

Messaggio

numero	data	Dipartimento
7227	4 ottobre 2016	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

Revisione parziale della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (legge sanitaria)

INDICE

I.	INTRODUZIONE	2
II.	L'EVOLUZIONE NEL SETTORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	3
1.	Quadro normativo.....	3
2.	Operatori sanitari nel Cantone dall'entrata in vigore dell'ALC	4
3.	Conseguenze dal profilo della vigilanza sanitaria.....	7
III.	I PRESTATORI DI SERVIZI TRANSFRONTALIERI	8
1.	Situazione precedente al 1° settembre 2013	8
2.	Le nuove disposizioni relative ai prestatori di servizio transfrontalieri per al massimo 90 giorni	8
IV.	LE ULTERIORI MODIFICHE LEGISLATIVE.....	11
1.	L'adeguamento alle disposizioni del Codice civile in materia di protezione degli adulti	11
2.	L'adeguamento alle disposizioni e alla terminologia utilizzata dalle nuove leggi federali concernenti le professioni sanitarie.....	11
3.	L'aggiornamento dell'elenco delle professioni regolamentate	12
4.	L'obbligo di autorizzazione per i servizi ambulatoriali.....	13
5.	L'aggiornamento delle disposizioni alle necessità della vigilanza sanitaria	13
V.	COMMENTO AI SINGOLI ARTICOLI	13
VI.	PERSONALE	31
VII.	CONGRUENZA CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO.....	32
VIII.	ATTI PARLAMENTARI EVASI.....	33
IX.	CONCLUSIONI.....	33



Signor Presidente,
signore e signori deputati,

con il presente messaggio ci pregiamo sottoporvi una proposta di modifica parziale della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge sanitaria) del 18 aprile 1989.

I. INTRODUZIONE

Dall'ultima revisione importante della legge sanitaria sono trascorsi oltre 15 anni¹ e in questo lasso di tempo il settore sanitario ha conosciuto un'evoluzione importante non solo dal lato tecnico, ma anche dal profilo legislativo, in particolare con l'entrata in vigore di diverse normative federali nuove o aggiornate. Questa evoluzione rende necessario un aggiornamento anche della relativa legislazione cantonale.

La revisione tiene conto innanzitutto dell'entrata in vigore il 1° settembre 2013 della legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate (LDPS, RS 935.01). Tale legge traspone nel diritto svizzero la decisione del 30 settembre 2011 del Comitato misto UE - Svizzera istituito dall'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) sulla modifica dell'allegato III dell'Accordo e concernente il reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali. La modifica qui proposta dovrebbe colmare alcune lacune apertesi con l'adozione della suddetta legge federale con riferimento ai prestatori di servizio transfrontalieri.

Connesso con tale nuova normativa, oltre che in taluni casi con l'evoluzione della giurisprudenza, è anche un aggiornamento dell'elenco e dello statuto delle professioni regolamentate, ovvero delle professioni il cui esercizio è soggetto ad autorizzazione, così come l'introduzione dell'obbligo di autorizzazione per i servizi sanitari ambulatoriali.

La presente modifica contiene inoltre una serie di adeguamenti - soprattutto tecnici - alla giurisprudenza e alle leggi federali entrate in vigore nel corso degli ultimi anni o appena adottate dal Parlamento federale e disciplinanti alcuni aspetti definiti anche dalla legge sanitaria. Nell'ultimo decennio sono in particolare state regolamentate sul piano federale diverse professioni sanitarie e le relative condizioni di esercizio. Le modifiche proposte sono segnatamente indotte dall'adozione della legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006 (LPMed, RS 811.11) e della sua revisione del 20 marzo 2015, della legge federale sulle professioni psicologiche del 18 marzo 2011 (LPPsi, RS 935.81) e della legge federale sulle professioni sanitarie, approvata il 30 settembre 2016.

Non da ultimo vengono integrati in questo messaggio taluni adeguamenti derivanti dalla modifica del 18 dicembre 2008 del Codice civile in materia di protezione degli adulti, entrata in vigore il 1° gennaio 2013. Si tratta in particolare di recepire le nuove disposizioni federali sulle direttive anticipate e sul mandato precauzionale, sostituendole alle attuali e preesistenti norme di diritto cantonale.

Alcune modifiche sono infine volte ad aggiornare il quadro legislativo alle accresciute esigenze della vigilanza sanitaria.

La revisione proposta è stata oggetto di un'ampia procedura di consultazione presso le cerchie interessate, promossa dal Dipartimento della sanità e della socialità il 30 marzo 2015. Sono stati interpellati 57 tra Ordini professionali, autorità e associazioni. Di questi 30

¹ Modifica del 19 dicembre 2000, in BU 34/2001 pag. 189. Cfr. anche messaggio del Consiglio di Stato n. 4544 del 26 giugno 1996 e Rapporto della Commissione speciale sanitaria n. 4544R del 14 novembre 2000.

hanno preso posizione sull'intero pacchetto o su singole disposizioni; sono inoltre giunte al Dipartimento 10 prese di posizione spontanee. Le proposte di revisione hanno incontrato di principio il favore degli interpellati, fatta eccezione per alcune singole disposizioni. L'impianto proposto con l'avamprogetto è quindi stato sostanzialmente confermato nel presente messaggio, mentre gli aspetti che hanno dato adito ad osservazioni o perplessità sono stati riesaminati e hanno in taluni casi comportato un adeguamento ulteriore del testo normativo. In merito alle prese di posizione formulate e agli eventuali cambiamenti intervenuti si riferirà, se del caso, nell'ambito del commento ai singoli articoli.

II. L'EVOLUZIONE NEL SETTORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

1. Quadro normativo

Gli operatori sanitari svolgono un'attività potenzialmente pericolosa per la popolazione. Per questo motivo tali attività sono subordinate da lungo tempo all'obbligo di autorizzazione e lo stesso è da sempre considerato dai tribunali come limitazione per principio compatibile con il diritto fondamentale della libertà economica sancito dall'art. 27 della Costituzione federale, rispondendo esso ad un interesse pubblico. Scopo di questo obbligo di autorizzazione è da una parte quello di proteggere il pubblico da persone incapaci o che non rispettano i loro doveri professionali e dall'altra tutelare in generale la fiducia che il pubblico ripone in questi professionisti (DTF 100 la 169, consid. 3. a, p. 175). Nel contempo ciò significa però pure che una volta soddisfatti i requisiti di legge (di regola: essere in possesso di un diploma riconosciuto, essere degni di fiducia ed essere idonei dal profilo psicofisico), l'autorizzazione al libero esercizio rappresenta un diritto soggettivo per l'istante, che l'autorità è quindi tenuta a rilasciare.

