Rapporto di minoranza

numero	data	Dipartimento
	11 gennaio 2007	SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

PREMESSA

Il documento in esame è stato allestito nel settembre 2005 e approvato dal Consiglio di Stato l'8 novembre dello stesso anno, dunque già con oltre un anno di ritardo rispetto alla scadenza che sarebbe stata necessaria affinché il Legislativo, seguendo l'iter normale (discussione preliminare in Commissione, quindi dibattito nel plenum) lo potesse esaminare prima dell'inizio del quadriennio di riferimento 2005-2008.

Ciò è avvenuto - citiamo dall'Introduzione del Consiglio di Stato - "*perché il Consiglio psico-sociale cantonale (CPSC) ha ritenuto opportuno attendere le indicazioni concernenti la psichiatria, in particolar modo quella pubblica rappresentata dall'OSC, scaturite dal progetto di revisione dei compiti dello Stato. Per l'OSC questo progetto ipotizza la sua trasformazione in Unità amministrativa autonoma (UAA) in virtù del Messaggio no. 5167del 16.10.2001 tuttora pendente in Gran Consiglio"* (ndr.: l'affermazione si riferiva evidentemente alla situazione al momento dell'elaborazione del documento, settembre/novembre 2005; nel frattempo, come noto, il Messaggio n. 5167 è stato approvato).

Il ritardo iniziale è stato poi aggravato dai tempi lunghi che la discussione commissionale ha richiesto, vuoi per la complessità intrinseca della materia (e per la conseguente necessità di procedere a diverse audizioni), vuoi per le difficoltà di trovare nel merito una posizione comune a tutti i commissari (e dunque per il protrarsi del dibattito commissionale), vuoi infine per l'incertezza derivante dal fatto che l'esame di questo tema viene a situarsi temporalmente "a cavallo" fra la vecchia e la nuova legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio. Al riguardo osserviamo che non è anzi ancora del tutto chiarito - lo farà, presumiamo, l'Ufficio presidenziale prima del dibattito parlamentare - se debba essere applicata la legge "vecchia", vigente al momento in cui l'oggetto è stato approvato dal Consiglio di Stato, oppure quella nuova, in vigore al momento in cui finalmente la discussione arriverà in Parlamento. Nel primo caso l'oggetto dovrebbe infatti solo essere discusso, nell'ottica di fornire indicazioni al governo senza tuttavia sottoporre le proposte che ne dovessero scaturire a un voto vincolante. Nel secondo caso, il voto sul complesso sarebbe invece necessario e vincolante.

A nostro giudizio, **né il ritardo cumulato per i motivi detti, né l'incertezza sulle modalità con cui il dibattito parlamentare dovrebbe avvenire (con o senza voto vincolante) non dovrebbero comunque avere effetti particolari**, poiché il documento sottoposto dal Consiglio di Stato, a dispetto del titolo, più che un progetto pianificatorio vero e proprio (una "*soll-Zustand",* come dicono i tedeschi), rappresenta piuttosto - al di là di qualche indicazione generica e di qualche considerazione opinabile - una "fotografia della

situazione esistente", ovvero quella che i tedeschi definiscono una *"ist-Zustand*", per cui non vi sono contestazioni particolari sul contenuto, ma semmai riserve su singoli aspetti e divergenze di vedute sulle scelte indicate in modo perlopiù generico.

PERCHÉ DUE RAPPORTI

Come accennato, le discussioni all'interno della Commissione Sanitaria hanno richiesto parecchio tempo non solo per la complessità e la multiformità dei temi trattati dal documento in esame, ma anche per le divergenze di vedute tra i commissari, che non hanno permesso di giungere all'elaborazione di un unico Rapporto, sottoscritto da tutti, come previsto in un primo tempo.

La bozza di Rapporto redatta dal collega Graziano Pestoni, che inizialmente avrebbe dovuto essere relatore unico, ha incontrato infatti, presso una parte dei commissari, alcune riserve di fondo, per cui è sicuramente più corretto sottoporre al Parlamento due Rapporti distinti.

