

# Rapporto

| numero        | data                   | Dipartimento         |
|---------------|------------------------|----------------------|
| <b>4720 R</b> | <b>15 gennaio 1999</b> | <b>OPERE SOCIALI</b> |

**della Commissione della legislazione sul messaggio 11 febbraio 1998  
concernente la legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)**

## I. INTRODUZIONE

### 1. LA NASCITA DEL MANICOMIO CANTONALE

La prima notizia riguardante la pazzia nel Canton Ticino data del 1851, anno in cui la Società svizzera delle Scienze naturali ha commissionato al Cantone l'allestimento di una ricerca in merito al numero dei mentecatti bisognosi di cure (cfr. R. Callegari, prefazione a *La minaccia di un destino*, edito dall'OSC, 1998, pag. 22). Nel 1856 il Consiglio di Stato ha poi inviato gli esecutivi comunali una circolare tendente a raccogliere dati circa sordomuti, cretini e pazzi (cfr. C. Curatolo, introduzione a *Dicono di noi*, edito dalla Fondazione Sirio, 1998). L'idea della creazione di un ospedale per malati di mente è stata in seguito perseguita con vigore dagli amministratori dell'Ospedale della Beata Vergine (in seguito OBV) di Mendrisio, a partire dal 1866, anno in cui hanno chiesto all'autorità cantonale, e ottenuto, l'esonero dal pagamento dell'imposta sul reddito, nell'intento di accantonare delle somme da destinare alla costruzione dell'ospedale. Nel 1870 Agostino Maspoli di Mendrisio ha lasciato all'OBV un legato comprendente due fattorie e l'attuale area di Casvegno, lasciato subordinato all'istituzione di un ospedale. Negli anni settanta e ottanta del secolo scorso il progetto è stato più volte promosso e abbandonato, per poi essere ripreso all'incirca verso il 1885, soprattutto poiché il Cantone si vedeva confrontato con sempre più numerose richieste di rimborso da parte di comuni, chiamati ad assumere le rette inerenti il ricovero dei loro cittadini nullatenenti nei nosocomi della vicina penisola. Nel 1893 il comune di Mendrisio e l'OBV hanno ceduto al Cantone i fondi destinati alla creazione del progetto. Nel 1894 il popolo ticinese, con voto referendario, ha accettato la legge istitutiva del manicomio cantonale. Decisa dunque l'istituzione, le discussioni si sono concentrate sul modello da attribuire alla struttura, e meglio: o l'ospedale classico, concentrato su un unico edificio, che appariva più sicuro, o il modello più innovativo di ospedale-villaggio, che in definitiva è poi stato scelto. La costruzione è iniziata nel 1895 e la struttura è stata inaugurata il 24 ottobre 1898 (cfr. piantina, allegato A), con l'ammissione di dodici pazienti (dementi, come venivano allora definiti) ticinesi provenienti dal manicomio provinciale di Como. "Questa mattina alle 5, coll'ingresso di una prima squadra di 12 ammalati provenienti dal manicomio di Como, si apriva il manicomio di Casvegno. ... Quantunque si trattasse di dementi agitati e questi fossero sciolti da vincoli coercitivi, il viaggio si compì benissimo ... L'impressione che fece su quelle povere menti il nostro manicomio pare sia stata buona ... Giovedì prossimo arriverà la seconda spedizione di ammalati: questa volta saranno dodici donne, destinate al reparto agitate" (*Il Corriere del Ticino*, cronaca cantonale del 25 ottobre 1898).

## 2. IL MANICOMIO CANTONALE DAGLI ALBORI ALL'INTRODUZIONE DELLA LASP

Il centro di Casvegno era organizzato come un vero e proprio villaggio, con sue precise regole, ben distinto e separato dal mondo circostante. Il luogo, oltre che ad essere preposto alla cura dei malati di mente, o come diremmo oggi, anche di disadattati e asociali, aveva pure una chiara funzione di separazione dal mondo circostante dei cosiddetti normali e segregazione dei diversi. Alla funzione curativa si affiancava infatti anche un ruolo custodialistico, che per determinati versi aveva il sopravvento. L'aspetto architettonico aveva una certa rilevanza, proprio poiché la maggior parte delle degenze era di lunga durata. I malati venivano suddivisi per sesso, con padiglioni per semiagitati/e, agitati/e e tranquilli/e, oltre che pensionanti uomini e donne. Durante parecchi anni si è registrato un maggior numero di ricoveri tra gli uomini. In base ad una statistica allestita dal primo direttore dr. med. P. Amaldi, il 21% dei disturbi era da ricondurre a cause morali, il 22% a cause fisiche, quali incidenti, malattie, parto ..., il 24% all'alcoolismo e il 32% ad altre cause, ovvero sconosciute (cfr. P. Amaldi, *Il manicomio cantonale*, riedizione 1998 a cura dell'OSC, introduzione a cura del dr. med. T. Carlevaro, pag. XIX). Già allora veniva attribuita importanza terapeutica al lavoro, diverso per uomini e donne, non retribuito (fino al 1926), ma piuttosto ricompensato. Nel corso degli anni il villaggio di Casvegno si è costantemente ampliato, la cura dei malati ha seguito l'evoluzione della psichiatria, ma il concetto di segregazione dei diversi dal territorio circostante si è mantenuto. Significativa la testimonianza di un ospite ripresa da *Libera Stampa* del 28 settembre 1970: "Vivere in un luogo come Casvegno ... cela sempre il pericolo di finire in un isolotto ... I rapporti con il luogo natale, la vita comune di tutti i giorni, anche i rapporti con la famiglia, subiscono - a poco a poco, senza che nessuno lo voglia - un allentamento. Perciò l'ospedale ... diventa per molti, se non per tutti, un'isola nel mare della vita di tutti i giorni, un ridotto fra la gente comune". La fine degli anni sessanta e l'inizio degli anni settanta hanno fatto registrare nuovi fermenti, costituenti l'inizio di un cambiamento di rotta nella concezione della cura del malato di mente. Nel 1969 il Servizio cantonale di igiene è stato diviso, tramite la costituzione del servizio psico-sociale (per adulti) e servizio medico-psicologico (per minorenni). Parallelamente si è iniziato a discutere di suddividere anche il manicomio, nel frattempo ribattezzato ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) in settori, nonché di potenziare le cure degli anziani a domicilio, per sgravare l'ospedale, così come dei servizi territoriali, anche nell'intento di diminuire i ricoveri. Nel 1972 è stata creata la scuola cantonale degli infermieri psichiatrici. Nel 1973 è stato effettuato il primo esperimento di trasferimento di pazienti sul territorio, e meglio in una casa a Brusata di Novazzano, sotto la sorveglianza e la responsabilità dell'ospedale, ma pressoché integralmente autogestiti. In parallelo, è stata introdotta nell'ospedale la socioterapia e nel 1974 è stato costituito il primo club di pazienti, da cui hanno preso spunto quelli sorti più tardi. Nel rendiconto del medesimo anno è stato fissato l'obiettivo di "coinvolgere larghi strati della popolazione (intervento sul territorio) in una gestione psichiatrica a dimensione concretamente sociale" (cfr. *La minaccia di un destino*, a cura dell'OSC, 1998, pag. 182). Negli anni successivi le discussioni attorno alla necessità di un cambiamento si sono accentuate, coinvolgendo maggiormente l'autorità politica. In particolare, in occasione dei festeggiamenti per l'ottantesimo di fondazione dell'ONC (1978) l'allora direttore del DOS on. B. Bernasconi così si è espresso: "Il principio cardine che caratterizza le dichiarazioni delle Organizzazioni internazionali e le nuove legislazioni, è la destrutturazione dell'ospedale psichiatrico e la trasformazione della concezione, storica, che lo informa verso l'intervento socio psichiatrico nel territorio cui l'utente appartiene, la creazione di strutture intermedie (foyers, appartamenti protetti ...) decentralizzate e inserite organicamente nel contesto sociale; infine verso la continuità della presa a carico, da parte di un'équipe terapeutica, dalla condizione di degenza ospedaliera alle strutture intermedie, all'assistenza ambulatoriale

diritti dei pazienti coinvolti. Tuttavia l'art. 33 prevede una cautela supplementare, consistente nell'obbligo per il Comitato etico di raccogliere, per ogni progetto di ricerca in campo psichiatrico, un parere motivato del CPSC. Il divieto è inoltre mantenuto per le persone incapaci di discernimento collocate coattivamente in istituzione (art. 33 cpv. 2).

In questo modo si può ritenere, con la dottrina che ha approfonditamente analizzato questo campo del diritto, che tale soluzione è conforme anche alla giurisprudenza summenzionata del Tribunale federale, che tra l'altro è riferita piuttosto alla sperimentazione in senso stretto e non (come prevede l'art. 11 cpv. 3 Lsan applicabile a titolo sussidiario) alla ricerca scientifica avente anche uno scopo terapeutico (cfr. *Dominique Sprumont*, La protection des sujets de recherche, Stämpfli 1993, pag. 213 seg.).

Per gli incapaci di discernimento sprovvisti di rappresentante legale (o che non hanno fatto uso della possibilità offerta dall'art. 34) restano riservate le competenze dell'autorità tutoria.

- 8.3. L'art. 34 esprime in forma legislativa un postulato recente della dottrina, la cui validità è già stata avallata dalla giurisprudenza. Partendo dalla incontrovertibile esigenza costituzionale di offrire al paziente il maggior numero possibile di opportunità concrete di decidere modalità e tipologia delle prestazioni sanitarie, la dottrina più autorevole ha infatti da tempo proposto addirittura di istituire la "désignation anticipée d'un représentant privé ..., celui-ci pouvant décider de se mettre dans la peau du patient, plutôt que de décider seulement en fonction de l'intérêt objectif du patient" (cfr. *O. Guillod*, Patient incapable et consentement au traitement, in *Plädoyer* N. 3, 1989 pag. 51 seg.).

Il disegno rinuncia a prevedere l'istituzione di una tale forma di rappresentanza, sia per la dubbia compatibilità con il diritto federale (in ragione del carattere esaustivo delle forme di rappresentanza previste dal codice civile nel campo della tutela) sia perché tale istituzione è già presa in considerazione in modo organico nell'ambito di lavori della Commissione di esperti per la revisione del diritto federale (cfr. A propos de la révision du droit suisse de la tutelle, Rapport du Groupe d'experts mandaté par l'Office fédéral de la justice en vue de la révision du droit de la tutelle, Berne pag. 72), sia per le difficoltà di regolamentare e di risolvere anticipatamente situazioni di conflitto con i rappresentanti legali secondo lo stesso diritto tutelare.

Ma, perlomeno, è possibile regolamentare la situazione di quei pazienti che, consapevoli di essere esposti a ricadute comportanti la perdita delle capacità di discernimento sufficiente per consentire all'intervento terapeutico (che sanno essere necessario nei momenti di lucidità, ma rifiutano quando sono in preda alla malattia) oppure per rifiutare di essere curati (secondo modalità che sanno invece essere loro sistematicamente imposte) si vedono espropriati della possibilità di consentire o di sottrarsi a tali terapie proprio in ragione del fatto che la decisione al riguardo è presa solo nel momento in cui, difettando al paziente la capacità di discernimento necessaria, la sua volontà non può essere presa in considerazione.

Il Tribunale amministrativo ginevrino (sentenza 7 marzo 1995 in re X), pur confrontato ad una base legale imprecisa, ha ammesso la possibilità per una paziente di rifiutare anticipatamente la somministrazione di neurolettici, anche se ciò dovesse comportare interventi costrittivi che tale somministrazione permetterebbe di evitare.

Conviene al riguardo riprodurre testualmente un estratto della sentenza: "En fait, les IUPG ont essentiellement évoqué deux hypothèses de risque vital urgent. D'une part, le cas où une hallucination ordonnerait à Mme. X de se tuer et, d'autre part, le

risque qu'elle se néglige au point de se laisser mourir de faim, soit en fait le risque de suicide, brutal ou lent, en état d'incapacité de discernement. Or, dans ces deux hypothèses, la contrainte physique, expressément acceptée par Mme. X permettrait d'écarter le risque. Que cette contrainte déplaise aux IUPG, de façon tout à fait compréhensible, ne change rien au fait que la possibilité d'y recourir exclut que l'administration de neuroleptiques soit la seule mesure susceptible de sauver la vie de Mme. X. Au demeurant, vu le refus formel de celle-ci de se voir administrer des neuroleptiques, il est probable que la contrainte physique devrait être utilisée pour imposer un tel traitement. Dès lors que Mme. X a clairement déclaré préférer la contrainte physique à l'administration de neuroleptiques, la présomption de l'article 5 alinéa 3 LRMP ne permet pas de lui imposer la seconde solution, lorsque la première peut lui sauver la vie. Le but de cette disposition est en effet de sauver la vie du patient qui n'est pas en état d'exprimer un consentement. Si ce but peut être atteint tout en se conformant à la volonté exprimée du patient, fût-ce de façon anticipée, ce serait détourner l'article 5 alinéa 3 LRMP de son but que d'adopter une autre solution."

L'art. 34 recepisce altresì le difficoltà che potrebbero insorgere nel caso la prescrizione anticipata non fosse deontologicamente accettabile per il personale curante; in tal caso il CPSC ha la possibilità di rifiutare tale prescrizione, ma non in modo definitivo: la controversia può essere infatti sottoposta alla Commissione giuridica.

9. L'art. 38 integra la legislazione cantonale speciale ponendo esigenze accresciute di segretezza per l'elaborazione dei dati e designando i responsabili per la conservazione e la distruzione dei dati, in particolare per l'adozione di severe misure suscettibili di garantire l'inaccessibilità dell'archivio medico e più in generale di vegliare al rispetto della legislazione federale e cantonale.

Data la specificità della materia, è preferibile escludere in questo settore la competenza della Commissione giuridica e applicare le procedure previste agli art. 35 e 36 della Legge cantonale sulla protezione dei dati personali, ev. della legislazione federale (sull'applicabilità in linea di principio della legislazione cantonale, anche nel caso di strutture psichiatriche private ma convenzionate con il sistema sanitario pubblico, cfr. DTF 120 I 147, 154).

Un problema particolare nel campo psichiatrico è posto dal diritto del paziente di chiedere la distruzione dei dati (estremamente sensibili) relativi anche alla sola circostanza dell'avvenuta sua degenza in un'UTR, indipendentemente dalla loro liceità (per quanto attiene anche alle modalità della loro raccolta) e correttezza. Ciò può essere giustificato soprattutto nel caso di persone particolarmente esposte al rischio di illecita divulgazione dei dati e per le quali è ragionevolmente prevedibile il carattere duraturo della guarigione (e dunque l'inutilità e la carenza di interesse pubblico pertinente e prevalente sull'interesse privato alla conservazione dei dati in questione).

Data l'eccezionalità della procedura (che deroga all'obbligo di conservazione dei dati sanitari previsti all'art. 67 cpv. 4 Lsan) si giustifica di attribuire tale decisione al CPSC. Su questa problematica, cfr. in particolare Marco Borghi, Obbligo di conservazione e diritto alla distruzione delle cartelle cliniche nell'ambito della sociopsichiatria pubblica, RDAT I 1991, pag. 321.

Il regolamento potrà inoltre attribuire al CPSC la qualifica di "organo responsabile" e ai responsabili delle UTR quella di "organi partecipanti" ai sensi dell'art. 3 RPDP.

verso la totale responsabilizzazione dell'assistito" (cfr. B. Bernasconi, L'ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1889-1978, edito dal DOS, pag. 13 e 14). Nel 1979 è stato poi licenziato il messaggio inerente l'istituzione della legge sull'istituzione, l'organizzazione, la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza.