La legge sanitaria tratta degli operatori sanitari agli articoli 53 e seguenti, distinguendo, dopo una rielaborazione operata dalla Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio, tra le professioni che possono per principio essere esercitate a titolo indipendente una volta ottenuto il libero esercizio (articoli 54-61) e le professioni il cui percorso formativo abilita unicamente ad un esercizio dipendente sotto sorveglianza e supervisione di un operatore, servizio, ambulatorio o struttura sanitaria autorizzati (articolo 62). Dalla sistematica della legge emerge chiaramente che l'elenco delle professioni che possono essere esercitate a titolo indipendente è da considerarsi esaustivo (cfr. *Stefano Radczuweit* - Lo statuto dell'operatore sanitario nell'ambito della legge sanitaria, in RDAT I/2000 p. 255). Attualmente, la legge sanitaria ammette quindi all'esercizio indipendente le seguenti professioni: medico, medico dentista, medico veterinario, farmacista, assistente farmacista, chiropratico, psicologo clinico, psicoterapeuta, levatrice, infermiere, fisioterapista, logopedista, psicomotricista, ergoterapista, dietista, odontotecnico, droghista, ottico, podologo ed estetista (art. 54 cpv. 1 legge sanitaria).

Appare qui anzitutto opportuno ricordare che sino al 2007 le regole che disciplinavano il rilascio delle autorizzazioni e l'esercizio dell'attività erano di quasi esclusiva competenza cantonale per tutti gli operatori sanitari, indipendenti o dipendenti che fossero. Da allora si è tuttavia assistito ad una crescente frammentazione del quadro legislativo, avendo la Confederazione fatto uso della competenza puntuale di cui all'articolo 95 della Costituzione federale per disciplinare l'attività privata e indipendente di diversi operatori sanitari (cfr. *Stefano Radczuweit*, Il sacrificio del federalismo sanitario sull'altare dello spazio economico svizzero omogeneo, con uno sguardo alla nuova legge sul mercato interno in generale, in RtiD/I-2010 pag. 357 segg.). Così dal 1° settembre 2007 l'attività indipendente ai sensi della legislazione fiscale e delle assicurazioni sociali dei medici,

dentisti, farmacisti, chiropratici e veterinari rientra nel campo d'applicazione della già citata legge federale sulle professioni mediche universitarie (LPMed), mentre l'attività dipendente di questi professionisti continua a essere disciplinata dalla legge sanitaria cantonale. Dal 1° aprile 2013 viene poi disciplinata dalla legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi) l'autorizzazione e l'attività indipendente (intesa questa volta come attività nel settore privato e sotto la propria responsabilità) dello psicoterapeuta (oltre che la tutela del titolo di psicologo)². Come già accennato, prossimamente entrerà inoltre in vigore un'ulteriore legge che disciplinerà l'attività sotto la propria responsabilità professionale degli operatori sanitari con formazione a livello di scuole universitarie professionali (Legge federale sulle professioni sanitarie del 30 settembre 2016; LPSan)³.

Il quadro viene infine completato dalle disposizioni entrate in vigore con la modifica del 2006 della legge federale sul mercato interno (LMI) del 6 ottobre 1995 secondo cui un operatore in precedenza legalmente attivo in un altro Cantone rimane per principio assoggettato, in tutto e per tutto, alle disposizioni legali del Cantone di provenienza.

Se la revisione qui proposta trova le sue origini soprattutto nelle importanti modifiche relative agli operatori sanitari provenienti dall'estero (vedi paragrafo successivo), si approfitta tuttavia della stessa per allineare le attuali disposizioni relative agli operatori stabilitisi in Ticino alle nuove disposizioni federali e internazionali.

Per quanto riguarda quindi gli operatori sanitari provenienti dall'estero, dall'entrata in vigore il 1° giugno 2002 dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC) le qualifiche professionali vengono invece valutate, per i cittadini dell'Unione europea, in base all'Allegato III di detto Accordo. Per alcuni di questi operatori tale allegato contiene un elenco di titoli e diplomi automaticamente riconosciuti come equivalenti tra i vari Stati, mentre per altri lo Stato ospitante è chiamato a effettuare una valutazione *ad hoc* sulla base del percorso formativo, confrontando la durata e il contenuto della formazione nel paese d'origine con quello ospitante.

Con decisione del 30 settembre 2011, presa in virtù dell'art. 18 ALC, il Comitato misto UE-Svizzera ha sostituito, con entrata in vigore parziale il 1° novembre 2011 e completa il 1° settembre 2013, l'Allegato III dell'ALC originariamente adottato nel 2002 con un nuovo testo che fa ora riferimento alla direttiva UE 2005/36/CE. Mediante tale direttiva, già in vigore da diversi anni negli Stati dell'Unione europea, si sono riassunte in un unico testo le svariate e molteplici direttive previgenti. Se per quanto riguarda gli stranieri che hanno intenzione di stabilirsi in Svizzera la direttiva in questione non ha apportato grosse modifiche alla situazione giuridica previgente, diversa è la situazione per i cosiddetti prestatori di servizi transfrontalieri che offrono in Svizzera le proprie prestazioni partendo dalla sede principale situata all'estero, come si vedrà di seguito.

2. Operatori sanitari nel Cantone dall'entrata in vigore dell'ALC

All'adozione dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone concluso con l'Unione europea ha fatto seguito anche nel settore sanitario un importante aumento degli operatori stranieri attivi in Ticino e provenienti dall'estero, soprattutto dalla vicina Italia. Questo fenomeno si è particolarmente acuito a partire dal 2007, anno in cui sono venuti a cadere i

² Si rileva che con la revisione della LPMed approvata dal Parlamento federale in data 20 marzo 2015 (RU 2015 5081, di cui una prima parte è entrata in vigore il 1° gennaio 2016, mentre una seconda parte entrerà in vigore presumibilmente entro metà 2017) le nozioni della LPMed per quanto riguarda l'attività di indipendente e dipendente saranno allineate a quelle della LPPsi, in particolare la nozione di "libero esercizio" è stata sostituita con quella di "esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale", allo scopo di estendere a più persone l'obbligo di ottenere un'autorizzazione all'esercizio.

³ Cfr. Messaggio del Consiglio federale del 18 novembre 2015, FF 2015 7125.

contingenti previsti dalla norma transitoria dell'ALC per i cittadini intenzionati a risiedere in Svizzera.

Appare pertanto opportuno fornire alcune cifre relative all'evoluzione degli ultimi anni.

2.1 Evoluzione del numero di operatori sanitari attivi con libero esercizio nel Cantone

Come si può vedere dalla Tabella 1 gli operatori sanitari attivi in Ticino il 31 dicembre di ogni anno sono raddoppiati dal 2001, anno immediatamente precedente l'introduzione dell'ALC, al 2014.

Tabella 1: Evoluzione del totale degli operatori sanitari con libero esercizio attivi in Ticino (fonte: Ufficio di sanità)

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

Alla fine del 2015 tali operatori erano ripartiti in questo modo sulle varie professioni.