Le differenze fra i due, al di là delle diversa sistematica e del diverso grado di approfondimento dei singoli aspetti, anche di dettaglio (che hanno fatto sì che l'altro testo risultasse molto più corposo del presente) sono dovute essenzialmente a due cause. La prima è che il Rapporto Pestoni non considera - o considera solo marginalmente - le principali riserve che sul documento in esame sono espresse dal presente Rapporto, mentre fa delle affermazioni, talvolta molto *"tranchées*" ed esprime dei giudizi alquanto perentori che i. firmatari del presente non si sentono di sottoscrivere, perlomeno non nel modo in cui sono stati formulati. La seconda causa sta invece nel fatto che due delle "colonne portanti" del discorso di Pestoni non appaiono del tutto condivisibili.

Si tratta in particolare:

a) dello smisurato rilievo - e soprattutto dell'adesione acritica - che riserva all'esperienza di un modello alternativo di cure psichiatriche attuato nella città di Trieste, a partire dagli anni '70, in applicazione delle teorie del defunto dott. Franco Basaglia (nella stesura definitiva questa lunga dissertazione è poi "declassata" allegato, ciò che comunque non modifica sostanzialmente il rilievo che l'altro Rapporto intende dare all'esperienza di Trieste, ovvero a una realtà urbana e geografica - ci sembra opportuno sottolinearlo - assai diversa dalla nostra);
b) del fatto che il Rapporto Pestoni si fa praticamente portavoce, in modo altrettanto acritico, delle considerazioni e delle rivendicazioni espresse dalla Commissione del personale dell'OSC.

Anche a prescindere dal fatto che non tocca a una Commissione parlamentare far propria questa o quella teoria medica, né tanto meno scendere in dettagli relativi all'organizzazione delle cure o all'applicazione di determinate terapie (il Rapporto Pestoni, per certi aspetti, sembra quasi voler costituire esso stesso una proposta pianificatoria, tale da supplire le carenze del documento in esame!) a giudizio dei sottoscritti la trattazione che fa dei due temi citati è troppo unilaterale. Qualora ci si volesse addentrare nel merito del "modello Basaglia" o delle considerazioni-rivendicazioni del personale (cosa che comunque - lo ribadiamo - esula dalle competenze della Commissione) lo si dovrebbe fare mettendo a confronto tesi e teorie diverse, valutando criticamente, con l'ausilio di specialisti al di sopra delle parti, l'esito degli esperimenti, soppesando attentamente i pro e i contro delle diverse opzioni ecc.; insomma "ascoltando tutte le campane", non solo … la

prima che suona! Questo anche nel caso del personale, la cui opinione è sì importante, ma non l'unica da considerare.

Per questo motivo - di metodo, prima e più ancora che di contenuti - i sottoscritti commissari non hanno ritenuto di poter firmare il Rapporto Pestoni e hanno elaborato il presente, con le considerazioni che seguono. Ciò sarebbe tanto più giustificato nel caso venisse applicata la legge "vecchia" (discussione parlamentare non seguita da un voto), poiché in tal caso il Governo avrebbe comunque l'espressione articolata di due punti di vista diversi, come diversi sono stati effettivamente gli approcci seguiti e le considerazioni espresse dalla maggioranza, rispettivamente dalla minoranza commissionale.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Il documento in esame, nel suo complesso, non presenta novità rilevanti. Si richiama anzi esplicitamente alla continuità con i principi-base della presa a carico dei pazienti psichiatrici e della collaborazione fra strutture pubbliche e private già contenuti nella Legge sull'assistenza socio-psichiatrica (LASP) adottata nell'ormai lontano 1983 e confermata poi - nei suoi tratti principali - nella nuova legge in materia, adottata dal Parlamento nel 1999. In particolare viene ribadito il princìpio dell'organizzazione territoriale dei settori d'intervento, assicurando così la coerenza del lavoro delle singole unità terapeutiche.

I sottoscritti commissari condividono inoltre alcuni principi-cardine ribaditi nel documento in esame, in particolare:

- l'esigenza di evitare una medicalizzazione generalizzata delle situazioni di disagio;
- la necessità quindi della prevenzione e di interventi precoci:
- collaborazione fra istituzioni pubbliche e private e fra l'"interno" e l'esterno" delle cliniche:
- l'esigenza del coordinamento e del "lavoro in rete";
- lo sviluppo dei Centri di competenza presso l'OSC per potenziare detto lavoro in rete.

Per quanto riguarda l'ipotesi di revisione totale della LASP, di cui è fatto cenno a pag. 2 del documento, sarebbe invece fuori luogo volerci esprimere in questa sede, poiché le discussioni al riguardo dovranno avvenire, se del caso, al momento in detta l'ipotesi - che per ora è solo accennata, senza altre indicazioni - dovesse concretizzarsi in un apposito Messaggio.

