0		0		0
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	24'430'944		24'573'000		24'840'000		24'896'100		24'983'061
	Senza il gruppo di conto 49	24'430'944	0.5%	24'555'000	1.2%	24'840'000	0.2%	24'896'100	0.3%	24'983'061
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	24'430'944	0.5%	24'555'000	1.2%	24'840'000	0.2%	24'896'100	0.3%	24'983'061
SERVIZIO PSICO-SOCIALE MENDRISIO										
30	SPESE PER IL PERSONALE	1'191'406	1.0%	1'203'700	2.8%	1'236'900	2.0%	1'261'638	1.8%	1'284'347
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	98'068	-81.0%	18'600	0.0%	18'600	1.0%	18'786	1.0%	18'974
32	INTERESSI PASSIVI									
33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
36	CONTRIBUTI CANTONALI									
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
39	ADDEBITI INTERNI	66'191	0.5%	66'500	-10.8%	59'300	1.0%	59'893	1.0%	60'492

Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'355'665	-4.9%	1'289'300	2.0%	1'315'300	1.9%	1'340'822	1.8%	1'364'323	
	Senza il gruppo di conto 39	1'289'474	-5.2%	1'222'800	2.7%	1'256'000	2.0%	1'280'929	1.8%	1'303'831	
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'289'474	-5.2%	1'222'800	2.7%	1'256'000	2.0%	1'280'929	1.8%	1'303'831	
40	IMPOSTE										
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI										
42	REDDITI DELLA SOSTANZA										
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	581'423	13.3%	659'000	-4.6%	629'000	1.0%	635'290	1.0%	641'643	
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI										
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI										
49	ACCREDITI INTERNI										
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	581'423	13.3%	659'000	-4.6%	629'000	1.0%	635'290	1.0%	641'643	
	Senza il gruppo di conto 49	581'423	13.3%	659'000	-4.6%	629'000	1.0%	635'290	1.0%	641'643	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	581'423	13.3%	659'000	-4.6%	629'000	1.0%	635'290	1.0%	641'643	
SERVIZIO PSICO-SOCIALE LUGANO	30	SPESE PER IL PERSONALE	2'818'531	2.0%	2'875'800	-3.5%	2'775'800	2.0%	2'831'316	1.8%	2'882'280
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	295'295	-82.7%	51'000	-1.0%	50'500	1.0%	51'005	1.0%	51'515
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
	36	CONTRIBUTI CANTONALI									
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
	39	ADDEBITI INTERNI	231'611	-0.9%	229'600	21.4%	278'800	1.0%	281'588	1.0%	284'404
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	3'345'437	-5.6%	3'156'900	-1.6%	3'105'600	1.9%	3'164'414	1.7%	3'218'709
		Senza il gruppo di conto 39	3'113'825	-6.0%	2'927'300	-3.4%	2'826'800	2.0%	2'882'826	1.8%	2'934'305
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	3'113'825	-6.0%	2'927'300	-3.4%	2'826'800	2.0%	2'882'826	1.8%	2'934'305
	40	IMPOSTE									
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA									
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	1'448'184	-12.5%	1'267'000	6.3%	1'347'000	1.0%	1'360'470	1.0%	1'374'075
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI										
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										