Tabella 2: Ripartizione degli operatori sanitari con libero esercizio sulle varie professioni (fonte: Ufficio di sanità)

Medici	1717
Medici dentisti	415
Farmacisti	536
Assistenti farmacia	12
Veterinari	119
Chiropratici	14
Psicologi	509
Psicoterapeuti	241
Levatrici	86
Infermieri	857
Fisioterapisti	533
Odontotecnici	119
Ottici	178
Podologi	92
Dietiste	45
Logopediste	71
Psicomotricisti	15
Estetiste	211
Ergoterapisti	94
Droghisti	6
Massaggiatori medicali	138
Terapisti complementari	991
Totale	6999

Giova precisare che in aggiunta agli operatori con libero esercizio, il cui numero è indicato nelle tabelle che precedono, vi sono innumerevoli operatori sanitari che anche nelle medesime professioni esercitano l'attività a titolo dipendente non sotto la propria responsabilità professionale e che quindi non abbisognano né hanno mai chiesto l'autorizzazione al libero esercizio. Si pensi ad esempio ai tanti infermieri attivi in strutture ospedaliere.

Per quanto attiene all'evoluzione nel tempo, va rilevato che l'aumento annuale del numero degli operatori sanitari attivi e autorizzati al libero esercizio segue una tendenza costante.

Contrariamente a quanto si sarebbe magari potuto ipotizzare inizialmente non vi è quindi stato un picco iniziale negli anni immediatamente successivi all'apertura delle frontiere nei confronti degli operatori sanitari dell'Unione europea, con successivo ritorno alla "normalità" dopo alcuni anni.

Vale qui inoltre la pena segnalare anche l'evoluzione dell'aumento di medici autorizzati al libero esercizio. Quest'autorizzazione di polizia sanitaria è come detto un diritto soggettivo al momento in cui l'operatore adempie i relativi requisiti e va disgiunta dall'autorizzazione ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'interesse a richiedere ed ottenere il libero esercizio è però evidentemente correlato per lo più anche alla possibilità di operare nel contesto della legge federale sull'assicurazione malattie, del 18 marzo 1994 (LAMal, RS 832.10). In quest'ottica l'aumento dei medici autorizzati al libero esercizio ha subito un'impennata con la caduta della moratoria LAMal alla fine del 2011, poi rientrata con la reintroduzione della moratoria, il 5 luglio 2013. Come noto, a questo nuovo regime di moratoria, inizialmente previsto per tre anni e recentemente prorogato per altri tre anni dopo un complicato iter parlamentare, non soggiacciono i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto⁴.

Tabella 3: Evoluzione del totale dei medici con libero esercizio attivi in Ticino (fonte: Ufficio di sanità)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
824	858	881	915	938	965	1012	1062	1088	1130	1171	1274	1421	1513	1717

2.2 Evoluzione del numero di nuove autorizzazioni rilasciate annualmente all'esercizio di una professione sanitaria

La tabella seguente evidenzia come le nuove autorizzazioni di libero esercizio rilasciate ogni anno dall'Ufficio di sanità, e quindi le relative pratiche con tutto il lavoro che ne consegue, sono invece aumentate dal 2001 al 2015 del 340%.

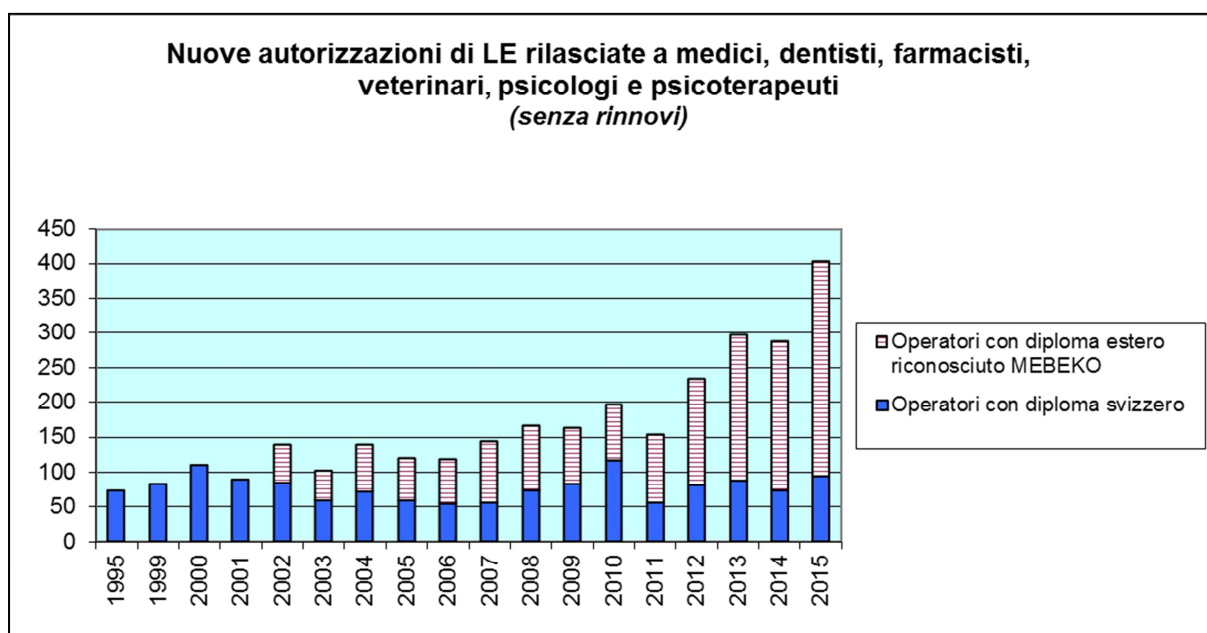
Tabella 4: Evoluzione delle nuove autorizzazioni di libero esercizio rilasciate ogni anno

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
180	221	170	366	343	353	404	339	353	383	325	418	450	428	610

Il Grafico 1, seppur limitato ad alcune professioni significative, evidenzia per contro bene come l'aumento sia da ricondurre all'arrivo degli operatori stranieri. Il numero di nuove autorizzazioni di libero esercizio rilasciato a titolari di diplomi svizzeri è infatti rimasto costante, contrariamente a quanto avvenuto per gli operatori provenienti dall'estero.

⁴ Oltre a questo fattore, nel 2015 l'aumento è stato determinato anche da un cambiamento di prassi, che ha determinato la richiesta e l'ottenimento del libero esercizio anche per una fetta non indifferente di medici attivi in ospedale sotto la propria responsabilità professionale.

Grafico 1: Evoluzione delle autorizzazioni di libero esercizio (LE) rilasciate per le professioni universitarie e nazionalità del diploma



Il dato relativo all'evoluzione delle istanze di autorizzazione al libero esercizio delle professioni sanitarie è disponibile solo a partire dal 2011, anno in cui è stata implementata la nuova gestione informatica degli operatori sanitari. Già i dati di questo periodo, esposti alla Tabella 5, testimoniano però dell'importante aumento delle istanze negli ultimi anni.