Alcune riserve le dobbiamo invece esprimere, in particolare, riguardo alla mancanza di indicazioni relative alle conseguenze finanziarie degli interventi previsti. Si tratta di una mancanza che dobbiamo deplorare, anche se in sede di audizione commissionale la Consigliera di Stato Patrizia Pesenti ha rimandato alle indicazioni contenute nel Piano finanziario e nel Preventivo dello Stato. A giudizio dei sottoscritti commissari, pur comprendendo la difficoltà di formulare cifre precise, la componente finanziaria è un elemento costitutivo indispensabile di qualunque pianificazione, al fine di poterne conoscere i margini di manovra, per cui l'assenza della stessa dal documento in esame non può essere né condivisa né considerata irrilevante.

I sottoscritti ritengono inoltre di dover esprimere una certa riserva anche su quella che appare come un'impostazione del testo un po' troppo "pro domo" degli addetti ai lavori, e una descrizione discutibile della realtà del mondo del lavoro. Ma di ciò diremo in seguito.

Un'impostazione… per "addetti ai lavori"

Se una critica può essere rivolta al documento in esame, anche da parte di non specialisti della materia (anzi, saremmo tentati di dire, soprattutto da parte di non specialisti) è quella che il testo appare non poco influenzato da una certa "deformazione professionale" dei suoi estensori; situazione che verosimilmente porta a vedere la diffusione dei problemi socio-psichiatrici maggiore di quella che è in effetti.

Si tratta - ne siamo perfettamente consapevoli - di un rilievo da profani, che può quindi anche comportare il rischio di farci "bacchettare sulle dita" da chi ha le mani in pasta, e comprensibilmente sarà un po' allergico alle osservazioni di "estranei". Affermazioni come quella che troviamo già nella prima pagina del documento, secondo cui (citiamo) "*il 25-30% della popolazione* (il che - ndr - nel nostro Cantone equivarrebbe a poco meno di 100 mila persone!) *necessiterebbe di un trattamento ambulatoriale o ospedaliero a seguito di disturbi psichici*" non possono tuttavia che lasciare un po' perplessi, anche se la definizione di malessere psicologico è molto generica e se gli autori hanno cura di far derivare la loro affermazione da *"numerosi studi internazionali"* (peraltro non meglio precisati).

Dicendo questo, non intendiamo affatto affermare che l'analisi della situazione effettuata dal documento sia priva di validità. Non possiamo però fare a meno di osservare che ad esempio buona parte del capitolo "Psichiatria e lavoro", di cui diremo più ampiamente in seguito, appare improntata a una visione decisamente pessimistica; una visione che in ogni caso sembra derivare più da un approccio di tipo politico-sindacale che da un'analisi scientifica della realtà di questo momento storico.

Il disagio giovanile

Addentrandoci ora ad esaminare il documento nelle sue diverse componenti, rileviamo dapprima che il capitolo relativo al disagio giovanile, in particolare dell'età adolescenziale (v. pag. 5-9), risulta per contro ben argomentato e sostanzialmente condivisibile, sia nelle analisi che nelle soluzioni proposte.

È un dato di fatto, purtroppo sotto gli occhi di tutti, che fattori quali i sempre più rapidi mutamenti della realtà, la multiculturalità - e la conseguente difficoltà di individuare valori e modelli di comportamento accettati come validi da tutti - come pure i sempre maggiori margini di libertà di cui beneficiano oggi gli adolescenti, possano dar luogo anche a fenomeni negativi, quali la dipendenza dai videogiochi e dai giochi d'azzardo o - peggio - alla diffusione di droghe e di violenza giovanile, fino a casi di vera e propria delinquenza.

Evidentemente non si tratta di confondere *sic et simpliciter* disagio giovanile e disagio psichico, che sono realtà diverse, dovute pure a cause diverse. La collocazione di adolescenti in istituti psichiatrici, spesso, risulta pertanto inadeguata.

In una realtà in cui le tradizionali "agenzie" educative e di controllo sociale, quali la famiglia e la scuola, ma anche la comunità nell'accezione più ampia del termine, non sempre (anzi sempre meno) possono intervenire in modo efficace a porre rimedio alle situazioni citate, l'intervento di Servizi medico-psicologici, adeguatamente distribuiti sul territorio cantonale, con compiti di prevenzione, di cura e di riabilitazione, è comunque una necessità, sia per limitare i danni dei fenomeni ricordati sia per assicurare nella misura maggiore possibile un reinserimento sociale dei giovani "sbandati", al fine di "volgere in positivo" le loro energie a beneficio di loro stessi e della società nel suo insieme.