### **3. LA LASP DEL 1983**

Fino all'entrata in vigore della LASP, la materia era retta dalla legge sull'internamento amministrativo del 18 febbraio 1929, dal decreto legislativo del 21 aprile 1943 sull'organizzazione dell'ONC e dal regolamento interno dell'ONC del 4 gennaio 1944. Questa legislazione, oltre che insufficiente (mancanza di regolamentazione inerente l'aspetto medico e di tutela dei diritti del paziente) e desueta, andava adattata alle specifiche norme federali (art. 397a ss. CCS), entrate in vigore nell'ottobre del 1978. La Commissione della legislazione allora in carica ha lavorato a lungo sul messaggio, apportando svariate modifiche sia di carattere formale che sostanziale. Dall'esame dei verbali e del rapporto del luglio del 1982 emerge innanzitutto che, malgrado non fosse messa in discussione la necessità di adottare un testo di legge che tutelasse i malati nei loro diritti fondamentali, i lavori sono stati costantemente condizionati dalla ricorrente preoccupazione di natura finanziaria, dalla paura di favorire un fenomeno definito "psichiatrizzazione della società" (cfr. rapporto della Commissione della legislazione, pag. 6) e dal continuo sottolineare che la riforma non avrebbe dovuto comportare un aumento delle strutture statali, ma "cerca, ponendo le necessarie premesse giuridiche, di organizzare in modo migliore quegli (n.d.r.: i servizi) esistenti, vuoi per regionalizzare gli interventi, vuoi per adeguare le strutture alle mutate esigenze giuridiche e scientifiche del settore (cfr. rapporto della Commissione della legislazione, pag. 2). Interessante rilevare come alcune di queste preoccupazioni siano riemerse con insistenza nell'ambito dei lavori della Commissione della legislazione in carica.

### **4. EVOLUZIONE REGISTRATA DAL 1985 AD OGGI**

A seguito dell'entrata in vigore della LASP il 1° gennaio 1985, è stata istituita l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC), che ha riunito sotto un unico organismo tutta una serie di servizi fino ad allora più o meno autonomi e gestiti in modo indipendente (cfr. allegati B e C), e meglio l'ONC (dal 1994 clinica psichiatrica cantonale, CPC, destinata alla cura e alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici acuti, se non è possibile curarli in via ambulatoriale o semistazionaria), il servizio medico-psicologico (specializzato nella cura ambulatoriale dei bambini e degli adolescenti), il servizio psico-sociale (specializzato nella prevenzione, cura e riabilitazione dell'adulto e dell'anziano con affezioni psichiatriche), il servizio di psichiatria e psicologia medica (servizio sperimentale di cura dei malati degenti in ospedali somatici pubblici e privati che necessitano di interventi psichiatrici e psicologici), i centri diurni (specializzati nella riabilitazione degli ospiti adulti), i centri psico-educativi (strutture semistazionarie che forniscono cure medico-psicologiche a bambini, oltre che un'educazione scolastica individualizzata) e il centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), nato nel 1994 dalla riorganizzazione dell'ONC (centro demedicalizzato, per ospiti cronici stabilizzati al beneficio della rendita AI, che ha come obiettivo la gestione del comportamento dell'ospite, il mantenimento e il potenziamento della sua autonomia) (cfr. allegato D). Il sistema prevede una direzione unica e la suddivisione del territorio cantonale in tre settori: Mendrisiotto, Luganese e Sopraceneri (due secondo gli inten-

dimenti della pianificazione sociopsichiatrica cantonale 1998-2001; cfr. a pag. 33 anche gli altri obiettivi).

Il sistema di cui sopra ha permesso di raggiungere risultati significativi, sia per quanto concerne la cura degli utenti, sia per quanto attiene alla tutela dei loro diritti. Ovviamente, essendo nuovo, attraverso la pratica ci si è resi conto di lacune e contraddizioni, che vanno colmate, rispettivamente corrette, fermo restando che il sistema come tale viene riconfermato in tutta la sua validità. A distanza di quasi quindici anni è pertanto necessario procedere a dei correttivi, anche sulla base della giurisprudenza nel frattempo sviluppata.

## **II. PRINCIPALI CONTENUTI DEL MESSAGGIO**

Il messaggio in oggetto, allestito sulla base di uno studio curato da una Commissione mista, comporta dal punto di vista formale una revisione totale della LASP, anche se nella sostanza vengono mantenuti i concetti fondamentali della legge in vigore, che ha permesso di conseguire importanti risultati. Più precisamente:

1. una consistente riduzione del numero delle ospedalizzazioni alla CPC, grazie, oltre che all'evoluzione della psichiatria, anche all'estensione dei servizi ambulatoriali, così come di altre strutture sanitarie non psichiatriche (case anziani, centri diurni, laboratori protetti...), ciò che ha anche permesso di mettere in atto misure meno restrittive della libertà personale del malato, pur garantendogli nel contempo una cura adeguata e di qualità;
2. un'adeguata difesa giuridica dei pazienti, garantita dalla Commissione giuridica;
3. la messa in atto di provvedimenti di razionalizzazione e di controllo dei costi, che ha permesso di mantenere una spesa costante;
4. la risoluzione del problema dei malati cronici, lungodegenti, grazie alla creazione nel 1994 del CARL, destinato ai pazienti al beneficio di una rendita AI, non necessitanti di un ricovero alla CPC, ma incapaci di gestirsi e vivere normalmente al proprio domicilio. Il CARL dispone attualmente di cento posti letto, con un'occupazione media annua del 98%. Occupa 80,23 unità di lavoro, di cui 56,75 unità preposte prettamente alle cure, mentre 19,88 unità sono artigiani che garantiscono la manutenzione e seguono gli ospiti nelle attività manuali. All'attività del CARL partecipano anche ospiti acuti della CPC e invalidi provenienti dall'esterno (in totale 125 posti).
5. la costante valorizzazione dell'area di Casvegno.

## **III. ITER DEI LAVORI COMMISSIONALI**

La Commissione ha iniziato l'esame del messaggio nella primavera dello scorso anno, con la presentazione del medesimo a cura del direttore del DOS. L'entrata in materia è poi stata votata all'unanimità. Si è dunque convenuto di non procedere ad audizioni a cura del plenum della Commissione, demandando il compito e la chiarificazione degli interrogativi sorti alla relatrice, che si è avvalsa della collaborazione del prof. M. Borghi, del direttore dell'OSC dott. oec. F. Gambazzi e dell'avv. P. Pelli del DOS.

Il commento puntuale dei singoli articoli segue al prossimo paragrafo. Per quanto attiene per contro alla discussione generale, una parte dei commissari ha espresso preoccupa-

zioni, legittime, relative all'efficacia di un sistema complesso e costoso, per rapporto all'efficacia delle prestazioni e degli interventi. Inoltre, il medesimo gruppo ha poi sottolineato un'ulteriore preoccupazione circa il lievitare dei costi in questo settore, soprattutto in considerazione dello stato delle finanze dell'ente pubblico. In sostanza, questi commissari hanno sottolineato a più riprese e con intensità che la struttura deve giustificarsi poiché esiste un effettivo bisogno, e non viceversa, ossia che venga creato il bisogno per giustificare la struttura. Un'altra parte di commissari ha piuttosto espresso il convincimento, condiviso dalla relatrice, della necessità della struttura così come concepita, sottolineando i buoni risultati ottenuti, tanto da legittimarne a pieno titolo l'esistenza e l'attività.

#### IV. COMMENTO AI SINGOLI ARTICOLI

##### **Articolo 1**

Per quanto concerne la lett. a), l'unica modifica consiste nella precisazione inerente il concetto di assistenza alla persona bisognosa. Mentre la legge in vigore si limita a precisare che l'utente ha diritto a un'assistenza adeguata, il messaggio propone una puntualizzazione, specificando trattarsi di un'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica adeguata.

Nell'ambito dei lavori commissionali si è sviluppata una discussione circa la necessità di dette puntualizzazioni, ritenendole alcuni commissari superflue.

Come specificato nel messaggio a pag. 7, analoga discussione era già avvenuta in seno alla Commissione interdisciplinare di esperti che ha elaborato lo studio preliminare.

Dopo ampia discussione, la Commissione ha deciso che la puntualizzazione inerente l'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica è necessaria, trattandosi di due concetti diversi, la prima avente un carattere medico, la seconda più ampia.

A livello formale la Commissione ha poi aggiunto già in questo articolo (anziché come proposto nel messaggio all'art. 2), che la persona bisognosa di assistenza viene definita nella legge come utente. La terminologia è immutata (utente inteso non solo come persona bisognosa necessitante di cure mediche, ma anche di/o un aiuto sociale).

In merito al cpv. 1 lett. c), il progetto governativo propone una semplificazione della disposto in vigore, limitandosi a precisare che uno degli scopi della legge è quello di favorire la prevenzione. Il testo in vigore è per contro più completo, ma anche più puntuale, specificando che si tratta della prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patologici a livello individuale e sociale.

La maggioranza della Commissione, pur conscia che le moderne tecniche legislative tendono a mettere a punto testi piuttosto snelli, ha ritenuto che quello in vigore sia più preciso, senza essere ridondante, e pertanto ha mantenuto la formulazione come tale.

Il cpv. 2 corrisponde nella sostanza all'art. 3 della legge in vigore. Il senso dell'articolo è quello di precisare che le norme tendenti a proteggere i diritti degli utenti si applicano non solo all'interno delle strutture pubbliche, ma anche a quelle private, e ciò indipendentemente dal fatto che abbiano sottoscritto o meno un rapporto di collaborazione con lo stato ai sensi dell'art. 3.

La Commissione ha poi apportato alcune modifiche di carattere formale (in particolare, "le disposizioni ... si applicano", anziché "... si estendono").

## **Articolo 2**

La norma viene ripresa pressoché immutata, con un unico cambiamento formale alla lettera d), ove l'espressione "interventi psicosocioterapeutici" viene sostituita con "interventi terapeutici e riabilitativi". Trattasi del medesimo concetto, espresso in termini più chiari e comprensibili. È esclusa un'estensione di competenze.

## **Articolo 3**

La norma, che stabilisce il principio della collaborazione tra ente pubblico e privato nel campo dell'assistenza psichiatrica e sociale, riprende in buona parte il concetto di cui all'art. 4 della legge in vigore. Tuttavia, introduce una differenziazione tra ente privato riconosciuto come UTR ma non sussidiato e ente privato pure riconosciuto come UTR ma sussidiato, ritenuto che il riconoscimento non comporta automaticamente il sussidiamento, subordinato all'interesse generale legato all'attività svolta, da analizzarsi nel quadro della pianificazione.

## **Articolo 4**

Il messaggio riprende l'art. 5 della legge in vigore, semplificandolo nella forma, ma mantenendone i contenuti.

La Commissione ha tuttavia ritenuto che l'articolo in vigore sia in definitiva più chiaro, riprendendo il concetto, che dovrebbe essere implicito, ma che è opportuno ripetere, vista la delicatezza della materia, della possibilità di limitare la libertà personale a scopo terapeutico (ossia tramite un intervento psichiatrico) oppure assistenziale (ossia tramite un aiuto sociopsichiatrico) solo se necessario per una terapia efficace, adeguata e indispensabile.

## **Articolo 5**

La norma riprende l'art. 6 della legge in vigore, suddividendo semplicemente la lett. a) in due parti.

Nell'ambito dei lavori commissionali l'on. R. Ghisletta ha proposto un emendamento alla lett. c), tendente a garantire non solo un intervento ininterrotto, prestato da personale qualificato e formato in modo permanente, ma anche presente in numero adeguato. Pur condividendo la preoccupazione del collega, la Commissione ha respinto l'emendamento, ritenuto che il concetto è sottinteso.

## **Articolo 6**

La legge in vigore non prevede in modo specifico tra i compiti dell'OSC la promozione della ricerca epidemiologica e sulla qualità delle cure prestate. L'unico riferimento, per

altro indiretto, si ritrova all'art. 12 cpv. 2, che menziona tra i compiti della Commissione consultiva del Consiglio psicosociale cantonale la raccolta di documentazione e la promozione della ricerca.

Il Servizio di documentazione e ricerca dell'OSC, che serve anche altri enti cantonali, ha comunque garantito in questi anni un servizio analogo. Grazie alla nuova norma detto compito e servizio, essenzialmente già svolto dall'OSC e che dunque non dovrà comportare nuovi costi ed un'estensione di competenze, assume carattere vincolante. Non va inoltre dimenticato che la LAMal stessa prevede un controllo scientifico e sistematico al fine di garantire la qualità e l'impiego appropriato delle cure, oltre la collaborazione, tra l'altro, delle autorità cantonali nell'elaborazione delle statistiche (cfr. art. 23 e 58 LAMal).

### **Articolo 7**

La norma riprende l'art. 7 della legge in vigore, confermando il principio della settorializzazione, con la precisazione che ogni settore è dotato di una UTR. Il testo in vigore prevedeva per contro la promozione delle UTR. Essendo oggi le medesime una realtà, non si giustifica più la creazione, ma piuttosto il mantenimento.

La Commissione ha inoltre accolto un emendamento dell'on. R. Ghisletta, in base al quale il cpv. 2 viene completato nel senso che si precisa che è favorita la collaborazione non solo con gli enti e le persone di diritto privato, ma anche con le altre strutture sanitarie, scolastiche e sociali istituzionali e territoriali.

### **Articolo 8**

Gli art. da 15 a 20 della legge in vigore stabilivano in modo puntuale e dettagliato il concetto di UTR (art. 16), la funzione e il ruolo dell'ONC, ora CPC (art. 17) e il funzionamento delle UTR stesse (art. 15 e 18/20). Il messaggio governativo riduce all'essenziale dette norme, pur mantenendo i concetti di fondo, come ad esempio il principio della collaborazione orizzontale dell'équipe interdisciplinare, demandando al regolamento i dettagli.

Va comunque sottolineato che, proponendo il messaggio l'abrogazione degli art. da 15 a 20 della legge in vigore, elimina una competenza attribuita al Gran Consiglio, inerente la realizzazione, il potenziamento e il finanziamento della singole UTR (cfr. art. 16 cpv. 2).

### **Articolo 9**

Il cpv. 1 di questo articolo costituisce la base legale inerente la costituzione dell'OSC, finora previsto unicamente agli art. 2 e 3 del Rasp, conferendo altresì un assetto legislativo alla figura del direttore e del consiglio di direzione, pure previsti unicamente nel regolamento.

Il cpv. 2 formalizza inoltre la funzione del responsabile medico dell'OSC, demandata dal presidente del CPSC.

## **Articolo 10**

Questa norma regola la direzione delle UTR e della CPC.

Il messaggio e la legge in vigore prevedono che la medesima, con la responsabilità che ne deriva, possa venir affidata sia a medici specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia, sia a medici con titolo di studio equivalente, ma senza FMH, ponendoli di fatto sullo stesso piano. Per contro l'art. 11 cpv. 8 della legge sugli ospedali pubblici prevede la possibilità di affidare la direzione e la conseguente responsabilità medica di un reparto a uno specialista senza titolo FMH solo in caso di mancanza di candidati con tale titolo.

La Commissione ha pertanto ritenuto opportuno modificare il cpv. 1, al fine di conformarlo al disposto analogo della legge sugli ospedali pubblici. Esiste infatti un chiaro parallelismo tra un reparto di un ospedale e un'UTR, di modo che una diversa regolamentazione non si giustifica. Va inoltre detto che la funzione comporta non poche responsabilità, tali da affidarle se possibile ad uno specialista FMH.

Medesimo concetto vale per il direttore della CPC (art. 10 cpv. 3).

Sia il cpv. 3 che il cpv. 4 del medesimo articolo introducono il concetto di delega, per quanto concerne la responsabilità medica e gestionale della CPC, dal direttore di settore al direttore della CPC stessa (cpv. 3), mentre per quanto concerne le altre UTR (altre per rapporto alla CPC, che costituisce pure una UTR), ad un subordinato. I dettagli verranno fissati dal regolamento, contribuendo a rendere la legge più snella e flessibile.

## **Articolo 11**

L'articolo rimane immutato nella sostanza. Grazie all'introduzione della lett. b), che attribuisce al CPSC una competenza generale in tutti i casi in cui la legge lo prevede, compresa la verifica dell'attuazione della legge stessa, il medesimo articolo risulta formalmente più snello.