Tabella 5: Evoluzione delle istanze di libero esercizio presentate all'Ufficio di sanità (inclusi i rinnovi)

2011	2012	2013	2014	2015
573	736	756	723	905

3. Conseguenze dal profilo della vigilanza sanitaria

L'enorme aumento di operatori sanitari sul territorio cantonale negli ultimi 12 anni non comporta solo un importante lavoro supplementare a livello di rilascio di autorizzazioni ma ha pure un grande impatto sulla vigilanza sull'attività di questi operatori e sul controllo delle strutture adibite allo svolgimento delle attività sanitarie. L'aumento descritto sopra, avvenuto comunque in una situazione di densità di popolazione quasi costante, comporta per il singolo operatore un'accresciuta concorrenza e quindi una maggiore difficoltà a conseguire un reddito considerato confacente, con una conseguente tendenza all'aumento anche di pratiche non sempre del tutto consone o lecite, tanto in settori in cui le prestazioni vengono retribuite direttamente dagli utenti o da proprie assicurazioni private quanto in ambiti coperti invece dalle assicurazioni sociali, segnatamente dalla LAMal. La libera circolazione delle persone consente inoltre ad alcuni operatori non più autorizzati oppure con problemi legali nel loro paese d'origine di cercare nuovi sbocchi nel nostro Cantone. Anche l'ignoranza delle disposizioni legali svizzere, non di rado purtroppo imputabile e conseguente anche ad una scarsa volontà di informarsi sulle regole vigenti nel nostro paese, contribuisce certamente all'aumento delle violazioni di legge. Dal 2011 (anno in cui l'Ufficio di sanità ha potuto assumere una giurista dedicata principalmente alla vigilanza sanitaria) vengono così aperti per anno in media 85 procedure contravvenzionali e 60 procedimenti amministrativi, la metà dei quali circa imputabili a cittadini esteri (mentre la proporzione di autorizzazioni di libero esercizio ammonta a circa il 35%).

III. I PRESTATORI DI SERVIZI TRANSFRONTALIERI

Nel quadro testé menzionato, il presente messaggio riguarda in primo luogo la ripresa in Svizzera a partire dal 1° settembre 2013 delle disposizioni europee in materia di qualifiche professionali dei prestatori di servizi transfrontalieri.

1. Situazione precedente al 1° settembre 2013

L'Accordo sulla libera circolazione, comporta tra l'altro, per la Svizzera, la partecipazione al sistema europeo del riconoscimento delle qualifiche professionali (Allegato III ALC). Ricordiamo che gli allegati all'ALC sono così strutturati:

Allegato I ALC: disciplina le questioni relative al diritto di soggiorno e di stabilimento;

Allegato II ALC: disciplina le questioni relative alle assicurazioni sociali;

Allegato III ALC: disciplina il riconoscimento delle qualifiche professionali, qualora l'esercizio di una determinata attività professionale (come ad esempio le professioni sanitarie) sia regolamentata nello Stato ospitante.

Insieme con gli allegati I e II, l'allegato III dell'Accordo costituisce dunque un insieme di norme che facilita la scelta del luogo di lavoro e di domicilio e, in particolare, la libera circolazione dei cittadini svizzeri nell'UE e dei cittadini dell'UE in Svizzera per l'esercizio di una professione.

L'ALC si applica sia allo stabilimento sia alla prestazione di servizi. I cittadini degli Stati membri dell'UE/AELS che assumono un impiego in Svizzera, i prestatori di servizi che esercitano un'attività lucrativa indipendente e provengono da uno Stato membro dell'UE/AELS nonché i lavoratori distaccati possono soggiornare in Svizzera per un periodo di tre mesi per anno civile (prestatori di servizi per 90 giorni lavorativi) senza permesso di soggiorno (art. 5 cpv. 1 ALC e art. 6 cpv. 2 Allegato I ALC).

Per quanto riguarda il riconoscimento delle qualifiche professionali, l'Allegato III ALC non distingueva fino al 2013 tra lo stabilimento e la prestazione di servizi: si applicavano le stesse regole e le stesse procedure e tempistiche, indipendentemente dal fatto che la persona in questione si stabiliva in Svizzera in modo duraturo oppure si limitava a prestare un servizio. Questa impostazione obbligava in precedenza il prestatore di servizi transfrontalieri a seguire le medesime procedure di riconoscimento delle proprie qualifiche professionali della persona che intendeva stabilirsi nel paese ospitante. Ciò significava in particolare che, a dipendenza delle autorità competenti coinvolte (che possono essere sia federali che cantonali), la procedura di riconoscimento dei diplomi e di autorizzazione all'esercizio richiedeva svariati mesi (di regola non meno di cinque). A livello pratico questa parificazione faceva sì che i nulla osta rilasciati a prestatori di servizi transfrontalieri nel settore sanitario non erano più di una decina all'anno.

2. Le nuove disposizioni relative ai prestatori di servizio transfrontalieri per al massimo 90 giorni

Il regime descritto al punto 1 è stato modificato con la revisione dell'Allegato III ALC e con la ripresa completa della Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali. Come già accennato, tale revisione è stata attuata con l'adozione da parte delle Camere federali il 14 dicembre 2012 del decreto federale che approva la decisione del 30 settembre 2011 n. 2/2011 del Comitato misto UE-Svizzera istituito dall'Accordo sulla libera circolazione delle

persone (modifica dell'allegato III dell'Accordo, reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali) e la traspone nel diritto svizzero attraverso la legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate (LDPS), entrata in vigore il 1° settembre 2013⁵. Di conseguenza, a partire dal 1° settembre 2013 si applica anche per la Svizzera il Titolo II della Direttiva UE 2005/36/CE che riguarda la procedura di verifica dei diplomi semplificata per i prestatori di servizi transfrontalieri.

La Direttiva 2005/36/CE prevede, tra l'altro, che le prestazioni di servizi fino a un massimo di 90 giorni di lavoro effettivo per anno civile possano essere, in linea di principio e fatta eccezione per le professioni relative alla sicurezza e alla sanità pubblica considerate regolamentate nello Stato ospitante, effettuate senza riconoscimento delle qualifiche professionali. Per le professioni regolamentate, le nuove disposizioni applicabili anche in Svizzera introducono invece una distinzione tra le verifiche che lo Stato ospitante può effettuare nei confronti di cittadini stranieri che intendono stabilirsi nel paese stesso e le verifiche che possono invece essere attuate nei confronti dei prestatori di servizi transfrontalieri fino ad un massimo di 90 giorni.

Per questi ultimi la procedura di verifica delle qualifiche professionali e del rilascio del conseguente nullaosta non può oggi durare complessivamente più di due mesi. Se l'autorità competente in materia di autorizzazioni e vigilanza non rispetta tali termini, il suo silenzio è considerato come assenso; il prestatore di servizi transfrontalieri può pertanto iniziare immediatamente a svolgere la propria attività nel paese ospitante.

In concreto per il settore sanitario il nuovo regime implica che per sei professioni settoriali (medico, farmacista, dentista, veterinario, infermiere e levatrice) il riconoscimento delle qualifiche professionali rimane come in precedenza automatico, senza che la Svizzera possa imporre al prestatore di servizi straniero nessun esame attitudinale o altre misure di compensazione, ma deve avvenire entro termini più ristretti che in passato, pena la possibilità per il prestatore di servizi di comunque esercitare l'attività.