	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI									
	49	ACCREDITI INTERNI	0		0		0		0	0	
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	1'448'184	-12.5%	1'267'000	6.3%	1'347'000	1.0%	1'360'470	1.0%	1'374'075
		Senza il gruppo di conto 49	1'448'184	-12.5%	1'267'000	6.3%	1'347'000	1.0%	1'360'470	1.0%	1'374'075
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	1'448'184	-12.5%	1'267'000	6.3%	1'347'000	1.0%	1'360'470	1.0%	1'374'075
SERVIZIO PSICO-SOCIALE LOCARNO	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'256'272	1.9%	1'280'500	-9.9%	1'153'700	2.0%	1'176'774	1.8%	1'197'956
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	141'190	-88.3%	16'500	0.0%	16'500	1.0%	16'665	1.0%	16'832
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
	36	CONTRIBUTI CANTONALI									
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
	39	ADDEBITI INTERNI	56'893	12.7%	64'100	-12.2%	56'300	1.0%	56'863	1.0%	57'431
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'454'355	-6.4%	1'361'600	-9.9%	1'227'000	1.9%	1'250'807	1.8%	1'272'729
		Senza il gruppo di conto 39	1'397'462	-7.2%	1'297'500	-9.8%	1'170'700	2.0%	1'193'944	1.8%	1'215'298
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'397'462	-7.2%	1'297'500	-9.8%	1'170'700	2.0%	1'193'944	1.8%	1'215'298
	40	IMPOSTE									
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA									
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	560'472	-0.1%	560'000	-5.4%	530'000	1.0%	535'300	1.0%	540'653	
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI										
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI										
49	ACCREDITI INTERNI										
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	560'472	-0.1%	560'000	-5.4%	530'000	1.0%	535'300	1.0%	540'653
		Senza il gruppo di conto 49	560'472	-0.1%	560'000	-5.4%	530'000	1.0%	535'300	1.0%	540'653
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	560'472	-0.1%	560'000	-5.4%	530'000	1.0%	535'300	1.0%	540'653
SERVIZIO PSICO-SOCIALE BELLINZONA	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'665'799	1.0%	1'683'100	-3.6%	1'622'700	2.0%	1'655'154	1.8%	1'684'947
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	236'692	-85.8%	33'500	-6.0%	31'500	1.0%	31'815	1.0%	32'133
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI										

36	CONTRIBUTI CANTONALI									
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
39	ADDEBITI INTERNI	85'016	-0.7%	84'400	-1.1%	83'500	1.0%	84'335	1.0%	85'179
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'987'507	-9.4%	1'801'500	-3.5%	1'738'200	1.9%	1'771'809	1.7%	1'802'769
	Senza il gruppo di conto 39	1'902'491	-9.7%	1'717'100	-3.6%	1'654'700	2.0%	1'687'474	1.8%	1'717'590
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'902'491	-9.7%	1'717'100	-3.6%	1'654'700	2.0%	1'687'474	1.8%	1'717'590
40	IMPOSTE									
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
42	REDDITI DELLA SOSTANZA									
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	762'197	-13.5%	659'000	7.6%	709'000	1.0%	716'090	1.0%	723'251
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.									
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI									
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI									
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE									
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI									
49	ACCREDITI INTERNI	0		0		0		0		0
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	762'197	-13.5%	659'000	7.6%	709'000	1.0%	716'090	1.0%	723'251
	Senza il gruppo di conto 49	762'197	-13.5%	659'000	7.6%	709'000	1.0%	716'090	1.0%	723'251
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	762'197	-13.5%	659'000	7.6%	709'000	1.0%	716'090	1.0%	723'251
CENTRI DIURNI										
30	SPESE PER IL PERSONALE	350'528	2.5%	359'300	-5.6%	339'100	2.0%	345'882	1.8%	352'108
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	69'998	25.7%	88'000	-2.3%	86'000	1.0%	86'860	1.0%	87'729
32	INTERESSI PASSIVI									
33	AMMORTAMENTI									
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
36	CONTRIBUTI CANTONALI									
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
39	ADDEBITI INTERNI	210'353	0.3%	211'000	2.8%	216'900	1.0%	219'069	1.0%	221'260
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	630'878	4.3%	658'300	-2.5%	642'000	1.5%	651'811	1.4%	661'096
	Senza il gruppo di conto 39	420'525	6.4%	447'300	-5.0%	425'100	1.8%	432'742	1.6%	439'836
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	420'525	6.4%	447'300	-5.0%	425'100	1.8%	432'742	1.6%	439'836
40	IMPOSTE									
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
42	REDDITI DELLA SOSTANZA									