## **Articolo 12**

In base alla proposta contenuta nel messaggio, accolta dalla Commissione, il CPSC viene ampliato nella sua composizione. Ai membri designati in base all'art. 10 della legge in vigore, si aggiungono un ulteriore rappresentante degli operatori sociali, in modo da garantire una duplice presenza, da suddividersi tra un membro del personale dell'OSC e un membro proveniente dal settore privato, un rappresentante dei pazienti (cfr. art. 45 cpv. 2), uno psichiatra designato dall'ordine dei medici e dunque rappresentante il settore privato e il direttore dell'OSC. L'esperienza ha infatti dimostrato l'importanza di una composizione variegata, sia per assicurare il carattere interdisciplinare, sia per favorire il compito di coordinazione degli interventi, non solo all'interno della struttura pubblica, ma anche tra pubblico e privato.

Grazie all'estensione dei membri del CPSC, il messaggio propone l'abrogazione della Commissione consultiva di cui all'art. 12 della legge in vigore, accolta dalla Commissione. Appare effettivamente inutile mantenere un duplice organismo, ritenuto che il CPSC nella nuova, ampliata composizione dovrebbe essere in grado di svolgere tutti i compiti attribuitigli.

### **Articolo 13**

Trattasi in sostanza di una formulazione semplificata dell'art. 13 della legge in vigore, immutata nei contenuti (competenza del Gran Consiglio in materia di pianificazione sociopsichiatrica limitata alla discussione, senza potere decisionale, ritenuto che l'approvazione compete al Consiglio di Stato).

### **Articoli 14 e 15**

Le due norme in oggetto costituiscono una riformulazione dell'art. 14 della legge in vigore.

La Commissione giuridica, istituita ai sensi degli art. 397a ss CCS, mantiene la sua funzione essenzialmente giudiziaria (art. 14 cpv. 1), oltre ad una competenza di vigilanza, tuttavia limitata rispetto alla legge in vigore. Viene infatti abrogato l'art. 36, in base al quale la Commissione giuridica doveva esaminare periodicamente i piani terapeutici riabilitativi per verificare la liceità della degenza, sentendo in alcuni casi anche i pazienti. La prassi ha infatti evidenziato che la Commissione in oggetto, presieduta da un magistrato già occupato in altre funzioni e a carattere non permanente, non era materialmente in grado di svolgere detto compito. Di conseguenza, la funzione veniva svolta solo per i casi inerenti gli utenti collocati coattivamente, mentre per i ricoveri volontari veniva praticato il metodo della Stichprobe. Il messaggio propone dunque di limitare la vigilanza della Commissione giuridica ai sensi dei cpv. 2, 3 e 4, mentre la funzione codificata all'art. 36 della legge in vigore dovrà venir assunta dalla Commissione di vigilanza ai sensi della Lsan.

In base al cpv. 2 viene mantenuta la funzione di segnalazione d'ufficio all'autorità competente (non necessariamente al CdS come prevede la legge in vigore, ma anche ad esempio alla Commissione di vigilanza in base alla Lsan) di casi lesivi della libertà individuale di un utente. Viene inoltre sancito l'obbligo per l'autorità a cui è stata presentata la denuncia di informare la Commissione giuridica circa l'esito della procedura.

Il cpv. 3 riprende il medesimo cpv. dell'art. 14 vigente, precisando tuttavia che il Consiglio di Stato è tenuto a prendere in considerazione, nell'ambito della pianificazione sociopsichiatrica, proposte formulate dalla Commissione circa interventi che permetterebbero una migliore assistenza all'utente. A tal proposito la Commissione della legislazione sottolinea che tale "obbligo" deve necessariamente limitarsi ad una garanzia di esame a cura dell'esecutivo, che in caso di non accoglimento deve darne debita motivazione. Viceversa la Commissione assumerebbe una competenza che non le compete e che non si giustifica.

Il cpv. 4 introduce una novità interessante, tendente a tutelare l'utente in modo ancor più completo. La Commissione giuridica avrà infatti in futuro la facoltà di verificare determinati dossier anche dopo la conclusione del procedimento ricorsuale. In effetti non sono rari i casi in cui ricorsi inerenti ricoveri coatti vengono accolti, subordinatamente all'adozione di determinate misure da attuare con l'ausilio dei servizi sociali d'appoggio e che devono perdurare dopo la dimissione. Avendo la Commissione la facoltà di procedere a detti controlli, è immaginabile un aumento del numero delle dimissioni inerenti utenti ricoverati coattivamente, a loro evidente vantaggio, proprio poiché l'autorità avrà la certezza di poter verificare la conformità delle decisioni prese anche dopo la conclusione della procedura.

Circa la composizione della Commissione, viene mantenuta la formazione a tre membri, di cui un presidente scelto nell'ordine giudiziario, un medico, con la precisazione (nuova) che deve trattarsi di uno specialista FMH in psichiatra e psicoterapia, oltre ad un operatore sociale. Pur sottoscrivendo la composizione interdisciplinare, stanti i buoni risultati dimostrati nella pratica, soprattutto la celerità nell'evasione dei casi grazie alla presenza di uno specialista che consente di evitare di ricorrere ad esperto esterno, la Commissione ha espresso alcune perplessità dovute per lo più alla presenza di un solo giurista, anche se presidente, in minoranza rispetto alla componente medica e sociale. Non si deve infatti dimenticare che la Commissione giuridica è essenzialmente un organo giudiziario. Tuttavia, la maggioranza della Commissione della legislazione, soprattutto in considerazione dei risultati positivi ottenuti con la composizione attuale, ha deciso di confermarla. La Commissione ha poi respinto un emendamento dell'on. R. Ghisletta tendente a permettere la designazione di un presidente scelto non solo tra i magistrati in carica, ma pure tra gli ex magistrati.

### **Articoli 16, 17 e 18**

Trattasi di una riformulazione semplificata degli art. 21, 22 e 23 della legge in vigore, immutata nei contenuti, inerenti il ricovero volontario, richiesto dunque dall'utente stesso.

### **Articolo 19**

La norma, che definisce il collocamento coatto, è immutata nella forma e nel contenuto.

### **Articolo 20**

L'articolo, che concerne il collocamento coattivo non urgente (ordinario) e che riprende gli art. 25 e 26 della legge in vigore, è stata innanzitutto rivisto dal profilo formale, a cura della Commissione, al fine di ottenere un parallelismo con gli articoli seguenti (22-28). La marginale è stata modificata con l'aggiunta "1. Competenza" a lato del cpv. 1, mentre a lato del cpv. 2 è stata inserita un'ulteriore marginale definita "2. Trattamento ambulatoriale coattivo". Il cpv. 3 è stato trasformato in un nuovo art. 21, con la marginale "3. Decisione".

Nel merito, la norma presenta un'interessante novità, sottoscritta dalla Commissione con convinzione, inerente la possibilità di trattare un paziente in forma coatta, ma ambulatorialmente, nel rispetto del principio della proporzionalità e dunque a sicuro vantaggio dell'utente e nel rispetto dei suoi diritti. Il principio, già adottato in altri cantoni, ha fatto registrare buoni risultati, soprattutto una notevole diminuzione della conflittualità a beneficio della cura dell'utente.

### **Articolo 22 (21 M)**

La norma, concernente il ricovero coatto urgente, riprende l'art. 27 della legge in vigore, immutato.

### **Articolo 23 (22 M)**

L'articolo, che riprende l'art. 28 vigente, lo completa nel senso che il collocamento alla CPC per motivi di polizia deve servire anche all'adozione di provvedimenti terapeutici e riabilitativi. Viene dunque sottolineata la funzione terapeutica della CPC, piuttosto che semplicemente custodialistica, che si addice piuttosto ad altre strutture.

### **Articolo 24 (23 M)**

Viene ripreso l'art. 29 della legge in vigore, ivi compresa la lett. f) (indicazione se il ricovero è coatto o volontario), da intendersi come obbligo di motivazione, ritenuta la particolarità delle situazioni, a maggior tutela dell'utente.

### **Articoli 25, 26, 27 e 28 (24, 25, 26 e 27 M)**

Vengono ripresi, identici nella forma e nel contenuto, gli art. 30, 31 e 32 della legge vigente, ad eccezioni dell'introduzione dell'obbligo di informazione all'utente circa i suoi diritti e la facoltà di ricorso, conferita non solo all'utente stesso, ma, in quanto possibile, anche al suo rappresentante legale o a una persona prossima.

### **Articoli 29, 30 e 31 (28, 29 e 30 M)**

Trattasi degli 34 e 35 in vigore.

All'art. 34 viene introdotto il concetto di cartella clinica, ripreso dalla Lsan (art. 67), nonché la precisazione che la medesima e il piano terapeutico vanno allestiti non appena possibile, formulazione che la Commissione ha ritenuto di modificare in "il più presto possibile", sempre nell'ottica di una più puntuale salvaguardia dei diritti dell'utente.

L'art. 30 (29 M) corrisponde nella forma e nel contenuto all'art. 35 in vigore.

L'art. 31 (30 M) corrisponde all'art. 37 in vigore. Il piano terapeutico e riabilitativo viene definito semplicemente terapeutico, ritenuto che nella sostanza nulla cambia al concetto.

### **Articolo 32, 33 e 34**

Gli art. 32 (31 M) e 33 (32 M) corrispondono agli art. 38 e 39 in vigore, ad eccezione del cpv. 4 di quest'ultima norma (divieto di praticare la ricerca scientifica su soggetti incapaci di discernimento). In effetti il nuovo art. 34 (33 M) attenua detto principio, consentendo la ricerca anche su pazienti psichiatrici, in applicazione della Lsan (art. 10 e 11). Di conseguenza, il comitato etico istituito in base alla suddetta legge deciderà di caso in caso l'eventualità di consentire la ricerca su un determinato paziente. Inoltre, ad ulteriore garanzia dell'utente, vista la particolarità della malattia stessa, il comitato etico, in base al nuovo 34 cpv. 1 (33 M), dovrà preventivamente raccogliere il parere del CSPC. Quale ulteriore limitazione e garanzia per l'utente, il cpv. 2 della medesima norma esclude comunque la possibilità di praticare la ricerca su malati ricoverati in forma coatta.

La Commissione condivide l'opinione del Consiglio di Stato. Da un lato l'art. 11 cpv. 3 Lsan prevede già la possibilità di praticare la ricerca su malati incapaci di discernimento,

al fine di migliorare il loro stato di salute. Non si vede pertanto per quale motivo un malato psichiatrico dovrebbe essere trattato diversamente, in definitiva a scapito della sua stessa salute. Inoltre, nel caso di malati di mente, in base alla regolamentazione prevista, vi sarebbe un duplice controllo, ovvero della Commissione etica e del CPSC. Se da un lato vi potrebbe essere dunque il pericolo di utilizzo del malato quale sorta di cavia, ritenuti gli importanti interessi economici che ruotano attorno al mondo della ricerca, a cui si aggiunge la particolare vulnerabilità del malato di mente, dall'altro il duplice controllo dei suddetti organismi garantisce, a mente della Commissione, una valida tutela degli interessi del malato. Il pericolo di abuso è pertanto talmente remoto che non si giustifica l'esclusione dell'utente da un programma di ricerca con lo scopo unico ed esclusivo del miglioramento del suo stato di salute.

### **Articolo 35 (34 M)**

Trattasi di una norma interessante, che offre la possibilità al paziente che soffre di crisi cicliche di decidere, in una fase di lucidità, la sua accettazione preventiva, rispettivamente il rifiuto, ad una determinata terapia o alla ricerca scientifica. L'utente potrà pertanto notificare la sua richiesta al CPSC, beneficiando se del caso dell'iter ricorsuale alla Commissione giuridica. In base al cpv. 2 della medesima norma in caso di imprescindibile necessità terapeutiche, il responsabile della UTR potrà comunque prescindere dalla volontà del malato e somministrare le cure del caso, avvertendo il CPSC e la Commissione giuridica.

La Commissione della legislazione, pur sottoscrivendo la novella legislativa, ha tuttavia rilevato che nella pratica la norma in oggetto potrebbe causare non poche difficoltà ai vari responsabili delle UTR, non da ultimo deontologiche, soprattutto nei casi di cui al cpv. 2, ovvero di conflitto tra la volontà del paziente, ossia il suo sacrosanto diritto di rifiutare una determinata cura, anche se ciò lo pone in pericolo, e il loro obbligo di mettere in atto tutte le misure terapeutiche necessarie per curarlo secondo le regole dell'arte. La norma in questione, che prima facie potrebbe suscitare l'impressione di una certa diffidenza verso la classe medica, tanto che un utente può tutelarsi preventivamente nei confronti di interventi indesiderati, in realtà conferisce ai medici responsabili delle UTR un compito assai gravoso e di altissima responsabilità. È infatti facilmente immaginabile il conflitto che potrebbe sorgere per il responsabile di una determinata UTR, che da un lato deve rispettare la volontà del paziente, ma dall'altro ha dei precisi obblighi medici e deontologici da seguire e deve pertanto curare l'utente secondo scienza e coscienza e le regole dell'arte. In quest'ottica non si deve poi dimenticare il caso dell'utente che ha deciso di rifiutare una cura e che in caso di crisi costituisce un pericolo non solo per sé stesso ma anche per i terzi, così come le possibili conseguenze giuridiche per il medico che ha deciso di derogare alla volontà del paziente. In definitiva, la Commissione ha sottoscritto l'articolo, soprattutto in considerazione del fatto che l'utente, come parte più debole e vulnerabile, necessita di una protezione accresciuta, ritenuto tuttavia che occorrerà verificare in pratica i risultati, rispettivamente le difficoltà che detta norma potrebbe causare.

### **Articoli 36, 37 e 38 (35, 36 e 37 M)**

Vengono ripresi nella forma e nei contenuti gli art. 40, 41 e 42 della legge in vigore.

### **Articolo 39 (38 M)**

Questa norma colma un'importante lacuna della legge in vigore inerente il capitolo, molto delicato, della protezione dei dati dell'utente, rimandando in caso di eventuali contestazioni alla legge sulla protezione dei dati (art. 35 e 36).

Il cpv. 4 merita particolare attenzione. In deroga all'art. 67 cpv. 4 Lsan, che prevede la conservazione della cartella clinica e dei dati inerenti i pazienti per almeno dieci anni, la novella legislativa permette la distruzione anticipata, su richiesta dell'utente stesso e previa autorizzazione del CPSC. La Commissione ha ritenuto che effettivamente, in determinati casi, la distruzione può apparire giustificata. In effetti il ricovero in una UTR, proprio poiché struttura psichiatrica, ha tutt'altra valenza e significato che il ricovero in un normale ospedale e la divulgazione della notizia, per qualsiasi motivo, potrebbe avere per certi utenti, che sono normalmente inseriti nel loro contesto sociale e che hanno avuto sì un problema, ma sporadico e che con ogni verosimiglianza non si ripresenterà, conseguenze molto gravi. Ritenuta comunque la particolarità della fattispecie e soprattutto l'ipotetico pericolo derivante per terze persone, la Commissione ritiene che il CPSC dovrà applicare molta severità e rigore nell'esame delle domande.

### **Articolo 40 (39 M)**

Viene in buona sostanza ripreso l'art. 43 in vigore, regolante la costrizione, di regola vietata, salvo imperative esigenze terapeutiche (il termine "imperative" è stato introdotto dalla Commissione in sostituzione di "giustificate", ritenuto più incisivo). È stato inoltre aggiunto il cpv. 3, che precisa che la competenza di l'isolamento in luogo chiuso spetta al medico, salvo i casi d'urgenza. Resta sottinteso che se l'ordine dovesse venir impartito da personale paramedico dovrà essere poi ratificato dal medico competente. La Commissione sottolinea comunque che la costrizione dovrebbe costituire l'eccezione dell'eccezione, poiché molto limitante dei diritti dell'utente.

### **Articoli 41 e 42 (40 e 41 M)**

Vengono ripresi gli art. 44 e 45 vigenti, con l'aggiunta di un cpv. 4 all'art. 41 che sancisce il principio del riconoscimento della proprietà intellettuale delle opere realizzate dagli utenti. La Commissione ha poi accolto un emendamento proposto dall'on. R. Ghisletta, in base al quale il riconoscimento non deve avvenire solo a cura dell'OSC, ma anche degli enti di diritto privato, sottoposti alla LASP, in seno ai quali l'opera dovesse venir realizzata.