Per le altre professioni regolamentate, lo Stato ospitante può invece continuare ad esigere misure compensative se la formazione fosse ritenuta notevolmente diversa; con riferimento a queste misure compensative, le nuove disposizioni hanno introdotto una differenza tra chi intende stabilirsi nel paese ospitante e chi intende invece solo offrire i propri servizi nello Stato ospitante. I primi continuano infatti a poter scegliere tra un esame attitudinale e un periodo di tirocinio volto a compensare le lacune esistenti, mentre ai secondi può essere imposto unicamente l'esame attitudinale. Pertanto se l'autorità dovesse giungere alla conclusione che le qualifiche professionali del prestatore di servizi straniero non sono sufficienti, quest'ultimo può pretendere di dimostrare il contrario mediante un esame che deve però anch'esso essere organizzato dall'autorità svizzera nel termine di due mesi.

A livello procedurale le nuove disposizioni federali prevedono una procedura di dichiarazione semplificata e parzialmente elettronica per i prestatori di servizi transfrontalieri che intendono esercitare un'attività lucrativa attinente alle professioni cosiddette regolamentate.

Dal punto di vista dell'applicazione del diritto, buona parte dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, della Direttiva 2005/36/CE e della nuova LDPS sono direttamente applicabili dalle autorità federali e cantonali. La legislazione cantonale deve tuttavia indicare quali sono le professioni considerate regolamentate ai sensi dell'art. 3,

⁵Cfr. messaggio del Consiglio federale del 4 aprile 2012 (FF 2012 3915); RU 2013 2415.

paragrafo 1, lettera a) della Direttiva⁶ nella misura in cui queste professioni rientrano nella competenza dei Cantoni e non sono quindi già regolamentate dal diritto federale. Per queste professioni è inoltre necessario dotare la legislazione cantonale di una base legale formale che permetta all'autorità cantonale di sottoporre a verifica i relativi diplomi. La verifica in questione è infatti potestativa ai sensi della Direttiva 2005/36/CE e necessita quindi di una base legale per poter essere attuata. Se lo Stato ospitante ne fa uso, come già segnalato, è tenuto a offrire al prestatore di servizi, sempre nei tempi di cui sopra, la possibilità di dimostrare di aver acquisito le conoscenze o le competenze mancanti mediante una prova attitudinale. Anche tale esame deve poggare su una base legale.

In pratica la Confederazione si occupa della verifica delle qualifiche professionali delle formazioni disciplinate a livello federale (come ad esempio il fisioterapista o il massaggiatore medicale), mentre i Cantoni devono dal canto loro verificare le qualifiche professionali relative alle attività in professioni disciplinate unicamente a livello cantonale, come ad esempio in Ticino, secondo la legge sanitaria, l'attività di logopedista, di osteopata, di psicologo attivo in ambito sanitario, di terapeuta complementare e di estetista. Anche l'organizzazione dell'esame attitudinale menzionato in precedenza compete all'autorità chiamata a verificare le qualifiche professionali. La base legale per la verifica delle qualifiche e lo svolgimento dell'esame attitudinale attinenti alle professioni di competenza federale è stata creata con l'art. 3 cpv. 2 LDPS; occorre invece ancora creare un'analogia base legale nella legislazione cantonale, e in particolare nella legge sanitaria.

L'organizzazione dell'esame attitudinale previsto verrà delegata, così come avviene anche a livello federale, alle istituzioni che già offrono gli esami ordinari in quell'ambito. Al riguardo non possono evidentemente essere sottaciute le difficoltà organizzative e di costo dovute ai tempi estremamente ristretti concessi dalla direttiva europea; i costi dei relativi esami potranno tuttavia essere recuperati del prestatore di servizi mediante emolumento.

L'adeguamento del quadro normativo proposto intende sfruttare tutti i margini, invero ristretti, che la legislazione federale lascia alla verifica delle qualifiche dei prestatori di servizi transfrontalieri. Giova tuttavia precisare che dall'entrata in vigore della LDPS i nullaosta rilasciati a prestatori di servizi transfrontalieri nel settore sanitario non hanno comunque sinora subito un aumento degno di nota rispetto agli anni immediatamente precedenti l'introduzione della nuova procedura (essi oscillano infatti tra 15 e 25) e che solo due casi hanno riguardato professioni per le quali potrebbe entrare in linea di conto la nuova procedura con esame attitudinale a livello cantonale.

⁶ "«professione regolamentata»: attività, o insieme di attività professionali, l'accesso alle quali e il cui esercizio, o una delle cui modalità di esercizio, sono subordinati direttamente o indirettamente, in forza di norme legislative, regolamentari o amministrative, al possesso di determinate qualifiche professionali; in particolare costituisce una modalità di esercizio l'impiego di un titolo professionale riservato da disposizioni legislative, regolamentari o amministrative a chi possiede una specifica qualifica professionale. Quando non si applica la prima frase, è assimilata ad una professione regolamentata una professione di cui al paragrafo 2."

IV. LE ULTERIORI MODIFICHE LEGISLATIVE

1. L'adeguamento alle disposizioni del Codice civile in materia di protezione degli adulti

Le nuove disposizioni del Codice civile in materia di protezione degli adulti (art. 360 CC e segg.), entrate in vigore il 1° gennaio 2013, richiedono alcuni adattamenti a livello di legge sanitaria. In particolare, con la finalità di promuovere l'autodeterminazione dei pazienti anche dopo che sia sopraggiunta l'incapacità di discernimento, il diritto federale ha codificato gli istituti giuridici del mandato precauzionale (artt. 360 segg. CC) e delle direttive anticipate (artt. 370 segg. CC). Si tratta di strumenti già riconosciuti in precedenza da diverse legislazioni cantonali ed applicati nella prassi medica. Anche la legge sanitaria almeno parzialmente vi fa riferimento. È opportuno sostituire questi riferimenti con le nuove e preminenti norme del diritto federale. Analogamente vanno recepite le disposizioni sulla rappresentanza in caso di provvedimenti medici, ovvero il diritto dei congiunti, secondo un determinato ordine, di acconsentire o di rifiutare provvedimenti medici a nome di una persona incapace di discernimento, sussidiariamente all'esistenza di un eventuale mandato precauzionale o di direttive anticipate (artt. 377 segg. CC). Si ritiene altresì di richiamare le norme sulle restrizioni della libertà di movimento delle persone incapaci di discernimento ospiti di istituti di accoglienza o di cura (artt. 383 segg. CC), ed estenderne la portata anche alle limitazioni di altre libertà personali, si pensi ad esempio al trattamento farmacologico coatto.