Per una maggior efficacia degli interventi e della presa a carico di situazioni problematiche, è quindi da auspicare che la collaborazione tra il Dipartimento sanità e socialità, quello dell'Educazione, cultura e sport e quello delle Istituzioni prosegua, al fine di attuare un lavoro di prevenzione primaria (che - giova ricordarlo - non è compito precipuo della psichiatria).

La situazione nel mondo del lavoro

Assai meno convincente, come già accennato nella parte introduttiva, appare invece il capitolo "Psichiatria e lavoro" (v. pag. 10-13). A non convincere non sono tanto le descrizioni dei fenomeni in sé (che possono anche corrispondere a situazioni reali) quanto l'idea - non sempre espressa, ma sempre chiaramente sottintesa - che le situazioni problematiche descritte sarebbero una peculiarità di questi anni, mentre in passato le cose sarebbero andate decisamente meglio.

È vero che il benessere che ha caratterizzato grosso modo gli anni fra il 1950 e il 1990 (la cui caratteristica principale era il pieno impiego, con il corollario della sicurezza del posto di lavoro) ha fatto perlopiù dimenticare che situazioni di precarietà, di insicurezza e di incertezza circa l'avvenire, come pure le tensioni e gli antagonismi sui posti di lavoro, nonché la forte gerarchizzazione dei rapporti sociali nelle epoche precedenti erano "all'ordine del giorno". Il loro riapparire negli anni più recenti - dopo che per una generazione o due non si era più abituati a quella realtà - ha perciò creato situazioni di disagio, di stress e talvolta di angoscia. Lungi da noi, quindi, l'intenzione di voler bagatellizzare questi problemi, o di negare che ad essi si debba prestare la dovuta attenzione.

Riteniamo tuttavia che ciò non basti a giustificare ipso-facto (come sembra voler suggerire il documento) un potenziamento di determinate strutture socio-psichiatriche, senza neppure valutarne il costo. Potenziamenti potranno anche essere necessari, ma solo previa verifica delle necessità effettive; non sulla scorta di "esigenze" proclamate in modo generico.

I problemi degli anziani

Per quanto riguarda infine i problemi degli anziani, l'analisi che vi dedica il documento (v. pag 14-16) può essere sostanzialmente condivisa, pur se qua e là appare un po' troppo generica (come fare, ci chiediamo ad esempio, per favorire "*la partecipazione degli anziani alla società civile e il riconoscimento del loro apporto*"? Oppure: che cosa significa concretamente "*una politica equilibrata che tenga conto dei bisogni e delle risorse degli anziani*"? O ancora: come favorire "*il sentimento di autostima delle proprie capacità*"?).

Al di là di questi rilievi critici - che riguardano comunque più la formulazione che le intenzioni, in sé lodevoli - rileviamo in ogni caso che le misure preconizzate nel Messaggio sono in prevalenza (e giustamente, a nostro modo di vedere) di tipo "classico", quali ad es. la salvaguardia della salute, il potenziamento delle assicurazioni sociali, lo sviluppo dell'assistenza e delle cure a domicilio ecc.; misure nelle quali, peraltro, la psichiatria non ha normalmente un ruolo di primo piano (salvo nel caso delle malattie mentali dell'età senile, soprattutto delle varie forme di demenza). Al riguardo si rileva l'importanza del servizio di geriatria e riabilitazione dell'anziano malato svolto dalla clinica di Moncucco.

Riteniamo in ogni caso di poter condividere la conclusione del capitolo, laddove afferma (citiamo) che "*un intervento medico-psico-sociale diversificato, che tenga conto delle*

esigenze individuali della persona anziana, della particolare polipatologia che spesso l'affligge, e delle esigenze di una corretta presa a carico, può migliorare la qualità della vita".