### **Articoli 42, 43 e 44 (M)**

La Commissione ha lungamente discusso sull'opportunità di mantenere nella LASP le norme inerenti il diritto di voto delle persone malate di mente o interdetto, rispettivamente l'accertamento della loro capacità di discernimento. In particolare, è stato unanimemente riconosciuto che la *sedes materiae* adeguata non è la legge in discussione, ma piuttosto la Legge sull'esercizio dei diritti politici. Nel frattempo il Gran Consiglio ha varato detta legge, che regola anche la questione in oggetto, con relativo stralcio degli art. 46, 47 e 48 della legge in vigore.

La Commissione ha discusso inoltre circa l'opportunità o meno di inserire nella LASP un articolo che operi un rinvio in materia alla legge sui diritti politici, tuttavia rinunciandovi, per non appesantire la LASP stessa.

### **Articolo 43 (45 M)**

La norma in questione ha suscitato in seno alla Commissione della legislazione un'interessante e vivace discussione, soprattutto in merito al cpv. 2, in base al quale il Consiglio di stato ha proposto l'organizzazione di un servizio di assistenza e consulenza per l'utente, con funzione di tutela dei suoi diritti e di mediatore tra autorità e utente stesso, da affidare ad un ente di importanza nazionale, super partes, senza scopo di lucro, avente altresì l'obbligo di allestire un rapporto annuale all'attenzione dell'esecutivo (cpv. 3) circa eventuali carenze generali riscontrate dell'ambito della tutela dei diritti del malato. Per svolgere tale compito l'ente pubblico dovrebbe versare un sussidio annuo all'ente che verrebbe incaricato, pari a ca. fr. 60'000.—, ovvero lo stipendio di una persona attiva al 50%.

Tutti i commissari, seppur con motivazioni diverse e con convinzioni più o meno forti, hanno ritenuto che un servizio così come proposto nel messaggio è senza dubbio utile per una migliore tutela dell'utente, in considerazione della sua fragilità e vulnerabilità. In effetti, se da un lato vi sono dei pazienti che comunque riescono a difendere i loro diritti, vuoi con le loro forze, vuoi con l'aiuto di parenti o persone vicine, vuoi grazie ad un legale di fiducia, il cui intervento potrebbe se del caso essere coperto dall'ente pubblico in base ai principi dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio, dall'altro la fragilità del malato potrebbe anche indurlo a subire delle situazioni lesive dei suoi diritti, proprio poiché non la forza psichica sufficiente per difendersi o reagire. La Commissione ha poi condiviso le riflessioni contenute nel messaggio circa la possibilità, in alternativa a questo servizio, di imporre automaticamente un difensore d'ufficio ad ogni utente ricoverato in forma coatta, esprimendo tuttavia parecchie perplessità circa l'efficacia di un tale sistema, oltremodo rigido, dai costi non indifferenti. Raggiunto dunque il consenso sull'opportunità di istituire il servizio in questione, che svolgendo anche opera di mediazione dovrebbe contenere sul nascere possibili conflitti, la discussione si è concentrata da un lato sulla proposta di affidare il mandato ad un ente così come indicato al cpv. 2, dall'altro sull'aspetto finanziario. Una minoranza di commissari era infatti dell'opinione che non occorresse definire nella legge con precisione i requisiti dell'ente a cui affidare il mandato, rispettivamente che la clausola in base alla quale detto ente deve essere attivo da almeno da dieci anni nell'ambito della tutela dei diritti dei malati psichici fosse troppo limitativa, escludendo di fatto molte associazioni, competenti e capaci di svolgere detto compito, ma attive da meno tempo. Tuttavia, la maggioranza della Commissione ha ritenuto di accettare la proposta governativa inerente questo specifico aspetto, in considerazione del fatto che l'ente incaricato dovrà garantire serietà e competenza assoluta, vista la delicatezza della materia, e che il fatto di operare da almeno dieci anni, ossia durante un periodo di una certa durata, costituisce un'ulteriore garanzia per il malato. Quanto all'aspetto finanziario, la maggioranza della Commissione ha ritenuto che un servizio gratuito a tutti gli effetti non si giustifichi, sia a seguito della situazione in cui versano le finanze dell'ente pubblico, sia poiché la gratuità della prestazione potrebbe comportare un effetto perverso di utilizzo anche nei casi in cui non vi è necessità, sia perché appare logico ed evidente che un paziente in grado di sopportare i costi di una prestazione costituente di fatto un patrocinio legale debba provvedervi di tasca propria se la sua situazione finanziaria glielo consente. Viceversa, si creerebbe una disparità di trattamento tra malati psichiatrici, che benefice-

rebbero di tale prestazione indipendentemente dal reddito, e gli altri cittadini, che, nel caso in cui devono far valere i propri diritti, beneficiano di un aiuto dello stato sotto forma di assistenza giudiziaria solo nel caso in cui non siano in grado di provvedervi personalmente.

In definitiva è stato raggiunto un accordo inerente innanzitutto il fatto che il nuovo servizio è utile e pertanto da sostenere ed in secondo luogo che il medesimo non può essere garantito gratuito in generale, ma che l'utente che ne ha le possibilità deve provvedere personalmente al pagamento della prestazione, da fissarsi tramite un tariffario allestito a cura del Consiglio di Stato. In sostanza, l'ente pubblico sussidierà sì l'associazione a cui conferirà il mandato di tutela e assistenza degli utenti, ma quest'ultima dovrà provvedere ad incassare i contributi secondo detto tariffario e a renderne conto, in modo tale da contenere il sussidio alla differenza non coperta dai contributi personali degli utenti. Occorrerà inoltre effettuare un rigoroso controllo circa il rapporto costi benefici, onde verificare se detto servizio, che in teoria appare utile e che potrebbe avere dei riscontri finanziari positivi, permettendo di evitare procedure inutili e permettendo di conseguenza di limitare i costi di patrocinio e amministrativi legati all'assistenza giudiziaria, in pratica darà gli effetti sperati. La Commissione ha pertanto riformulato il cpv. 2, accogliendo una proposta di emendamento degli on. R. Ghisletta e B. Bernasconi, così come un emendamento dell'on. E. Bobbià tendente allo stralcio dell'ultima frase del medesimo capoverso ("tale attività è finanziata dallo stato"), e meglio: "L'ente sussidiato preleva un contributo dall'utente, tenendo conto della sua situazione finanziaria, in base ad un tariffario approvato dal Consiglio di Stato".

In merito al cpv. 3 alcuni commissari hanno sollevato delle perplessità circa il compito affidato all'ente di redigere un rapporto all'attenzione del Consiglio di Stato in merito ad eventuali carenze riscontrate, e dunque non solo limitato all'attività svolta. Altri commissari, convinti del contrario, hanno sottolineato l'importanza di tale rapporto, che deve però comportare la possibilità per l'ente a cui è affidato il mandato di accedere alla documentazione inerente gli utenti, viceversa il rapporto sarebbe incompleto e fuorviante. In definitiva, si è raggiunto un consenso sul significato di detto rapporto, nel senso che l'ente incaricato non dovrà sovrapporsi agli organi previsti dalla LASP, quali il CPSC ma soprattutto la Commissione giuridica, che in base all'art. 14 è preposta alla vigilanza, ma dovrà concentrarsi sul compito di mediazione tra utente e ente pubblico, difendendo gli interessi dei primi là dove necessario e proponendo al Consiglio di Stato dei suggerimenti, senza che ciò svuoti di significato l'attività del CPSC e della Commissione giuridica, la dove i rispettivi compiti potrebbero sovrapporsi. L'attività di vigilanza dell'ente incaricato ai sensi dell'art. 43 non dovrà in alcun modo diminuire il significato della Commissione giuridica, o peggio ancora esautorarla, ma piuttosto fornirle un aiuto e un sostegno, affinché possa svolgere il suo compito.

#### **Articoli 44 e 45 (46 e 47 M)**

Corrispondono agli art. 50 e 51 della legge in vigore, ripresi immutati nella forma e nei contenuti.

#### **Articolo 46 (48 M)**

L'art. 46 riprende l'art. 52 in vigore, con un'importante completazione. Il cpv. 1 viene infatti precisato nel senso che se il collocamento coatto è stato deciso dall'autorità tutoria,

quest'ultima può prevedere nella decisione stessa di delegare la successiva decisione di dimissione al responsabile medico, e meglio al direttore di settore. Ritenuto che in base all'art. 397b cpv. 3 CCS, se l'autorità tutoria ha ordinato un ricovero coatto la successiva dimissione le compete, si sono verificati dei casi in cui un utente che aveva superato la crisi ed era dunque pronto a lasciare la struttura, doveva attendere a volta anche dei mesi prima che si riunisse la delegazione tutoria del suo comune e formalizzasse la decisione di dimissione. Tale lacuna legislativa ha pertanto creato delle situazioni ai limiti della legalità, poiché in base all'art. 397a cpv. 3 CCS, l'utente collocato coattivamente deve essere rilasciato non appena il suo stato lo consente.

La novella legislativa, ossia la delega per il rilascio dell'utente conferita dall'autorità tutoria al responsabile di settore, consentirà dunque di evitare le situazioni verificatesi nel passato, ciò che permetterà una migliore tutela dei diritti del malato.

### **Articoli 47 e 48 (49 e 50 M)**

Corrispondono agli art. 53 e 54 in vigore.

### **Articolo 49 (51 M)**

L'articolo colma una lacuna della LASP in vigore e crea la base che di fatto legalizza il sistema praticato dall'OSC. Attualmente le rette, ad eccezione di quelle relative al CARL, i cui utenti sono tutti al beneficio di una rendita AI, vengono prelevate in base ad un tariffario (cfr. allegato E; per l'anno in corso il tariffario è confermato).

### **Articoli 50, 51 e 52 (52, 53 e 54 M)**

Vengono sostanzialmente ripresi gli art. 55, 56 e 57 vigenti.

### **Articolo 53 (55 M)**

Giusta l'art. 33 cpv. 1 della legge in vigore, le decisioni adottate in base alla legge stessa avevano automaticamente effetto sospensivo e non era sancita la possibilità per la Commissione giuridica di emanare provvedimenti cautelari. Il nuovo articolo 53 cpv. 1, in parallelo del resto alla regola prevista nell'ambito della procedura amministrativa all'art. 47 Lpamm, sovverte il principio, ciò che appare del resto adeguato al tipo di casistica in oggetto, ragion per cui le decisioni della Commissione giuridica saranno immediatamente esecutive (non avranno dunque effetto sospensivo), ritenuta la possibilità di emanare provvedimenti cautelari o sospensivi, d'ufficio o su istanza, e meglio istanza della parte interessata, del responsabile dell'UTR, del rappresentante legale o di terzi aventi un interesse legittimo.

### **Articolo 54 (56 M)**

Questa norma, che riprende l'art. 59 in vigore, regola la procedura ricorsuale.

Il cpv. 1 quantifica innanzitutto il diritto delle parti coinvolte a formulare delle osservazioni scritte, entro tre giorni (attualmente "entro termini brevi").

Il cpv. 2 codifica la prassi instauratasi, ovvero prevede in caso di ricorso l'organizzazione di un'udienza di conciliazione dinanzi ad una delegazione della Commissione giuridica, in termini brevi. La prassi ha infatti dimostrato che parecchie situazioni, che apparivano anche molto conflittuali, hanno potuto essere risolte a soddisfazione dell'utente, proprio grazie ad un'udienza informale.

Il cpv. 3 regola la continuazione della procedura in caso di mancata conciliazione, ossia tramite ulteriore audizione dell'utente, alla presenza dell'intero collegio giudicante, in ossequio alla precisa giurisprudenza del TF in materia.

#### **Articoli 55, 56, 57, 58, e 59 (57, 58, 59, 60 e 61 M)**

Accolti senza particolari osservazioni, ritenute le precisazioni contenute nel messaggio.

### **V. ASPETTI FINANZIARI**

Il messaggio specifica chiaramente a pag. 18 che la revisione della LASP non comporterà spese d'investimenti, estensione di competenze, aumento di personale, così come conseguenze finanziarie per enti subalterni o per i comuni.

Il rispetto di tali presupposti per la maggioranza dei commissari della legislazione è conditio sine qua non per la sottoscrizione del presente rapporto.

Unica eccezione è costituita dal sussidio per l'ente di cui all'art. 43 (45 M). Tramite la soluzione adottata, ossia l'abolizione del principio della gratuità automatica, la Commissione ha inteso contenere la spesa prevista e fissata in fr. 60'000.--, che dovrebbe ridursi ulteriormente.

In considerazione delle motivazioni di cui sopra, la Commissione della legislazione invita il Gran Consiglio ad accettare il messaggio no. 4720 dell'11 febbraio 1998, con le modifiche apportate.

Per la Commissione della legislazione:

Michela Ferrari-Testa, relatrice  
Bergonzoli E. - Bergonzoli S. - Bernasconi -  
Bobbià, con riserva - Ermotti-Lepori -  
Fiori - Genazzi - Ghisletta - Hofmann -  
Jelmini - Lepori Colombo - Marzorini, con riserva -  
Nova - Pantani - Righinetti

Disegno di

## **LEGGE**

### **sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)**

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 11 febbraio 1998 no. 4720 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 15 gennaio 1999 no. 4720 R della Commissione della legislazione,

**d e c r e t a :**

#### **Capitolo I - Generalità**

##### **Articolo 1**

###### **Scopo**

<sup>1</sup>La presente legge ha lo scopo:

- a) di tutelare i diritti delle persone bisognose di assistenza (dette in seguito utenti) (art. 2) e, in modo particolare, di creare le premesse per garantire loro un'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica pubblica adeguata nel rispetto delle libertà individuali;
- b) di istituire e organizzare le Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR) nel territorio e di vigilare sul loro funzionamento;
- c) di favorire la prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patogeni a livello individuale e sociale.

<sup>2</sup>Le disposizioni concernenti la tutela della libertà individuale, i diritti dell'utente e l'assistenza all'utente si applicano anche agli enti e alle persone di diritto privato che adempiono compiti o perseguono finalità attinenti al campo di applicazione della presente legge.

##### **Articolo 2**

###### **Campo di applicazione**

Sono bisognose di assistenza le persone:

- a) indicate nell'art. 397a CCS;
- b) che compromettono gravemente o con imminente probabilità la propria vita e salute o quella altrui;
- c) oggetto di una misura sancita dal diritto penale federale;
- d) che necessitano di altri interventi terapeutici e riabilitativi nel campo sociopsichiatrico.

### Articolo 3

#### **Collaborazione**

<sup>1</sup>Lo Stato favorisce la collaborazione con le persone fisiche e giuridiche di diritto privato che operano nel campo dell'assistenza psichiatrica e sociale.

<sup>2</sup>Il Consiglio di Stato può riconoscere ad esse la qualifica di UTR. La relativa convenzione indica in modo particolare le funzioni pubbliche e il grado di autonomia attribuita.

<sup>3</sup>Lo Stato può concedere sussidi ad una UTR in funzione dell'interesse generale rappresentato dalla sua attività nel quadro della pianificazione (art. 13).

In tal caso il Consiglio di Stato disciplina le condizioni e i limiti del sussidio.

### Articolo 4

#### **Diritti degli utenti**

##### **a) Libertà personale**

Ogni limitazione della libertà personale è ammessa solo se necessaria per una terapia efficace, adeguata e indispensabile.

<sup>2</sup>La limitazione della libertà personale, causata dal collocamento o dalla degenza in una UTR, o dall'applicazione contro la volontà dell'utente o senza il suo consenso di una terapia e segnatamente se particolarmente intensa o rischiosa è subordinata al fondamento medico e giuridico precisato nella presente legge.

<sup>3</sup>Sono riservati l'art. 23 e il diritto federale.

### Articolo 5

##### **b) Assistenza adeguata**

L'utente ha diritto a un'assistenza adeguata e in modo particolare:

- a) ad essere mantenuto, se non controindicato, nel suo ambiente sociale e familiare;
- b) al collocamento nell'UTR maggiormente corrispondente alle sue esigenze;
- c) a un intervento ininterrotto, fornito da personale qualificato di cui deve essere specialmente promossa e garantita la formazione professionale permanente;
- d) all'applicazione di terapie proporzionali all'esigenza di cura, definite, se possibile, con la sua partecipazione.