2. L'adeguamento alle disposizioni e alla terminologia utilizzata dalle nuove leggi federali concernenti le professioni sanitarie

Il capitolo V della legge sanitaria attualmente in vigore distingue tra operatori sanitari "indipendenti" (artt. 54–61) e operatori senza attività indipendente (art. 62). Questa distinzione è stata introdotta nell'ambito dei lavori parlamentari sulla nuova legge sanitaria da parte della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio. Si è così voluto distinguere tra gli operatori che posseggono tutte le competenze necessarie per poter operare a titolo indipendente e quelli che, in base alla loro formazione, sono per principio e concettualmente abilitati ad esercitare la propria attività unicamente sotto la responsabilità di un operatore sanitario autorizzato (cfr. verbali del Gran Consiglio, Sessione ordinaria primaverile 1989, Volume 1, p. 340). Per quanto concerne gli operatori sanitari di cui all'art. 54, le disposizioni oggi in vigore distinguono poi – ma unicamente a livello di competenze per il rilascio della relativa autorizzazione, considerato che i requisiti sono i medesimi – tra esercizio dipendente e indipendente (quindi di una professione in ogni caso esercitabile a titolo indipendente). Questa sovrapposizione terminologica tra l'abilitazione a esercitare a titolo indipendente e l'esercizio effettivo a titolo indipendente o dipendente (art. 58) crea oggi talvolta confusione. A ciò si aggiunga il fatto che la terminologia utilizzata nelle leggi federali di recente promulgazione distingue, più correttamente, tra "attività sotto la propria responsabilità professionale" e "attività sotto la responsabilità professionale di terzi".

Pur mantenendo la distinzione voluta dal Parlamento nel 1989 si propone con la presente revisione di allineare sistematica e terminologia alle disposizioni federali. Gli "operatori indipendenti" ai sensi dell'attuale art. 54 legge sanitaria verranno così chiamati "operatori abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale", mentre gli "operatori senza attività indipendente" di cui all'attuale art. 62 diventano gli "operatori non abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale". Con la nuova impostazione si crea inoltre una base legale chiara ed esplicita per la prassi già attuata da anni di richiedere comunque un'autorizzazione rilasciata dall'Ufficio di sanità anche per gli operatori di cui all'attuale art. 54 lett. b) attivi sì come dipendenti da un profilo giuridico, ma

professionalmente responsabili per il proprio agire, come ad esempio i responsabili di un'organizzazione di fisioterapia o di ergoterapia.

Senza voler stravolgere l'impostazione di fondo attuale dei titoli V (operatori sanitari) e VI (strutture e servizi sanitari) si impongono inoltre diverse modifiche per allineare le disposizioni in questione alle normative europee recepite dal diritto interno e alle leggi federali entrate in vigore dopo l'ultima revisione della legge sanitaria. Molte delle modifiche proposte hanno quindi carattere formale.

Va evidenziato soprattutto che alcune delle disposizioni in questione contenute nella legge sanitaria riguardano ormai unicamente, laddove il diritto federale è esaustivo e non vi è dunque margine per ulteriori indicazioni o precisazioni, gli operatori o le attività sanitari non ancora disciplinati sul piano nazionale. L'esercizio delle seguenti professioni è infatti oggi retto dal diritto federale:

- medico, medico dentista, medico veterinario, farmacista e chiropratico: se attivi a titolo indipendente (in futuro: se attivi sotto la propria responsabilità professionale) sono regolamentati dalla LPMed;
- psicoterapeuta: se attivo sotto la propria responsabilità professionale è sottoposto alla LPPsi.

Prossimamente, con l'entrata in vigore della LPSan, saranno rette dal diritto federale anche le professioni sanitarie oggetto di formazione a livello di scuola universitaria professionale (SUP), segnatamente infermiere, fisioterapista, ergoterapista, levatrice, dietista, optometrista e osteopata.

Appare infine opportuno rinviare, a livello di legge cantonale, per tutti gli operatori sanitari alle disposizioni federali sugli obblighi professionali per non creare discrepanze ingiustificate e incomprensibili tra gli operatori subordinati al diritto federale e quelli tuttora rientranti nel campo d'applicazione della presente legge: in caso contrario potrebbe sorgere l'equivoco per cui il medesimo medico debba rispettare obblighi professionali differenti quando è attivo in un ospedale pubblico sotto la propria responsabilità rispetto al momento in cui esercita in uno studio medico.

3. L'aggiornamento dell'elenco delle professioni regolamentate

Con riferimento alle modifiche rese necessarie a seguito delle nuove disposizioni federali in materia di prestatori di servizi transfrontalieri menzionate al Titolo IV precedente, giova inoltre completare l'elenco delle professioni sanitarie che è possibile svolgere sotto la propria responsabilità professionale (art. 54). Ciò risulta essere opportuno anzitutto poiché creerà una maggiore certezza del diritto nei confronti degli operatori sanitari provenienti dall'estero nel definire quali sono le professioni regolamentate subordinate ad autorizzazione e a verifica dei diplomi secondo la direttiva europea, impedendo così l'eventuale accesso libero e incontrollato ad alcune attività sanitarie comunque rilevanti.

Oltre a questi motivi la modifica appare indicata in primo luogo perché nel corso degli ultimi anni il Tribunale federale ha statuito che alcune professioni non considerate esercitabili a titolo indipendente dalla legge sanitaria posseggono comunque un profilo professionale e un percorso formativo tali che ai relativi operatori deve essere concessa la possibilità di svolgere la propria attività sotto la propria responsabilità professionale, pena la violazione del diritto costituzionale della libertà economica. Ciò è il caso per l'agopuntore, ora annoverato tra i terapeuti complementari con diploma federale, e il massaggiatore medicale, che rappresentano oggi professioni che secondo la

giurisprudenza possono essere esercitate sotto la propria responsabilità, ma che nel nostro Cantone vengono attualmente tollerate solo in virtù appunto di questa giurisprudenza, non essendo elencate all'art. 54.

In secondo luogo, la revisione si impone perché il settore della formazione ha assunto negli ultimi anni un dinamismo molto elevato e a livello federale vengono creati con regolarità nuovi profili professionali regolamentati, dal profilo delle competenze formative acquisite e riconosciute, in modo tale da permettere a coloro che li hanno conseguiti un'attività indipendente. Se il Cantone negasse a questi operatori il libero esercizio violerebbe parimenti con grande probabilità la libertà economica. Tra queste professioni vanno annoverate l'osteopata, l'igienista dentale, l'audioprotesista, l'arteterapeuta, il fisioterapista per animali, il naturopata con diploma federale e il terapista complementare con diploma federale.

4. L'obbligo di autorizzazione per i servizi ambulatoriali

Per i motivi di cui sopra appare opportuno cogliere l'occasione anche per colmare una lacuna di lunga data della legge sanitaria, che subordina oggi ad autorizzazione praticamente tutte le attività esercitate da operatori singoli e da strutture stazionarie, ma non automaticamente quelle offerte da servizi ambulatoriali. Anche quest'ultimi sarebbero oggi liberamente accessibili dall'estero, poiché non considerati regolamentati. Avvisaglie in tal senso si sono manifestate ad esempio in riferimento ai servizi di trasporto professionale di pazienti.