OSSERVAZIONI SULLE SCHEDE PROGRAMMATICHE

1. Diritti dei pazienti

L'impostazione molto "garantista" della scheda in questione è sicuramente dettata dalle migliori intenzioni, ma pecca forse di eccessivo ottimismo; in particolare poiché sembra prestare scarsa attenzione ai problemi di sicurezza (per i famigliari, o per altre persone vicine) che determinano in genere i ricoveri coatti e le altre restrizioni - temporanee - della libertà dei pazienti. Trattandosi di ponderare fra due diritti ugualmente degni di protezione (da un lato la libertà dei pazienti, dall'altro la sicurezza delle persone che sono loro vicine) un'impostazione più equilibrata sarebbe auspicabile (anche se - occorre sottolinearlo - queste considerazioni non sono di tipo pianificatorio).

Per le stesse ragioni, **non riteniamo di poter sottoscrivere né i duri giudizi di condanna a priori del progetto di revisione del diritto di tutela a livello federale** (progetto di cui peraltro la Commissione non è a conoscenza, se non per mezzo del riassunto "stigmatizzante" che ne fa il documento), **né la richiesta di rivendicare l'introduzione di una riserva in favore del diritto cantonale**; richiesta, quest'ultima, che sembra dettata, più che altro, da un certo complesso di superiorità - non sappiamo fino a che punto giustificato - rispetto alle valutazioni fatte in sede federale.

2. Centro abitativo, ricreativo e del lavoro (CARL)

Nessuna osservazione. Il Messaggio n. 5599, proponente di accordare al CARL maggiore autonomia rispetto all'Amministrazione cantonale, mediante la creazione di una specifica Fondazione di diritto pubblico, è del resto già stato sottoposto al Gran Consiglio, ma poi ritirato dal CdS con risoluzione 15.02.2006 n. 776. Il Parlamento ne ridiscuterà quindi, se del caso, qualora il tema venga riproposto.

3. Trasformazione dell'OSC in Unità amministrativa autonoma

Nessuna osservazione. Il relativo Messaggio (n. 5167), nel frattempo è peraltro già stato approvato dal Gran Consiglio nella seduta dell'11 ottobre 2005.

4. Giovani e disagio psichico

In linea generale, come già detto nelle considerazioni generali, sia l'articolata analisi del fenomeno, sia le proposte operative previste, sono condivise. In particolare sono condivisi gli obbiettivi tendendi a:

- incrementare l'attività di consulenza presso i reparti di pediatria degli ospedali EOC;
- realizzare una maggior collaborazione tra Ufficio del servizio sociale e Servizi medico-psicologici.

Va comunque rilevato che la chiusura del settore di Bioggio della Fondazione Gabbiano ha di fatto cancellato una delle possibili risposte al disagio giovanile "acuto". Che cosa si

prospetta per evitare i ricoveri coatti di giovanissimi a Mendrisio? Una risposta da parte dell'autorità sarebbe necessaria!

5. Psichiatria, OSC e ambito lavorativo

Si richiamano le osservazioni fatte in precedenza, in particolare per quanto riguarda la **necessità di valutate la realtà del mondo del lavoro in modo meno unilaterale e di considerare altresì l'incidenza finanziaria degli interventi previsti** (ad es. per quanto riguarda le "campagne di sensibilizzazione ed informazione" e soprattutto la "creazione di un Laboratorio sulla psicopatologia").

6. La presa a carico degli anziani

Si condividono le considerazioni espresse, e in particolare l'esigenza di potenziare l'intervento in rete (citiamo) *"anche grazie alla creazione di un Centro di competenza OSC sugli aspetti psicogeriatrici clinici, che operi con letti nella Clinica psichiatrica ed ambulatorialmente sul territorio (…) per quanto concerne la psichiatria di liaison".*

7. Centri di competenza nell'OSC

Lo scopo di questa scheda è quello di potenziare il lavoro in rete delle diverse strutture che si occupano in particolare della reintegrazione dei pazienti dopo le loro dimissioni dall'OSC o da altre cliniche. Si tratta di centri di competenza che riguardano ad esempio il trattamento di singole patologie, quali il gioco d'azzardo eccessivo, i disturbi dell'ansia, le dipendenze da sostanze, la prevenzione dei disturbi psichici degli anziani ecc. A questo riguardo emerge in particolare la necessità di formare adeguatamente il personale e di seguire l'evoluzione delle singole patologia.

In linea di principio non si possono che condividere questi obbiettivi. Trattandosi però verosimilmente di interventi che comportano oneri finanziari non indifferenti, dobbiamo sottolineare ancora una volta l'esigenza irrinunciabile di essere il più possibile precisi al riguardo.