### Articolo 6

#### **Ricerca epidemiologica e di qualità delle cure**

<sup>1</sup>E' promossa la ricerca epidemiologica e sulla qualità delle cure legate alla tutela dei diritti dei pazienti.

<sup>2</sup>Essa è coordinata con gli altri settori della salute pubblica e dell'assistenza sociale.

<sup>3</sup>Le UTR riconosciute sono tenute a trasmettere al Servizio documentazione e ricerca Organizzazione sociopsichiatrica cantonale secondo le modalità da stabilire, tutti i dati necessari alla ricerca e all'elaborazione della pianificazione sociopsichiatrica.

In particolare esse sono tenute a mettere a disposizione del Centro di documentazione e ricerca OSC tutti i dati catamnestici da esso richiesti per tutti gli interventi coatti, a scadenze regolari.

<sup>4</sup>Sono riservati gli artt. 34 e 39.

## Capitolo II - Organizzazione

### Articolo 7

#### Settori

<sup>1</sup>Ai fini dell'applicazione della presente legge il Cantone è suddiviso in settori psichiatrici, il cui numero e dimensione geografica sono decisi nell'ambito della pianificazione sociopsichiatrica cantonale.

<sup>2</sup>Ogni settore è dotato di UTR, settoriali o intersettoriali, commisurate alle esigenze della sua popolazione; è favorita la collaborazione con gli enti e le persone di diritto privato (art. 1) e con le altre strutture sanitarie, scolastiche e sociali istituzionali e territoriali.

<sup>3</sup>Il Direttore di settore garantisce l'unitarietà di intervento delle singole UTR nel rispetto della continuità delle cure.

### Articolo 8

#### Unità terapeutiche riabilitative (UTR)

<sup>1</sup>Sono considerate unità terapeutiche riabilitative (UTR) le strutture pubbliche o private riconosciute nell'organizzazione settoriale.

<sup>2</sup>Il Regolamento d'applicazione ne specifica le caratteristiche ed i compiti.

<sup>3</sup>Le persone che operano all'interno dell'UTR collaborano fra loro formando un'équipe interdisciplinare.

### Articolo 9

#### Organizzazione sociopsichiatrica (OSC)

<sup>1</sup>L'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) comprende le UTR pubbliche e i servizi psichiatrici settoriali, intersettoriali e generali cantonali.

Ha un Direttore ed un Consiglio di Direzione.

<sup>2</sup>Il Presidente del Consiglio psicosociale cantonale (art. 12 cpv. 2) assume la funzione di Responsabile medico dell'OSC.

<sup>3</sup>Le competenze sono determinate dal Regolamento d'applicazione.

## Articolo 17

### **b) Procedura**

<sup>1</sup>La richiesta formulata dall'utente è presentata al responsabile dell'UTR.

<sup>2</sup>Questi valuta approfonditamente le ragioni della richiesta dell'utente e, se necessario, adotta provvedimenti alternativi al ricovero.

<sup>3</sup>Nel caso di ricovero coattivo, secondo gli art. 19 segg., quando ne sia cessata la causa, l'utente può chiedere al responsabile dell'UTR presso cui è collocato, di rimanere nell'ente a titolo di ricovero volontario.

## Articolo 18

### **c) Ricorso**

Contro la decisione di rifiuto di un ricovero volontario è dato ricorso nel termine di 10 giorni alla Commissione giuridica che decide inappellabilmente.

## Articolo 19

### **Collocamento coattivo I. Principio**

È coattivo ogni ricovero in una UTR oggetto della presente legge che avviene senza o contro la volontà dell'utente.

## Articolo 20

### **II. Collocamento coattivo non ur- gente (ordinario) 1. Competenza**

<sup>1</sup>Il collocamento o il trattenimento in una UTR avviene per decisione:

- a) dell'autorità competente secondo la legislazione federale e cantonale per i detenuti e i prevenuti;
- b) della delegazione tutoria del Comune di domicilio per le persone previste all'art. 397a CCS o dal direttore del settore del luogo di domicilio in caso di malattia psichica;
- c) dell'autorità prevista dal diritto federale per i minorenni (art. 310, 315, 315a, 405a cpv. 1 CCS).

### **2. Trattamento ambulatoriale collettivo**

<sup>2</sup>Il Direttore del settore o lo psichiatra curante, possono decidere un trattamento ambulatoriale coattivo se la situazione dell'utente, pur non giustificando un collocamento, richiede comunque un intervento restrittivo della libertà personale.

## Articolo 21

### **3. Decisione**

Se la decisione non viene emanata da un giudice penale, essa deve essere motivata e corredata dal piano terapeutico e deve fare esplicito riferimento alla possibilità di ricorso (art. 50 segg.) indicando termine e autorità.

## Articolo 22

### **III. Collocamento coattivo urgente**

#### **1. Competenza**

<sup>1</sup>In caso di urgenza la decisione di collocamento coattivo giusta gli art. 20 lett. b) e c) e 23 è di competenza, oltre che delle Autorità ivi designate, anche della delegazione tutoria del luogo di residenza della persona oppure di un medico abilitato all'esercizio in Svizzera.

<sup>2</sup>Per le persone tutelate (art. 405 e 406 CCS) è inoltre competente il tutore.

<sup>3</sup>Per il trattenimento susseguente fa stato l'art. 20.

## Articolo 23

#### **2. Collocamento coattivo per motivi di polizia**

Una persona può essere collocata in una UTR coattivamente per motivi di polizia solo se costituisce con grande probabilità un pericolo grave e imminente per la propria o altrui vita e salute, evitabile solo con la privazione della libertà e se il collocamento è suscettibile di favorire l'adozione di interventi terapeutici o riabilitativi.

## Articolo 24

#### **3. Decisione, forma**

La decisione deve contenere:

- a) la sintomatologia, con l'esposizione dettagliata dei fatti che rendono necessario il collocamento coatto;
- b) la giustificazione della indifferibilità e della insostituibilità della misura;
- c) il luogo ed il tempo della visita personale dell'utente;
- d) la fonte di altre informazioni, almeno in modo generico;
- e) ogni altro elemento su cui il medico o l'Autorità ha fondato la propria decisione;
- f) l'indicazione se il ricovero è coatto o volontario;
- g) l'indicazione dell'Autorità e del termine di ricorso (art. 50).

## Articolo 25

#### **4. Ratifica**

<sup>1</sup>Il responsabile dell'UTR presso cui l'utente è collocato, o il suo sostituto, verifica immediatamente la sussistenza dei requisiti che fondano la validità del collocamento d'urgenza. Sente la persona collocata, la informa dei suoi diritti e la rende attenta della facoltà di ricorso.

<sup>2</sup>In quanto possibile viene informato il rappresentante legale o, in sua mancanza, una persona prossima.

#### Articolo 26

- 5. Non accettazione** Se il responsabile dell'UTR ritiene non sussistere i requisiti di cui all'art. 24 non ratifica la decisione, prende provvisoriamente i provvedimenti opportuni e ne informa l'Autorità competente a norma dell'art. 20.

#### Articolo 27

- 6. Informazione** La delegazione tutoria del luogo di dimora, le Autorità previste all'art. 22, o, se da queste Autorità appositamente delegato, il responsabile dell'UTR presso cui l'utente è collocato o trattenuto, informano la delegazione tutoria del luogo di domicilio quando collocano o trattengono in una UTR una persona interdetta oppure quando ritengono che altre misure siano necessarie nei confronti di altri utenti.

#### Articolo 28

- 7. Esecuzione** L'Autorità può avvalersi dell'ausilio della forza pubblica in caso di urgenza o di dimostrata necessità.

### **Capitolo IV - Assistenza e diritti degli utenti**

#### Articolo 29

- Piano terapeutico e cartella clinica**
- <sup>1</sup>Il piano terapeutico è elaborato dall'équipe che assiste l'utente.
- <sup>2</sup>Se non lo giustificano motivi d'urgenza la privazione o la restrizione grave della libertà personale può essere attuata solo dopo l'elaborazione del piano o la sua iscrizione in esso.
- <sup>3</sup>Il medico curante elabora la cartella clinica.
- <sup>4</sup>Tali atti sono allestiti il più presto possibile e sono costantemente aggiornati.

#### Articolo 30

- Contenuto del piano terapeutico**
- Il piano terapeutico contiene in termini essenziali:
- a) la descrizione della natura dei problemi socio-psicopatologici dell'utente;
  - b) la descrizione e la giustificazione delle misure privative o restrittive della libertà personale, della loro necessità e proporzionalità;
  - c) gli obiettivi terapeutici e riabilitativi a media e lunga scadenza e la prognosi, con valutazione delle risorse socio-familiari e personali dell'utente;
  - d) osservazioni importanti concernenti l'utente.

### Articolo 31

#### **Informazione all'utente**

<sup>1</sup>Il piano terapeutico deve essere discusso con l'utente.

<sup>2</sup>Se questi è capace di discernimento devono essergli dettagliatamente spiegati le finalità e gli effetti della terapia, la necessità delle restrizioni cui deve adeguarsi.

<sup>3</sup>Se l'incapacità di discernimento è transitoria o periodica occorre attendere un momento di sufficiente lucidità del degente.

<sup>4</sup>In caso di accertata duratura incapacità di discernimento o di urgenza il piano terapeutico deve essere discusso con il rappresentante legale o, in mancanza, con una persona prossima.

### Articolo 32

#### **Consenso dell'utente**

<sup>1</sup>Il consenso dell'utente è necessario per qualsiasi terapia.

<sup>2</sup>Il consenso deve essere formulato per iscritto nel caso di terapie intense e rischiose.

<sup>3</sup>All'utente deve essere data la possibilità di consultare una persona di sua fiducia, in particolare la persona designata ai sensi dell'art. 43 cpv. 2, e la CG.

### Articolo 33

#### **Consenso per utenti incapaci di discernimento**

<sup>1</sup>Il consenso dell'utente incapace di discernimento per le terapie intense e rischiose è dato dal suo rappresentante legale e confermato dai medici componenti il CPSC che valuta la richiesta dal profilo medico e dopo aver accertato l'inadeguatezza di altre terapie meno intense e rischiose.

<sup>2</sup>In caso di contrasto fra il rappresentante legale e i medici componenti il CPSC prevale la decisione di questi ultimi, riservato il ricorso all'Autorità competente.

<sup>3</sup>Per le terapie non intense o non rischiose il consenso dell'utente incapace di discernimento è dato dal suo rappresentante legale e, se negato, dal CPSC su istanza del responsabile dell'UTR.

### Articolo 34

#### **Consenso per la ricerca scientifica**

<sup>1</sup>Per la ricerca scientifica su persone scelte in funzione di una loro patologia psichiatrica è applicabile la legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge sanitaria), ritenuto che, in tali casi, la ricerca deve essere autorizzata dal Comitato etico istituito dalla legge sanitaria, che decide dopo avere raccolto il parere motivato del CPSC.

<sup>2</sup>È vietata la ricerca scientifica su persone incapaci di discernimento oggetto di una misura privativa della libertà.

### **Articolo 51**

**Forma** Il ricorso deve essere presentato nella forma scritta nel termine di 10 giorni dall'adozione della misura coattiva.

### **Articolo 52**

**Legittimazione** Sono legittimati a ricorrere:

- a) l'interessato, anche indipendentemente dal proprio rappresentante legale;
- b) il suo rappresentante legale;
- c) ogni persona prossima.

### **Articolo 53**

**Provvedimenti cautelari e sospensivi** <sup>1</sup>Il ricorso non ha effetto sospensivo.

<sup>2</sup>Il Presidente della CG può, d'ufficio, su istanza dell'utente, del responsabile dell'UTR, del rappresentante legale o di altro interessato, emanare provvedimenti cautelari e sospensivi.

### **Articolo 54**

**Procedura di ricorso** <sup>1</sup>Ricevuto il ricorso, il Presidente lo intima al responsabile dell'UTR e/o all'autorità che ha ordinato la misura, che sono tenuti a fornire le proprie osservazioni entro tre giorni.

<sup>2</sup>Di regola la CG effettua entro breve un'udienza conciliativa. Sente personalmente l'utente, i medici curanti nonché altri membri dell'équipe terapeutica appartenenti all'UTR competente. L'udienza conciliativa è, in linea di principio, effettuata da una delegazione della CG.

<sup>3</sup>In caso di mancata conciliazione l'ulteriore audizione dell'utente e la decisione della CG in materia di privazione e di restrizione grave della libertà, devono avvenire in tempi brevi, a composizione piena del collegio giudicante.

<sup>4</sup>La decisione della CG fa espresso riferimento alla facoltà di ricorrere al Tribunale cantonale amministrativo.

### **Articolo 55**

**Responsabilità** <sup>1</sup>La privazione e la restrizione della libertà personale, avvenuta in violazione delle norme della presente legge, conferisce il diritto ad un risarcimento del danno e, se giustificata dalla gravità del pregiudizio, a un'indennità di riparazione morale (art. 429a CCS).

<sup>2</sup>L'azione spetta all'utente e alle persone prossime per il danno o torto morale da esse effettivamente subiti.

<sup>3</sup>Per il resto è applicabile la legge sulla responsabilità degli enti pubblici e degli agenti pubblici (Lresp).

## **Capitolo VI - Disposizioni finali e transitorie**

### **Articolo 56**

#### **Diritto sussidiario**

Riservato il diritto federale (art. 397 a segg. CCS), la legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario e la legge di procedura per le cause amministrative, sono applicabili a titolo sussidiario.

### **Articolo 57**

#### **Regolamento d'applicazione**

Un regolamento d'applicazione stabilisce in particolare gli specifici doveri e diritti del personale curante, nonché le restrizioni necessarie per la convivenza nelle UTR.

### **Articolo 58**

#### **Nuove disposizioni**

<sup>1</sup>La legge sulla responsabilità degli enti pubblici e degli agenti pubblici è modificata come segue:

art. 31 lett. c)

c) abrogata

<sup>2</sup>È abrogata la legge sociopsichiatrica del 26 gennaio 1983.