	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	2'680		0		3'000	1.0%	3'030	1.0%	3'060	
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI	683'039	46.4%	1'000'000	0.0%	1'000'000	1.0%	1'010'000	1.0%	1'020'100	
	47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										
	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI										
	49	ACCREDITI INTERNI										
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	685'719	45.8%	1'000'000	0.3%	1'003'000	1.0%	1'013'030	1.0%	1'023'160	
		Senza il gruppo di conto 49	685'719	45.8%	1'000'000	0.3%	1'003'000	1.0%	1'013'030	1.0%	1'023'160	
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	685'719	45.8%	1'000'000	0.3%	1'003'000	1.0%	1'013'030	1.0%	1'023'160	
SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO COLDRERIO	30	SPESE PER IL PERSONALE	830'845	-2.7%	808'600	6.3%	859'600	2.0%	876'792	1.8%	892'574	
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	131'735	-88.2%	15'500	-12.9%	13'500	1.0%	13'635	1.0%	13'771	
	32	INTERESSI PASSIVI										
	33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510	
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.										
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI										
	36	CONTRIBUTI CANTONALI										
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI										
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI										
	39	ADDEBITI INTERNI	29'358	46.1%	42'900	-15.9%	36'100	1.0%	36'461	1.0%	36'826	
		Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	991'938	-12.5%	867'500	4.9%	909'700	1.9%	927'393	1.8%	943'682
			Senza il gruppo di conto 39	962'579	-14.3%	824'600	5.9%	873'600	2.0%	890'932	1.8%	906'856
		Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	962'579	-14.3%	824'600	5.9%	873'600	2.0%	890'932	1.8%	906'856
	40	IMPOSTE										
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI										
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA										
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	293'700	-24.4%	222'000	22.1%	271'000	1.0%	273'710	1.0%	276'447	
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI										
	47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										
	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI										
	49	ACCREDITI INTERNI										
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	293'700	-24.4%	222'000	22.1%	271'000	1.0%	273'710	1.0%	276'447	
		Senza il gruppo di conto 49	293'700	-24.4%	222'000	22.1%	271'000	1.0%	273'710	1.0%	276'447	
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	293'700	-24.4%	222'000	22.1%	271'000	1.0%	273'710	1.0%	276'447	

**SERVIZIO
MEDICO-PSICOLOGICO
LUGANO**

30	SPESE PER IL PERSONALE	1'674'157	2.9%	1'722'800	-5.2%	1'633'900	2.0%	1'666'578	1.8%	1'696'576
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	289'172	-90.3%	28'000	-14.3%	24'000	1.0%	24'240	1.0%	24'482
32	INTERESSI PASSIVI									
33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
36	CONTRIBUTI CANTONALI									
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
39	ADDEBITI INTERNI	133'211	1.4%	135'100	3.6%	140'000	1.0%	141'400	1.0%	142'815
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	2'096'540	-10.0%	1'886'400	-4.7%	1'798'400	1.9%	1'832'723	1.7%	1'864'384
	Senza il gruppo di conto 39	1'963'329	-10.8%	1'751'300	-5.3%	1'658'400	2.0%	1'691'323	1.8%	1'721'569
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'963'329	-10.8%	1'751'300	-5.3%	1'658'400	2.0%	1'691'323	1.8%	1'721'569
40	IMPOSTE									
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
42	REDDITI DELLA SOSTANZA									
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	695'436	-12.1%	611'500	9.0%	666'500	1.0%	673'165	1.0%	679'897
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.									
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI									
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI									
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE									
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI									
49	ACCREDITI INTERNI	0		2'000		0		0		0
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	695'436	-11.8%	613'500	8.6%	666'500	1.0%	673'165	1.0%	679'897
	Senza il gruppo di conto 49	695'436	-12.1%	611'500	9.0%	666'500	1.0%	673'165	1.0%	679'897
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	695'436	-12.1%	611'500	9.0%	666'500	1.0%	673'165	1.0%	679'897
SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO LOCARNO										
30	SPESE PER IL PERSONALE	811'204	0.1%	812'400	8.8%	883'700	2.0%	901'374	1.8%	917'599
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	146'987	-86.1%	20'500	4.9%	21'500	1.0%	21'715	1.0%	21'932
32	INTERESSI PASSIVI									
33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
36	CONTRIBUTI CANTONALI									
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
39	ADDEBITI INTERNI	47'228	11.0%	52'400	-9.9%	47'200	1.0%	47'672	1.0%	48'149

Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'005'419	-11.9%	885'800	7.6%	952'900	1.9%	971'266	1.7%	988'190	
	Senza il gruppo di conto 39	958'191	-13.0%	833'400	8.7%	905'700	2.0%	923'594	1.8%	940'041	
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	958'191	-13.0%	833'400	8.7%	905'700	2.0%	923'594	1.8%	940'041	
40	IMPOSTE										
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI										
42	REDDITI DELLA SOSTANZA										
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	327'767	-14.3%	281'000	8.5%	305'000	1.0%	308'050	1.0%	311'131	
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI										
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI										
49	ACCREDITI INTERNI	0		600		0		0		0	
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	327'767	-14.1%	281'600	8.3%	305'000	1.0%	308'050	1.0%	311'131	
	Senza il gruppo di conto 49	327'767	-14.3%	281'000	8.5%	305'000	1.0%	308'050	1.0%	311'131	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	327'767	-14.3%	281'000	8.5%	305'000	1.0%	308'050	1.0%	311'131	
SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO BELLINZONA	30	SPESE PER IL PERSONALE	971'698	4.1%	1'011'800	0.6%	1'018'100	2.0%	1'038'462	1.8%	1'057'154
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	122'292	-71.0%	35'500	0.0%	35'500	1.0%	35'855	1.0%	36'214
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
	36	CONTRIBUTI CANTONALI									
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
	39	ADDEBITI INTERNI	73'940	7.0%	79'100	-6.2%	74'200	1.0%	74'942	1.0%	75'691
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'167'930	-3.5%	1'126'900	0.1%	1'128'300	1.9%	1'149'764	1.7%	1'169'569	
	Senza il gruppo di conto 39	1'093'990	-4.2%	1'047'800	0.6%	1'054'100	2.0%	1'074'822	1.8%	1'093'878	
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'093'990	-4.2%	1'047'800	0.6%	1'054'100	2.0%	1'074'822	1.8%	1'093'878	
40	IMPOSTE										
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI										
42	REDDITI DELLA SOSTANZA										
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	324'116	-10.8%	289'000	5.2%	304'000	1.0%	307'040	1.0%	310'110	
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI										
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										

	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI									
	49	ACCREDITI INTERNI									
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	324'116	-10.8%	289'000	5.2%	304'000	1.0%	307'040	1.0%	310'110
		Senza il gruppo di conto 49	324'116	-10.8%	289'000	5.2%	304'000	1.0%	307'040	1.0%	310'110
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	324'116	-10.8%	289'000	5.2%	304'000	1.0%	307'040	1.0%	310'110
CENTRO PSICO-EDUCATIVO STABIO	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'597'069	0.1%	1'598'300	-5.7%	1'507'800	2.0%	1'537'956	1.8%	1'565'639
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	90'528	28.0%	115'900	-43.1%	65'900	1.0%	66'559	1.0%	67'225
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
	36	CONTRIBUTI CANTONALI									
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
	39	ADDEBITI INTERNI	108'220	17.1%	126'700	-3.9%	121'700	1.0%	122'917	1.0%	124'146
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'795'818	2.5%	1'841'400	-7.9%	1'695'900	1.9%	1'727'937	1.7%	1'757'520
		Senza il gruppo di conto 39	1'687'598	1.6%	1'714'700	-8.2%	1'574'200	2.0%	1'605'020	1.8%	1'633'374
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'687'598	1.6%	1'714'700	-8.2%	1'574'200	2.0%	1'605'020	1.8%	1'633'374
	40	IMPOSTE									
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA	0		30'000		0		0		0
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	631'829	11.1%	702'000	-1.0%	695'000	1.0%	701'950	1.0%	708'970
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI	196'590	57.7%	310'000	3.2%	320'000	1.0%	323'200	1.0%	326'432	
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI										
49	ACCREDITI INTERNI										
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	828'419	25.8%	1'042'000	-2.6%	1'015'000	1.0%	1'025'150	1.0%	1'035'402
		Senza il gruppo di conto 49	828'419	25.8%	1'042'000	-2.6%	1'015'000	1.0%	1'025'150	1.0%	1'035'402
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	828'419	25.8%	1'042'000	-2.6%	1'015'000	1.0%	1'025'150	1.0%	1'035'402
CENTRO PSICO-EDUCATIVO LUGANO	30	SPESE PER IL PERSONALE	984'299	-1.1%	973'100	2.6%	998'300	2.0%	1'018'266	1.8%	1'036'595
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	64'957	63.0%	105'900	-0.9%	104'900	1.0%	105'949	1.0%	107'008
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		0		0		0		0
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI										