5. L'aggiornamento delle disposizioni alle necessità della vigilanza sanitaria

Alcune modifiche hanno infine lo scopo di colmare lacune soprattutto procedurali apparse evidenti a livello di vigilanza, in particolare nel corso degli ultimi anni in cui la vigilanza stessa, a causa del forte afflusso di nuovi operatori, ha conosciuto un forte incremento. Appare così ad esempio opportuno poter estendere la vigilanza anche ai direttori amministrativi e sanitari delle strutture sanitarie e agli operatori sanitari non abilitati all'esercizio indipendente nonché adeguare le disposizioni di procedura alle importanti modifiche operate in ambito contravvenzionale con l'entrata in vigore del Codice di diritto processuale penale svizzero del 5 ottobre 2007 (Codice di procedura penale, CPP, RS 312.0).

V. COMMENTO AI SINGOLI ARTICOLI

Art. 5 cpv. 2

Il cpv. 2 dell'art. 5 è adeguato alle nuove norme sulla protezione degli adulti ancorate nel CC e ricorda che limitazioni ai diritti del paziente possono pure essere imposte dal diritto penale (ad esempio ordinando terapie coatte).

Art. 6 cpv. 2

L'operatore sanitario è tenuto ad informare la persona che è deputata a dare il consenso ai sensi degli artt. 7 e seguenti. Ora la norma afferma che in caso di persone incapaci di discernimento l'informazione va data al rappresentante legale o, in difetto, genericamente ai parenti o alle persone che ne hanno cura. Le disposizioni del Codice civile sulla

protezione degli adulti regolano in maniera più precisa il diritto di rappresentanza per i provvedimenti medici (artt. 377 e 378 CC). Per questo motivo la proposta di modifica del secondo capoverso indica che in caso di pazienti incapaci di discernimento tali informazioni vanno date, qualora minorenni, ai genitori, se questi non sono privati dell'autorità parentale oppure, per i maggiorenni, alla persona di fiducia designata dal paziente in virtù degli artt. 360 segg. CC e sussidiariamente alle persone con diritto di rappresentanza ai sensi dell'art. 378 CC.

Art. 7

I provvedimenti medici toccano l'integrità fisica del paziente e sono pertanto leciti unicamente in presenza del consenso del paziente. Questi diritti sono considerati da dottrina e giurisprudenza diritti strettamente personali relativi ai sensi del precedente art. 19 cpv. 2 e del nuovo art. 19c cpv. 1 CC. Per questo motivo il consenso ad un provvedimento medico va dato direttamente dal paziente, a meno che questi sia incapace di discernimento. E ciò vale anche per i minorenni capaci di discernimento (art. 19c CC e 305 CC). Si ricorda al riguardo che il consenso di una persona capace di discernimento va raccolto in modo esplicito in caso di prestazioni particolarmente invasive mentre per prestazioni meno invasive può essere espresso anche in modo implicito, per atti concludenti (il paziente porge ad esempio il dito per essere punto in occasione di un prelievo di sangue).

Si parla invece di consenso presunto quando si agisce in situazione di urgenza nell'interesse di una persona (temporaneamente o definitivamente) incapace di discernimento e di cui non si conoscono le intenzioni (art. 379 CC).

La capacità di discernimento per consentire ad un atto medico va di per sé valutata in riferimento al singolo caso concreto (DTF 134 II 235): il paziente deve essere in misura di apprezzare correttamente una situazione e di agire in funzione di questo apprezzamento, indipendentemente dal fatto che la scelta operata appaia o meno oggettivamente ragionevole.

Al capoverso 2 si propone comunque di mantenere la presunzione legale secondo cui il sedicenne è capace di discernimento in ambito medico-sanitario, a meno che non si sia in presenza dei motivi di incapacità di cui all'art. 16 CC. Questa soluzione, attualmente disciplinata dall'art. 8 legge sanitaria, ha infatti dato buona prova nella pratica. Da un profilo procedurale si possono quindi distinguere tre gruppi:

- maggiorenni,
- minorenni di età tra 16 e 18 anni,
- minorenni di età inferiore a 16 anni.

Per i minorenni tra i 16 e i 18 anni il medico può pertanto partire dalla presunzione, in assenza di evidenti indizi contrari, che il paziente sia capace di discernimento. Per i minori di 16 anni vale il contrario: la presunzione legale è che essi non siano capaci di discernimento riguardo alle decisioni in ambito medico-sanitario, ma nel caso concreto ciò va comunque verificato e può essere comprovato il contrario.

Va qui ricordato che il consenso, che richiede unicamente la capacità di discernimento, va distinto dalla capacità di concludere con l'operatore sanitario un contratto di mandato (cura). Per quest'ultimo atto è necessaria la capacità di agire, che nel contesto in esame è però parimenti data al minorenne capace di discernimento, trattandosi di diritti strettamente personali (art. 19c cpv. 1 CC). La dottrina è pertanto dell'opinione che minorenni o persone sotto curatela generale capaci di discernimento possono stipulare un contratto di cura medico-sanitaria anche senza il consenso del rappresentante legale,

almeno laddove si tratta di un trattamento ordinario e non oneroso oppure laddove i costi sono coperti da un'assicurazione malattia.

Alla luce delle risposte giunte alla procedura di consultazione, al cpv. 3 si è ritenuto di esplicitare la possibilità del consenso tacito per atti concludenti, confermando così la codifica di questo principio ora sancita dall'art. 7 cpv. 1, seconda frase.

Art. 8

Questa disposizione riprende ai suoi cpv. 1 e 2 il nuovo ordinamento federale in materia di direttive anticipate e sostituisce l'attuale art. 7 cpv. 4. Non ha di per sé portata propria, ma per completezza sistematica delle norme cantonali sui diritti dei pazienti giova inserirla.

Le direttive anticipate possono riguardare tanto la descrizione dei provvedimenti medici ai quali si accetta o si rifiuta di essere sottoposti nel caso di incapacità di discernimento (art. 370 cpv. 1 CC) quanto la designazione di una persona che discuta i provvedimenti medici con il medico curante e decida in sostituzione della persona al momento in cui dovesse subentrare l'incapacità di discernimento (art. 370 cpv. 2 CC). Questa seconda forma riprende in pratica nel campo sanitario il concetto del mandato precauzionale, che può avere una portata più ampia estendendosi alla cura della persona, degli interessi patrimoniali o ancora alla rappresentanza nelle relazioni giuridiche.

Art. 8a

La nuova Parte Terza del Codice civile tratta della protezione degli adulti. Per questo motivo gli artt. 377 segg. CC si applicano direttamente solo agli adulti incapaci di discernimento. Il contenuto delle disposizioni in questione si adatta però anche ai minorenni incapaci di discernimento, motivo per cui la loro portata, ad eccezione delle norme sulla competenza, viene estesa mediante l'art. 8a anche a loro.

Come desumibile dalle stesse norme federali, i disposti si applicano agli incapaci di discernimento originari, così come momentanei. Come sottolineato da dottrina, parte di questi articoli sono peraltro applicabili solo in caso di momentanea incapacità, non essendo ad esempio gli incapaci di discernimento originari in misura di formulare delle direttive anticipate.