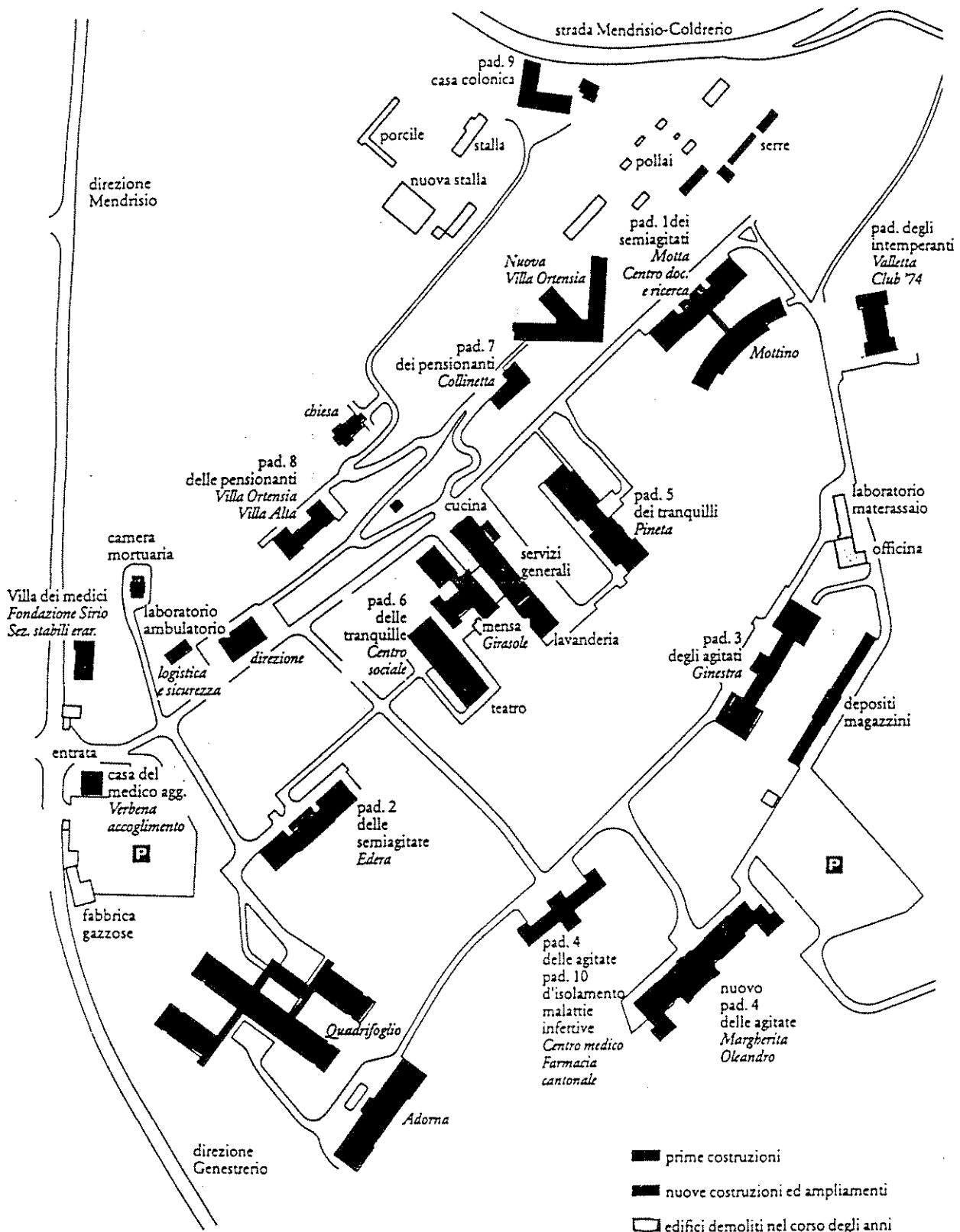
### **Articolo 59**

#### **Entrata in vigore**

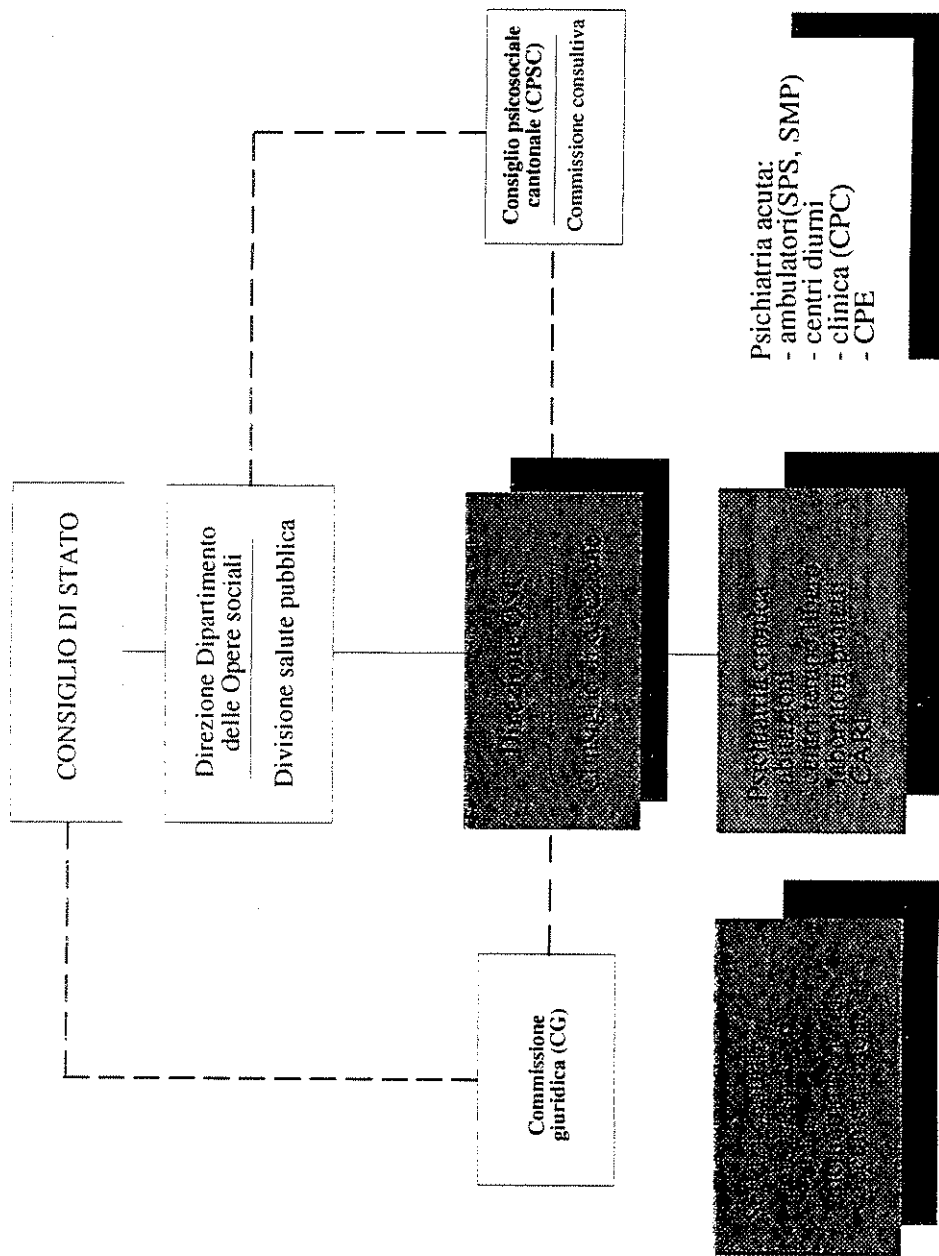
Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino.

Il Consiglio di Stato fissa la data di entrata in vigore.

Dottor Paolo Arnaldi. Il Manicomio cantonale di Mendrisio in Casvegno, OSC, 1998



# L'ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE (OSC)



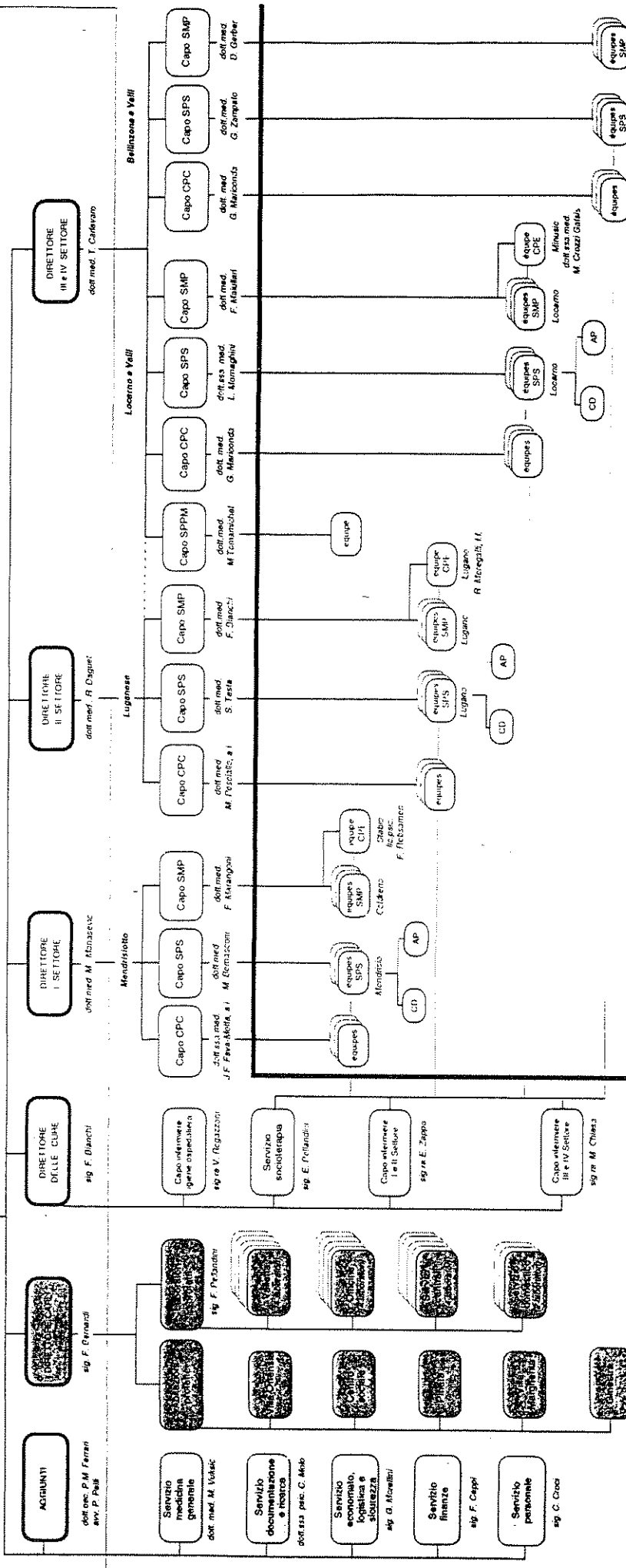
Direzione OSC e servizi centrali  
CARL / Psichiatria per cronici AI/AVS  
Psichiatria acuta e riabilitativa

# ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE (OSC) DEL DIPARTIMENTO DELLE OPERE SOCIALI

DIREZIONE DOS  
DIVISIONE DELLA  
SALUTE PUBBLICA

DIRETTORE  
OSC  
dot. ecc. F. Garbajati

CONSIGLIO DI DIREZIONE



OSC: Organizzazione sociopsichiatrica cantonale

CARL: Centro abitativo, ricreativo e di lavoro

CPC: Clinica psichiatrica cantonale

SPS: Servizio psico-sociale

SPPM: Servizio di psichiatria e di psicologia medica

SMP: Servizio medico-psicologico

CPE: Centro psico-educativo

CD: Centri diurni

AP: Appartamenti privati utilizzati esclusivamente dall'OSC

Servizi centrali  
Centro abitativo, ricreativo  
e di lavoro (CARL)

Direzione OSC e Servizi centrali

Psichiatria per cronici AVAYS

Psichiatria acuta e riabilitativa

Allegato C

Direzione OSC / LL - Mendrisio, 1.1.1997



1. gennaio 1985, che avviene il più grande cambiamento strutturale nella psichiatria pubblica: tutti i servizi, fino ad allora gestiti autonomamente, vengono riuniti in un unico organismo: l'**Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)**.

L'OSC è quindi l'ente statale del Canton Ticino che **ingloba tutte le strutture** ospedaliere e ambulatoriali pubbliche predisposte alla presa a carico dell'utente psichiatrico.

Una terza svolta storica sancisce di fatto la **scomparsa dell'ONC**, che nel 1994 viene suddiviso in due strutture separate e ben distinte in base al tipo di casistica: la Clinica psichiatrica cantonale (**CPC**), Mendrisio, per la cura e la riabilitazione di pazienti psichiatrici acuti e il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (**CARL**), Mendrisio, demedicalizzato, per ospiti cronici stabilizzati.

### Cenni storici

La storia della psichiatria pubblica prende avvio con l'apertura dell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) nel 1898, a Casvegno, Mendrisio.

All'inizio degli anni cinquanta/sessanta si organizzano i primi servizi ambulatoriali psichiatrici per minori e per adulti.

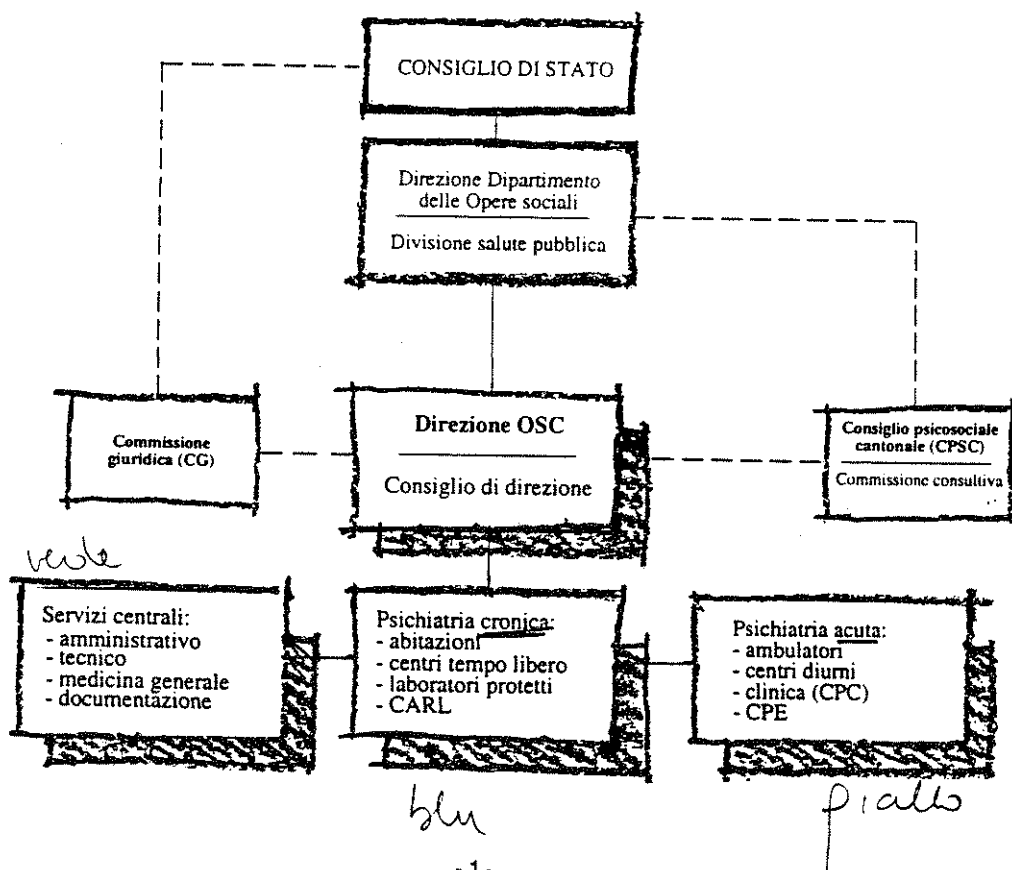
La psichiatria pubblica comincia quindi ad operare direttamente sul territorio, potenziando anche la funzione di prevenzione.

Ma è solo con l'entrata in vigore della nuova Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP) e l'approvazione del Regolamento di applicazione, il

### Struttura

Struttura pubblica della psichiatria, l'OSC è inserita nei servizi dell'Amministrazione cantonale ed è uno degli enti della Divisione della salute pubblica del Dipartimento delle opere sociali.

L'OSC è inserita nell'organizzazione dipartimentale secondo il seguente organigramma:



Presentando singolarmente le varie istanze che intervengono nel complesso mondo sociopsichiatrico (v. organigramma) abbiamo quindi:

❑ la **Commissione giuridica (CG)**, composta da un presidente scelto nell'ordine giudiziario, da un medico psichiatra, da un operatore sociale e da tre supplenti, è un importante organo decisionale previsto dalla LASP. Le competono la risoluzione dei ricorsi inoltrati da pazienti o da loro rappresentanti legali in caso di violazione (o presunta tale) dei loro diritti e la verifica dei piani terapeutici. Esamina inoltre l'idoneità delle strutture psichiatriche esistenti;

❑ il **Consiglio psicosociale cantonale (CPSC)**, ha il compito di coordinare, proporre e definire gli aspetti dell'intervento psichiatrico nella sua globalità. A tal scopo propone al Consiglio di Stato le soluzioni pianificatorie più opportune, facilita il coordinamento tra il settore pubblico e quello privato, autorizza le terapie intense e rischiose e la ricerca; il CPSC si avvale di una **Commissione consultiva**, che esamina la fattibilità dei progetti elaborati dallo stesso;

❑ l'**Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)**, come detto, si occupa direttamente della cura e della riabilitazione di pazienti psichiatrici acuti e cronici.

L'assistenza in materia sociopsichiatrica è rivolta a tutte le persone di ogni fascia d'età, con **servizi specifici e differenziati per adulti e per minori** dislocati nelle città più importanti del Cantone (Mendrisio, Lugano, Bellinzona e Locarno).