36	CONTRIBUTI CANTONALI										
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI										
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI										
39	ADDEBITI INTERNI	11'854	184.3%	33'700	#####	527'900	1.0%	533'179	1.0%	538'512	
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'061'110	4.9%	1'112'700	46.6%	1'631'100	1.6%	1'657'394	1.5%	1'682'115	
	Senza il gruppo di conto 39	1'049'256	2.8%	1'079'000	2.2%	1'103'200	1.9%	1'124'215	1.7%	1'143'603	
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'049'256	2.8%	1'079'000	2.2%	1'103'200	1.9%	1'124'215	1.7%	1'143'603	
40	IMPOSTE										
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI										
42	REDDITI DELLA SOSTANZA										
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	268'264	105.4%	551'000	-1.8%	541'000	1.0%	546'410	1.0%	551'874	
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.										
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI										
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI	176'550	44.4%	255'000	13.7%	290'000	1.0%	292'900	1.0%	295'829	
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE										
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI										
49	ACCREDITI INTERNI										
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	444'814	81.2%	806'000	3.1%	831'000	1.0%	839'310	1.0%	847'703	
	Senza il gruppo di conto 49	444'814	81.2%	806'000	3.1%	831'000	1.0%	839'310	1.0%	847'703	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	444'814	81.2%	806'000	3.1%	831'000	1.0%	839'310	1.0%	847'703	
CENTRO PSICO-EDUCATIVO LOCARNO	30	SPESE PER IL PERSONALE	950'802	-0.3%	948'100	-11.5%	838'800	2.0%	855'576	1.8%	870'976
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	32'791	194.3%	96'500	0.0%	96'500	1.0%	97'465	1.0%	98'440
	32	INTERESSI PASSIVI									
	33	AMMORTAMENTI	0		500	0.0%	500	1.0%	505	1.0%	510
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.									
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI									
	36	CONTRIBUTI CANTONALI									
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI									
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI									
	39	ADDEBITI INTERNI	47'241	71.5%	81'000	-24.4%	61'200	1.0%	61'812	1.0%	62'430
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'030'834	9.2%	1'126'100	-11.5%	997'000	1.8%	1'015'358	1.7%	1'032'356	
	Senza il gruppo di conto 39	983'593	6.3%	1'045'100	-10.5%	935'800	1.9%	953'546	1.7%	969'926	
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	983'593	6.3%	1'045'100	-10.5%	935'800	1.9%	953'546	1.7%	969'926	
	40	IMPOSTE									
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI									
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA									

43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	132'884	125.0%	299'000	-18.7%	243'000	1.0%	245'430	1.0%	247'884
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.									
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI									
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI	74'760	140.8%	180'000	0.0%	180'000	1.0%	181'800	1.0%	183'618
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE									
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI									
49	ACCREDITI INTERNI									
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	207'644	130.7%	479'000	-11.7%	423'000	1.0%	427'230	1.0%	431'502
	Senza il gruppo di conto 49	207'644	130.7%	479'000	-11.7%	423'000	1.0%	427'230	1.0%	431'502
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	207'644	130.7%	479'000	-11.7%	423'000	1.0%	427'230	1.0%	431'502