8. Collaborazione con altri enti

La collaborazione tra OSC e altri enti è una delle caratteristiche principali dell'organizzazione socio-psichiatrica cantonale da oltre vent'anni e ha dato risultati positivi, per cui la prosecuzione su questa linea è auspicabile.

Occorrerà comunque prestare attenzione a non rompere gli equilibri tra il settore pubblico e quello privato. Analogamente pure prestare particolare attenzione, assicurando una presa a carico globale del paziente, al problema delle dimissioni dei pazienti dalle strutture stazionarie, allo scopo di favorire un rientro il più possibile "dolce" nell'ambito famigliare e lavorativo.

9. Le dipendenze da sostanze

Si sottolinea in particolare l'importanza di una presa a carico multidisciplinare dei tossicodipendenti e la necessità di un coordinamento delle misure sociali ed educative, mediante le collaborazione dei diversi Enti attivi sul territorio cantonale.

Si rileva pure che i mutamenti in atto, in particolare con la diffusione della cocaina e delle dipendenze plurime, impongono un adattamento continuo degli interventi. In quest'ottica andrebbero pure riesaminate le decisioni relative al riconoscimento o meno di alcune istituzioni presenti sul territorio.

10. Centri diurni OSC

Si sottolinea anche a questo riguardo la necessità di coordinare al meglio le attività di questi Centri con le altre strutture del settore.

11. Formazione OSC

Gli obbiettivi perseguiti, in quanto tali, sono condivisibili. Riteniamo tuttavia doveroso richiamare anche a questo riguardo l'esigenza, già più volte sottolineata, di "cifrare" il costo delle proposte operative contenute nella scheda.

12. Sedi dell'OSC

Nessuna osservazione.

13. Mantenimento e promozione della qualità delle cure

Si sottolinea che la verifica della qualità delle cure, al fine di assicurare il mantenimento degli standart secondo i criteri ritenuti confacenti, dev'essere effettuata presso tutte le strutture riconosciute, sia pubbliche che private.

In particolare non possiamo fare a meno di sottolineare l'esigenza di un maggior controllo sui "Centri diurni", istituzioni in sé lodevoli, ma la cui fioritura negli ultimi tempi non è esente dal dubbio che in certi casi vi siano dei tentativi di trarre profitto dai sussidi riconosciuti dalla LaMal.

CONCLUSIONI

Rinviando, per le osservazioni più specifiche sui singoli capitoli, alle considerazioni espresse nelle pagine precedenti, i sottoscritti commissari ribadiscono che il documento in esame non soddisfa compiutamente le attese collegate a una pianificazione vera e propria. Molti obbiettivi sono infatti indicati solo in modo generico. La più volte lamentata assenza di indicazioni circa le conseguenze finanziarie degli interventi previsti o auspicati non consentono poi di esprimersi al riguardo con piena cognizione di tutti gli elementi in gioco. Diciamo questo non per spirito "risparmista", ma perché **riteniamo che il principio "conoscere per deliberare" rimanga basilare anche in questo campo**.

In assenza di certezze sul quadro formale entro cui avverrà il dibattito parlamentare (in particolare non essendo ancora chiaro se lo stesso debba concludersi o meno con un voto) il presente Rapporto rinuncia a formulare una proposta di accoglimento, limitandosi a raccomandare al Parlamento di prenderne atto. E ciò pur rilevando che difficilmente vi sarebbero gli estremi per un voto negativo.

Questa conclusione improntata alla … "non-sfiducia" (per rifarci a una terminologia in auge nell'Italia della "prima Repubblica") non è un bizantinismo mirante a fare in qualche modo "quadrare il cerchio", ma vuol sottolineare l'insoddisfazione per un documento

pianificatorio … che non è tale, ma che d'altra parte non giustificherebbe neppure un rifiuto.

Al Governo rivolgiamo comunque un fermo invito affinché il prossimo documento in materia, riguardante il periodo 2009-2012 sia:

1. presentato in tempo utile, ovvero alcuni mesi prima dell'inizio del quadriennio di riferimento
2. più preciso e dettagliato nell'indicazione degli obbiettivi e dei mezzi per raggiungerli.

Per la minoranza della Commissione speciale sanitaria:

Franco Celio, relatore
Del Bufalo - Dominé - Gobbi R. -
Isenburg - Lotti - Orsi - Torriani

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 minoranza 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.