Siccome la LASP prevede che ogni persona bisognosa di assistenza psichiatrica sia seguita nel suo ambiente sociale e familiare e nella struttura terapeutica maggiormente corrispondente alle sue esigenze, l'OSC applica la **settorializzazione del territorio**, stabilita dal Consiglio di Stato in 3 regioni geografiche: Mendrisiotto, Luganese e Sopraceneri (vedi cartina pag. 3), dotati ciascuno di strumenti operativi analoghi per favorire un miglior coordinamento con le varie istituzioni pubbliche e private presenti nella regione (scuole, istituti, ospedali ecc.).

Per la cura di pazienti psichiatrici **adulti e anziani** l'OSC si avvale di:

❑ cinque servizi ambulatoriali ossia i **Servizi psico-sociali (SPS)** di Mendrisio, Lugano, Locarno, Bellinzona e Biasca (quest'ultimo a tempo parziale), disponibili al pubblico per consultazioni, per consulenze e per attività peritali, specializzati nelle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle affezioni psichiatriche dell'adulto e dell'anziano;

❑ un **Servizio di psichiatria e psicologia medica**, (SPPM) ambulatoriale. E' un servizio sperimentale con il compito di rispondere ai bisogni in ambito psichiatrico e psicologico degli utenti di ospedali somatici pubblici e privati;

❑ quattro servizi semistazionari ossia i **Centri diurni (CD)** di Mendrisio, Lugano, Bellinzona e Locarno, nei quali l'ospite trascorre una parte della giornata seguendo un programma di riabilitazione;

❑ due servizi stazionari la **Clinica psichiatrica cantonale (CPC)**, nata dalla riorganizzazione dell'ex ONC, per la cura e la riabilitazione di pazienti psichiatrici acuti la cui cura non è possibile con un intervento ambulatoriale e semistazionario; e il **Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)**, nato dalla riorganizzazione dell'ex ONC, demedicalizzato, per ospiti cronici stabilizzati, di regola al beneficio di una rendita AI (Assicurazione invalidità), che ha come obiettivo la gestione del comportamento dell'ospite e soprattutto il mantenimento e il potenziamento della sua autonomia;

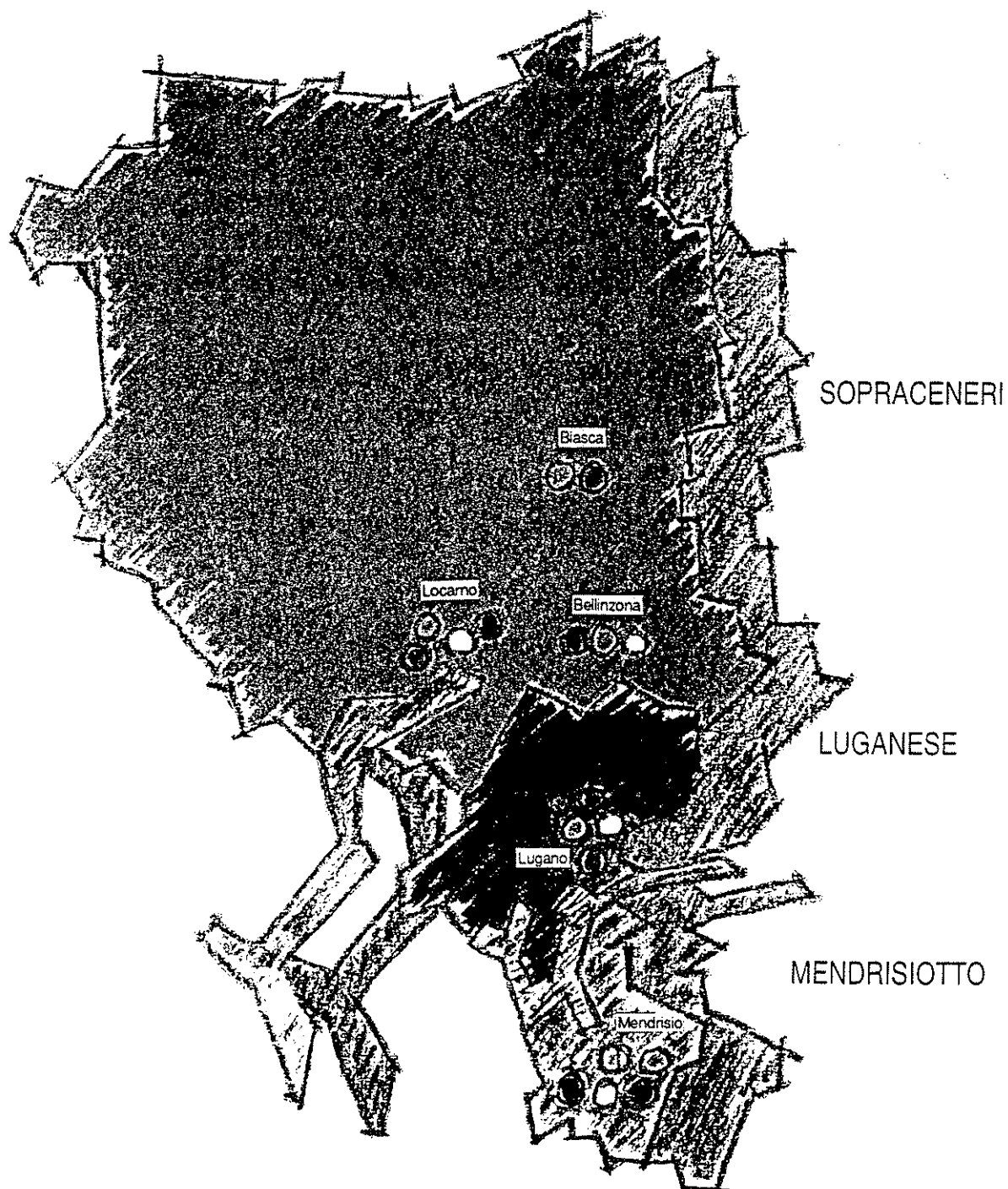
Per la cura dei **minorenni** l'OSC dispone di:

❑ cinque servizi ambulatoriali i **Servizi medico-psicologici (SMP)**, a Mendrisio, Lugano, Locarno, Bellinzona e Biasca (quest'ultimo a tempo parziale), specializzati nella psichiatria infantile e dell'adolescente;

❑ tre strutture semistazionarie ossia i **Centri psico-educativi (CPE)** a Stabio (che a differenza degli altri centri ha pure 6 letti), Lugano e Minusio, rivolti a bambini da 3 a 12-14 anni che, oltre alle cure medico-psicologiche, ricevono un'educazione scolastica individualizzata.

# ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE

## Dislocazione dei servizi nel territorio



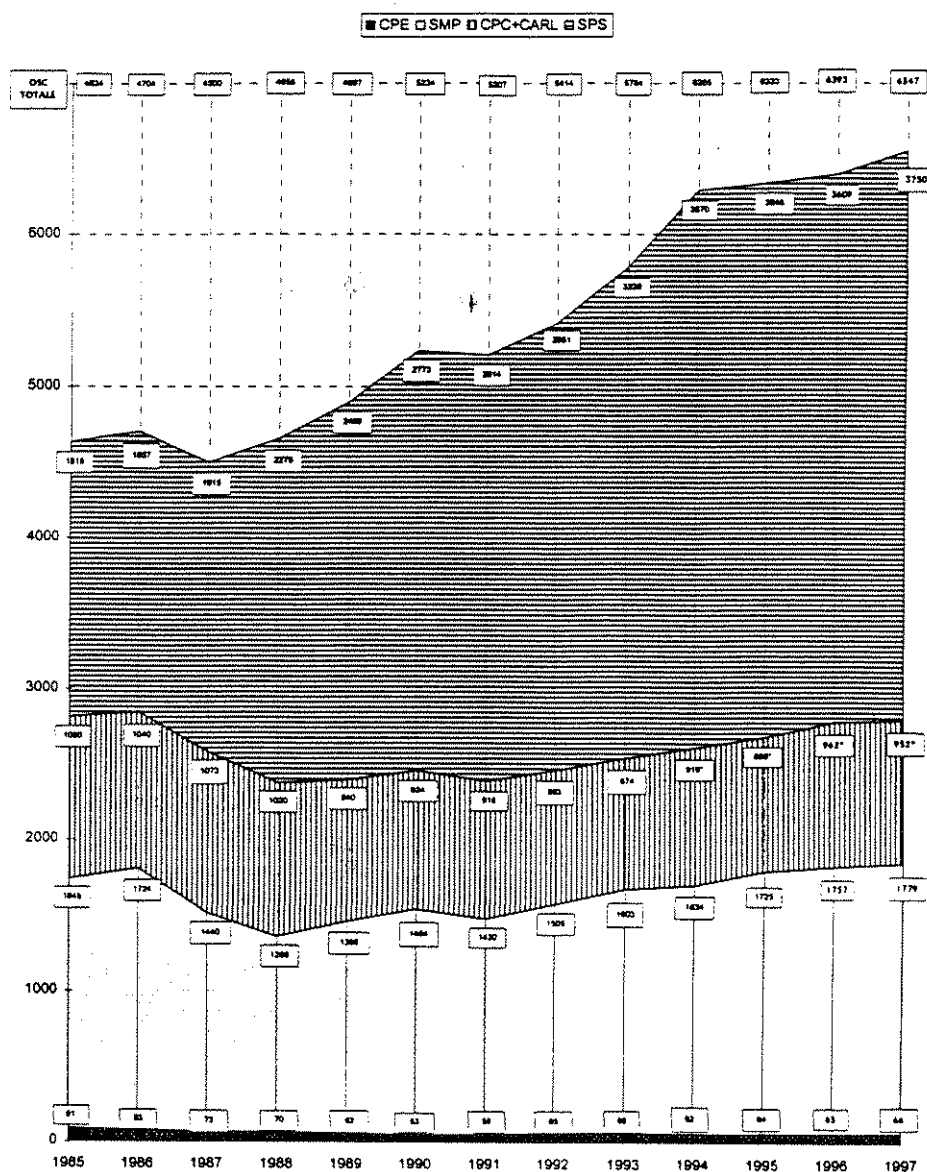
- ① Clinica psichiatrica cantonale (CPC) / Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)
- ② Servizi psico-sociali (adulti) (SPS)
- ③ Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM) (solo Lugano)
- ④ Centri diurni (CD)
- ⑤ Servizi medico-psicologici (minorenni) (SMP)
- ⑥ Centri psico-educativi (minorenni) (CPE)

 Settore del Mendrisiotto

 Settore di Lugano

 Settore del Sopraceneri

## Persone seguite dai servizi OSC



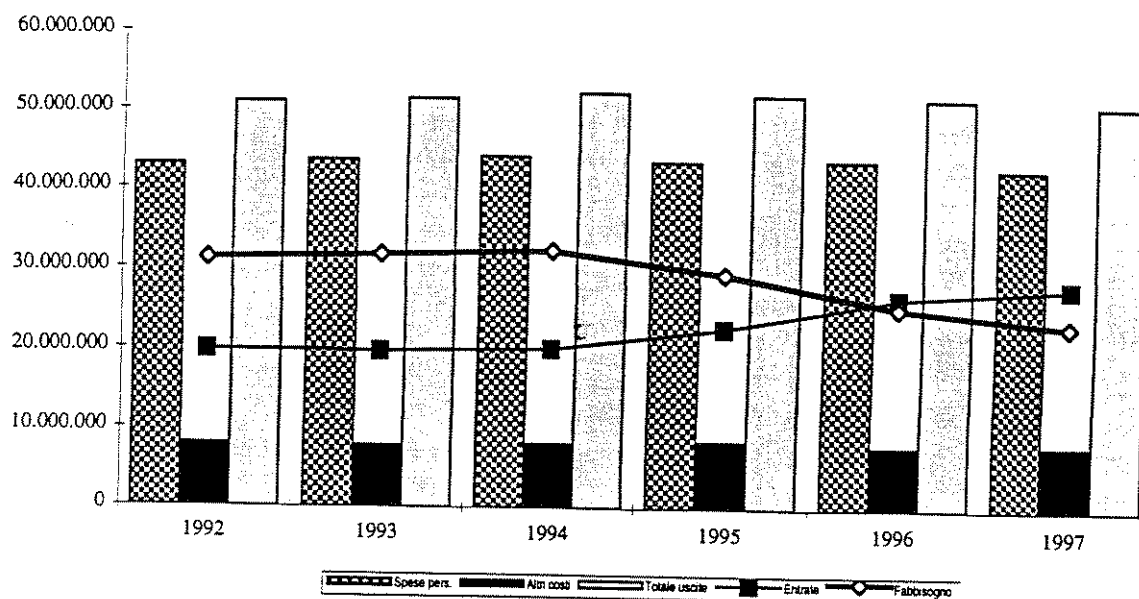
|                |            | 1994 | 1995  | 1996  | 1997  |
|----------------|------------|------|-------|-------|-------|
| * composto da: | CPC        | 814  | 787** | 855** | 846** |
|                | CARL       | 105  | 109   | 107   | 106   |
|                | CPC + CARL | 919  | 896   | 962   | 952   |

\*\* 13 nel 1995 e 17 nel 1996 sono state sia nella CPC sia nel CARL e registrate solo al CARL e 18 nel 1997

Le persone che si rivolgono alle strutture della psichiatria pubblica sono **globalmente in aumento**. Negli ultimi anni il numero degli utenti ha superato le 6000 unità.

Come indica la tabella l'aumento più importante interessa i servizi ambulatoriali; il **baricentro assistenziale** si è infatti spostato dalla Clinica psichiatrica di Mendrisio verso i centri abitati più importanti del Cantone.

## OSC: evoluzione finanziaria 1992 - 1997



(Fonte: contabilità dello Stato)

|      | Spese pers. | Altri costi | Totale uscite | Entrate    | Fabbisogno |
|------|-------------|-------------|---------------|------------|------------|
| 1992 | 42.990.624  | 7.999.970   | 50.990.594    | 19.808.343 | 31.182.251 |
| 1993 | 43.545.920  | 7.896.022   | 51.441.942    | 19.753.615 | 31.688.327 |
| 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 |

L'evoluzione finanziaria dal 1992 al 1996 indica un contenimento dei costi totali di gestione (+1%) rispetto all'indice dei prezzi al consumo che, nel medesimo periodo, ha fatto registrare un incremento del 6.8%.

Le entrate hanno fatto registrare un aumento del 33.2% e di conseguenza si è osservata una diminuzione del fabbisogno a carico dello Stato (-19.4%), pari a 5 mio ca.

Questa importante tendenza si è manifestata in particolare dopo la separazione dell'ex ONC in due strutture: CPC e CARL e al riassetto organizzativo che ne è scaturito.

Nei prossimi anni si prevede un'evoluzione dei costi di gestione non superiore all'incremento dell'indice dei prezzi al consumo.

## Tendenze generali

Lo Stato non prevede di estendere ulteriormente i propri servizi, ma auspica la sottoscrizione di **convenzioni di collaborazione** con altri enti (Ente ospedaliero Cantonale, ospedali privati, case per

anziani, medici e terapeuti privati, associazioni ecc.) al fine di **perfezionare l'intervento territoriale** e garantire al paziente un'assistenza psichiatrica nel suo ambiente sociale e familiare.

### Andamento del personale effettivo OSC - 1993/1998

| ANNO     | CASVEGNO |       | SPS-CD | SMP   | CPE   | TOTALE OSC |
|----------|----------|-------|--------|-------|-------|------------|
| 1.1.1993 | ONC      |       | 50.30  | 36.10 | 37.50 | 486.39     |
|          | 362.49   |       |        |       |       |            |
|          | CPC*     | CARL  |        |       |       |            |
| 1.1.1994 | 269.03   | 79.25 | 50.30  | 36.10 | 37.50 | 472.18     |
| 1.1.1995 | 266.12   | 79.25 | 49.80  | 34.40 | 37.50 | 467.07     |
| 1.1.1996 | 260.60   | 79.25 | 49.20  | 31.90 | 34.80 | 455.75     |
| 1.1.1997 | 255.52   | 79.63 | 50.20  | 32.00 | 33.90 | 451.25     |
| 1.1.1998 | 250.92   | 80.23 | 54.00  | 32.00 | 33.90 | 451.05     |

Fonte: PPA

\* Comprende: CPC + Servizi centrali + Direzione OSC + Centro documentazione e ricerca

Psichiatria, assistenza sociale, prestazioni dell'Assicurazione invalidità, etilismo, droga e cure somatiche richiedono interventi sempre più specialistici, anche se non è sempre possibile una netta separazione tra i diversi settori d'intervento.

Una proficua collaborazione tra tutti questi servizi è quindi più che necessaria.

Tra i diversi esempi di **lavoro in comune** citiamo quello stabilito dallo Stato con una fondazione privata, la **Fondazione Sirio**, la quale, con il suo Centro Dragonato di Bellinzona, la cooperativa agricola Al Frutteto di Gudo e diversi appartamenti protetti, ha finora contribuito concretamente a

reinserire nella società molti utenti, seguiti dai nostri servizi e da operatori privati.

In base alla pianificazione sociopsichiatrica cantonale per gli anni 1998-2001, l'assistenza psichiatrica pubblica e privata, con ca. 300 letti psichiatrici in tutto il Cantone, coprirà il fabbisogno della popolazione ticinese in questo ambito.

Occorrerà quindi pensare alla **verifica della qualità delle cure** prestate e a promuovere una prevenzione tale da evitare la marginalizzazione e la perdita del legame dell'utente con la famiglia e con l'ambiente quotidiano della regione di provenienza.

## Tariffe per i residenti nel Canton Ticino dal 1° gennaio 1998

### L'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale

richiamata la convenzione e il tariffario del 10 marzo 1997 con la Federazione ticinese assicuratori malattia (FTAM) Bellinzona, come pure l'art. 22 del Regolamento di applicazione della Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi del 14 marzo 1979 e il punto 2 delle Direttive inerenti l'applicazione e il computo delle rette emanate dal Dipartimento delle opere sociali il 7 settembre 1993

comunica:

1. Le tariffe applicabili a partire dal 1° gennaio 1998 per i residenti nel Canton Ticino sono così stabilite:

|                                                                                                                   | Comune                            | Semiprivata | Privata     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------|
| a) Clinica psichiatrica cantonale (CPC) per giornata di degenza                                                   | fr. 176.-                         | fr. 330.-   | fr. 415.-   |
| b) Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) per giornata di degenza dei quali fr. 55.- alla Cassa malati e | fr. 145.-<br>fr. 90.- al paziente | .-          | .-          |
| c) Degenze notturne e diurne CPC, CARL e Centri diurni                                                            | fr. 82.-                          |             |             |
| d) Assegno grande invalido                                                                                        | Lieve                             | Medio       | Elevato     |
| 1. Utenti ospedalizzati                                                                                           | fr. 199.-                         | fr. 498.-   | fr. 796.-   |
| 2. Cura ospedaliera di giorno e di notte                                                                          | fr. 99.-                          | fr. 249.-   | fr. 398.-   |
| e) Servizi psico-sociali (SPS) e Servizi medico-psicologici (SMP)                                                 |                                   |             |             |
| 1. Consultazioni effettuate da medici                                                                             |                                   |             | fr. 90.-    |
| 2. Consultazioni effettuate da psicoterapeuti o psicologi                                                         |                                   |             | fr. 36.-    |
| 3. Assistenza e cure infermieristiche                                                                             |                                   |             | fr. 28.-    |
| 4. Supervisioni, formazione e psichiatria di liaison                                                              |                                   |             | fr. 140.-/h |

Mendrisio, 30 dicembre 1997

Organizzazione sociopsichiatrica cantonale

### Articolo 43

#### **Assistenza agli utenti**

<sup>1</sup>L'utente ha diritto in ogni tempo di farsi assistere e rappresentare da una persona di sua fiducia nella cura dei suoi interessi personali e patrimoniali, riservate le norme federali sul diritto di tutela.

<sup>2</sup>Il Consiglio di Stato affida ad un ente privato d'importanza nazionale senza scopo di lucro e dedito da almeno 10 anni alla tutela dei malati psichici, l'organizzazione e la gestione di un servizio indipendente di assistenza e consulenza agli utenti; esso assicura in particolare agli stessi la propria mediazione nei confronti delle Autorità.

L'ente sussidiato preleva un contributo dall'utente, tenuto conto della sua situazione finanziaria, in base ad un tariffario approvato dal Consiglio di Stato.

<sup>3</sup>Questo Ente trasmette al Consiglio di Stato un rapporto annuale sulla sua attività e in particolare su eventuali carenze riscontrate nella tutela dei diritti dei pazienti.

### Articolo 44

#### **Dimissioni**

<sup>1</sup>L'utente ammesso volontariamente può lasciare l'UTR in ogni momento.

<sup>2</sup>Se al rilascio ostano motivi giustificanti il collocamento coattivo devono essere applicati gli art. 19 segg.

### Articolo 45

#### **Dimissioni degli utenti coatti a) Principio**

Gli utenti collocati coattivamente devono essere rilasciati non appena lo per metta il loro stato.

### Articolo 46

#### **b) Competenze per il rilascio**

<sup>1</sup>Competente per il rilascio di utenti coattivamente collocati dalle autorità e persone previste dagli art. 20 lett. b) e c), 22 e 23 è il direttore del settore o persone da lui designate, responsabili di UTR e aventi un titolo medico. E' riservato il diritto federale (art. 397 b cpv. 3 CCS); nella decisione di collocamento dell'autorità tutoria può essere prevista la delega di competenza per il rilascio al direttore di settore.

<sup>2</sup>Prima del rilascio viene data tempestiva informazione all'autorità competente per il collocamento coattivo ordinario.

<sup>3</sup>Il responsabile dell'UTR è pure competente per congedi temporanei dall'UTR.

#### **Articolo 47**

##### **c) Domanda di rilascio**

<sup>1</sup>L'utente, o il suo rappresentante legale o la persona prossima, può in ogni tempo inoltrare all'Autorità prevista dall'art. 46 una domanda di rilascio.

<sup>2</sup>La decisione deve essere intimata entro 10 giorni.

<sup>3</sup>Contro il rigetto della domanda è dato ricorso alla CG entro 10 giorni dalla notificazione.

#### **Articolo 48**

##### **Informazione per gli utenti**

<sup>1</sup>All'utente volontariamente o coattivamente ammesso in una UTR ed al suo rappresentante legale e eventualmente alla persona prossima, deve essere consegnato, unitamente alla decisione di accettazione o di collocamento, un esemplare della presente legge e del regolamento.

<sup>2</sup>L'utente deve essere informato sul diritto di ricorso.

#### **Articolo 49**

##### **Rette e onorari**

<sup>1</sup>L'OSC preleva rette e onorari corrispondenti alla qualità e all'entità delle prestazioni fornite.

<sup>2</sup>Se le rette e gli onorari sono richiesti direttamente all'utente, essi sono commisurati alle sue condizioni di reddito e di sostanza.

<sup>3</sup>Il Regolamento d'applicazione ne stabilisce i limiti e le modalità.

### **Capitolo V - Ricorso e risarcimento**

#### **Articolo 50**

##### **Ricorso**

<sup>1</sup>Alla CG vanno proposti tutti i ricorsi previsti dalla presente legge per i quali non è espressamente indicata una istanza differente.

<sup>2</sup>E' segnatamente dato ricorso contro ogni decisione od omissione comportante la privazione o una limitazione della libertà dell'utente.

<sup>3</sup>Contro la decisione della CG è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo in applicazione della Legge di procedura per le cause amministrative.

<sup>4</sup>La procedura è, di regola, gratuita.

### **Articolo 35**

#### **Accettazione o opposizione preventiva**

<sup>1</sup>L'utente capace di discernimento può formalmente notificare al CPSC, preventivamente ad un suo eventuale collocamento futuro, la sua accettazione o la sua opposizione preventiva all'uso nei suoi confronti di determinate terapie; ciò vale anche per la ricerca scientifica.

<sup>2</sup>Contro il rifiuto del CPSC di accettare tale notifica è dato ricorso alla CG che può sentire il medico curante.

<sup>3</sup>In caso di inderogabili necessità terapeutiche, il responsabile dell'UTR può prescindere da tale opposizione, notificandone immediatamente i motivi al CPSC e alla CG.

### **Articolo 36**

#### **Consenso per utenti collocati coattivamente**

<sup>1</sup>Se l'utente è coattivamente ricoverato e nega il consenso benché la terapia appaia indicata per la sua salute e meno lesiva della sua libertà personale di altre misure che si renderebbero necessarie, il CPSC, su istanza del responsabile dell'UTR, la può autorizzare.

<sup>2</sup>È riservato il diritto di ricorso alla competente autorità.

### **Articolo 37**

#### **Consenso: casi speciali**

<sup>1</sup>All'intervento del CPSC è possibile rinunciare solo in caso di grave urgenza.

<sup>2</sup>All'utente è dato ricorso alla CG che verifica la legalità dell'intervento anche se esso è già stato attuato.

### **Articolo 38**

#### **Libertà personale**

<sup>1</sup>Il collocamento in un'UTR non priva, come tale, l'utente di alcun diritto civile e costituzionale.

<sup>2</sup>Se non controindicato, l'utente ha il diritto di intrattenere liberamente i contatti sia all'esterno sia all'interno dell'UTR, a usufruire di uno spazio personale comodo e sicuro ed alla salvaguardia della propria sfera privata.

<sup>3</sup>Nel caso di prevenuti e detenuti, ogni ulteriore restrizione della libertà personale può essere ordinata solo dalla competente Autorità.

### **Articolo 39**

#### **Protezione dei dati**

<sup>1</sup>Salvo irrinunciabili necessità terapeutiche, le UTR e le autorità previste dalla presente legge garantiscono, nell'ambito della loro attività sia terapeutica che amministrativa, la totale segretezza circa l'identità degli utenti e tutto quanto attiene alla loro relazione con gli stessi.

<sup>2</sup>Il responsabile dell'UTR assicura la conservazione dei dati e l'inaccessibilità dell'archivio medico salvo precise esigenze terapeutiche o scientifiche. In quest'ultimo caso essi devono essere anonimizzati; eccezioni possono essere autorizzate in applicazione del pertinente diritto federale e cantonale.

<sup>3</sup>Sono in particolare applicabili gli artt. 35 e 36 della legge sulla protezione dei dati personali.

<sup>4</sup>In casi particolari, il CPSC può autorizzare la distruzione di dati concernenti un singolo utente su motivata richiesta di quest'ultimo.

#### **Articolo 40**

##### **Costrizione**

<sup>1</sup>L'isolamento in luogo chiuso è vietato, riservate imperative esigenze terapeutiche.

<sup>2</sup>La costrizione fisica può essere attuata solo in caso di grave necessità e deve cessare immediatamente quando non risulti più indispensabile.

<sup>3</sup>Salvo casi di urgenza la decisione è di competenza medica.

#### **Articolo 41**

##### **Attività lavorativa**

<sup>1</sup>All'utente non può essere imposta alcuna attività lavorativa, di carattere non terapeutico.

<sup>2</sup>Compatibilmente con le possibilità dell'UTR e con le esigenze poste dalla terapia seguita, l'utente deve poter svolgere l'attività lavorativa meglio rispondente alle sue capacità, attitudini e interessi.

<sup>3</sup>All'utente che svolge all'interno o all'esterno dell'UTR un'attività lavorativa deve essere corrisposto un equo salario senza trattenute dirette dei costi delle prestazioni fornite dall'UTR.

<sup>4</sup>L'OSC e gli enti di diritto privato riconoscono all'utente la proprietà intellettuale delle opere realizzate nell'ambito di attività socioterapiche o lavorative svolte in seno ad una UTR.

#### **Articolo 42**

##### **Integrazione professionale**

<sup>1</sup>Nell'ambito dell'applicazione della legge, ogni UTR promuove iniziative specifiche atte a favorire la qualificazione professionale degli utenti.

<sup>2</sup>Sono applicabili per analogia gli art. 9 e 10 della legge cantonale sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi.

## Articolo 10

**Direzione del Settore  
e della Clinica psichia-  
trica cantonale (CPC)**

<sup>1</sup>Le UTR pubbliche del settore sono affidate alla responsabilità del Direttore di settore, medico specialista FMH in psichiatria e psicoterapia o, in difetto, a persona con titoli di studio equivalenti.

<sup>2</sup>Le competenze dei direttori sono determinate dal Regolamento d'applicazione e dalla descrizione della funzione.

<sup>3</sup>I Direttori di settore delegano la responsabilità medica della Clinica psichiatrica cantonale (CPC) a un medico specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, o, in difetto, a persona con titoli di studio equivalenti, la cui sede di lavoro è in clinica.

<sup>4</sup>I direttori di settore possono parimenti delegare, anche solo parzialmente, la competenza terapeutica di altre UTR ai propri subordinati.

<sup>5</sup>Il Regolamento d'applicazione stabilisce le condizioni generali dell'atto di delega, eventualmente attribuendo direttamente competenze specifiche ai singoli responsabili delle diverse UTR.

## Articolo 11

**Consiglio psicosociale  
cantonale (CPSC)**

**a) Competenze**

È costituito un Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) con le seguenti competenze:

- a) elabora e propone al Consiglio di Stato la pianificazione sociopsichiatrica fissando l'ordine delle priorità;
- b) applica la presente legge nei casi in cui essa gli attribuisce speciale competenza e ne verifica l'attuazione generale;
- c) definisce e autorizza, nell'ambito di un catalogo costantemente aggiornato, le terapie intense e rischiose avvalendosi del consulto dell'ordine dei medici e conformemente all'art. 33.

## Articolo 12

**b) Composizione**

<sup>1</sup>Il CPSC è composto da:

- i direttori di settore e della CPC
- un membro nominato dal Consiglio di Stato
- un responsabile di un'UTR per minorenni
- due rappresentanti degli operatori sociali, di cui uno del personale dell'OSC e l'altro da designare tra gli operatori della psichiatria privata sentiti gli enti e le associazioni professionali interessate
- un rappresentante dell'Ente menzionato all'art. 43 cpv. 2
- uno psichiatra e psicoterapeuta FMH privato, designato dall'Ordine dei medici
- il Direttore OSC.

<sup>2</sup>Il Consiglio è presieduto da uno dei direttori di settore nominato dal Consiglio di Stato, secondo un turno di durata quadriennale.

### **Articolo 13**

#### **Pianificazione**

Il Consiglio di Stato, competente per approvarla, sottopone al Gran Consiglio per discussione ogni 4 anni, la pianificazione sociopsichiatrica coordinata con la pianificazione cantonale e con la pianificazione sanitaria e ospedaliera prevista dalla legislazione cantonale e federale.

### **Articolo 14**

#### **Commissione giuridica (CG) a) Competenze**

<sup>1</sup>La Commissione giuridica (CG) è un organo giudiziario competente per:

- dirimere i ricorsi presentati sulla base della presente legge ed in modo particolare quelli attinenti al rispetto della libertà individuale degli utenti;
- espletare l'attività di vigilanza di cui ai cpv. 2, 3 e 4.

<sup>2</sup>La CG segnala d'ufficio all'Autorità competente le situazioni di cui viene a conoscenza, anche su segnalazione di terzi, e che sono suscettibili di ledere le libertà individuali degli utenti, rispettivamente di violarle. Tale istanza informa entro breve termine la CG sull'esito della segnalazione.

<sup>3</sup>Annualmente invia al Consiglio di Stato un rapporto sulla sua attività e propone interventi strutturali che a suo giudizio permetterebbero una migliore assistenza degli utenti. Il Consiglio di Stato è tenuto a prendere in considerazione le suddette proposte nella pianificazione sociopsichiatrica cantonale.

<sup>4</sup>Alla CG è data facoltà di richiedere l'edizione dei dati catamnestici per i pazienti di sua competenza, anche dopo la conclusione della procedura ricorsuale.

### **Articolo 15**

#### **b) Composizione**

La CG è nominata dal Consiglio di Stato ogni 4 anni e si compone di un Presidente scelto nell'ambito dell'ordine giudiziario ordinario, uno specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, un operatore sociale e i rispettivi supplenti.

Ha sede presso l'ufficio del Presidente.

## **Capitolo III - Ammissione e collocamento nelle UTR**

### **Articolo 16**

#### **Ammissione volontaria a) Principio**

Ogni persona bisognosa d'assistenza ha il diritto di essere ammessa, su sua richiesta, in una UTR adeguata alla sua situazione.