Artt. 10-12

Con l'entrata in vigore il 1° gennaio 2014 della legge federale del 30 settembre 2011 concernente la ricerca sull'essere umano (LRUm, RS 810.30) le competenze in materia sono per principio passate alla Confederazione. Si rende pertanto necessaria l'abrogazione di tutte le disposizioni cantonali sul tema divenute ormai obsolete, segnatamente quelle concernenti le definizioni di sperimentazione e ricerca clinica o quelle sul consenso dei pazienti. Resta pertanto da disciplinare unicamente la nomina del Comitato etico, esso pure previsto dalla legge federale, e la procedura in caso di ricorso. Le relative norme devono essere adeguate.

Art. 15

Con l'entrata in vigore il 1° luglio 2007 della legge federale dell'8 ottobre 2004 sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti, RS 810.21) che disciplina in modo esaustivo la materia dei trapianti si rende necessaria l'abrogazione di tutte le disposizioni cantonali sul tema, divenute ormai obsolete.

Art. 19

L'attuale art. 19 tutela i diritti dei pazienti residenti in strutture sanitarie stazionarie. Accanto alla nuova disciplina dei ricoveri a scopo di cura o di assistenza (artt. 426 segg. CC), che, analogamente al regime previgente (artt. 397a segg. vCC), viene recepita a livello cantonale nella legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 2 febbraio 1999 (LASP), il nuovo diritto di protezione degli adulti regola condizioni, obblighi di informazione e ricorso all'autorità di protezione degli adulti in caso di restrizione della libertà di movimento di ospiti di istituti di accoglienza o di cura incapaci di discernimento (artt. 383 segg. CC). Si ritiene tuttavia giustificato estendere il campo d'applicazione di questi principi anche alle altre restrizioni della libertà personale, pensando in particolare alla contenzione farmacologica. A tale scopo viene dunque inserito il nuovo cpv. 3.

Art. 20

La disposizione viene completata con un capoverso 4 (ora privo di contenuto per l'intervenuta abrogazione di un precedente disposto) che esplicita a livello legale un'eccezione all'obbligo del segreto professionale ai sensi dell'art. 321 cifra 3 del Codice penale in situazioni che creano talvolta qualche discussione. Questa eccezione forzatamente connessa con l'esercizio stesso della vigilanza da parte del Medico cantonale, che altrimenti verrebbe vanificata, è già oggi prevista, ma in maniera più generica, dall'art. 99 e così intesa è applicata nella prassi ed è del resto ritenuta legittima anche dalle autorità di ricorso. Sarebbe infatti impossibile verificare la fondatezza di molte segnalazioni, di presunti errori o di abusi senza accedere, qualora ve ne sia la necessità concreta, anche alle cartelle sanitarie dei pazienti dell'operatore sanitario interessato. Si ricorda che l'autorità di vigilanza è vincolata al segreto d'ufficio e che nei procedimenti amministrativi di vigilanza si trovano opposti l'autorità di vigilanza e l'operatore sanitario indagato. Non hanno pertanto accesso alle cartelle né i denunciati, né terzi, ad eccezione delle autorità di ricorso.

Nell'ambito della consultazione l'OMCT ha proposto di rinunciare al nuovo capoverso 4, ritenendo preponderante la fiducia del paziente nei confronti del proprio medico curante. Come detto, il diniego di queste prerogative renderebbe tuttavia vano l'esercizio della vigilanza sanitaria. Del resto il Medico cantonale è l'autorità chiamata a svincolare i medici dal segreto e, in base al diritto federale, ad esempio a ricevere le denunce, in parte anche nominali, inerenti a malattie sessuali trasmissibili.

Le recenti modifiche della legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope del 3 ottobre 1951 (LStup; RS 812.121), attraverso le quali il legislatore federale ha voluto tra le altre cose incrementare la lotta contro il preoccupante fenomeno della dispensazione non adeguata di stupefacenti e sostanze psicotrope (ossia oltre le dosi ammesse dalla scienza e dall'arte medica) da parte di medici, dentisti e farmacisti ai propri pazienti, richiedono inoltre l'introduzione di una nuova lettera al capoverso 5. In un simile contesto, nel nostro Cantone è in corso l'elaborazione di una serie di strumenti, attraverso i quali arginare gli effetti nefasti sulla salute provocati da una dispensazione non adeguata di stupefacenti. Uno di questi, risiede nella possibilità di segnalare al Medico o al Farmacista cantonale, senza incorrere in una violazione del segreto professionale, i casi in cui vi sia un fondato sospetto di prescrizione o dispensazione non adeguata di stupefacenti, che potrebbero portare all'apertura di una procedura di perseguimento.

Art. 21

Il nuovo capoverso 3 riprende quanto precisato negli ultimi anni dalla giurisprudenza: con la sua denuncia il paziente dà avvio ad una procedura disciplinare tra lo Stato quale

autorità che rilascia l'autorizzazione all'esercizio della professione e l'operatore e/o la struttura sanitari in questione. Lo scopo è di accertare l'eventuale violazione degli obblighi professionali o il venir meno dei presupposti a cui è subordinato l'esercizio della professione e, se del caso, il rilascio della relativa autorizzazione.

Nella sua risposta alla procedura di consultazione l'OMCT chiede di valutare il conferimento di maggiori diritti al paziente e cita quale esempio la procedura prevista dal codice deontologico della FMH. Al riguardo va tuttavia sottolineato che la procedura deontologica ha scopi diversi e che il ruolo di parte del paziente è limitato alle procedure in materia di lesione della dignità umana o di abuso dello stato di dipendenza che deriva dall'attività medica. Il conferimento del ruolo di parte al paziente arrischia peraltro di appesantire ulteriormente la procedura dinanzi alla Commissione di vigilanza sanitaria. Come rilevato sopra, la procedura disciplinare e amministrativa si riferisce al rapporto che si crea tra lo Stato e l'operatore sanitario in virtù dell'obbligo autorizzativo a cui quest'ultimo soggiace e a tutela del pubblico, piuttosto che del singolo paziente. Il paziente può semmai far valere eventuali pretese contro l'operatore sanitario nelle opportune sedi penali o civili. Il quadro giuridico non è diverso da altri ambiti che possono dar adito parallelamente a procedure civili, penali e amministrative, ad esempio in caso di infrazioni alle regole della circolazione stradale, che pure possono avere conseguenze paragonabili.

Art. 26 cpv. 3 (nuovo)

La vigilanza nei confronti di operatori, servizi e strutture sanitari non può più essere svolta - sia per l'entità del compito che per le competenze specifiche necessarie - in maniera autonoma dalla sola figura del Medico cantonale. Determinati compiti sono pertanto già assunti, oltre che da altri collaboratori con formazione sanitaria della medesima unità amministrativa, ad esempio dal Farmacista cantonale per quanto riguarda il settore delle farmacie, dal Veterinario cantonale in ambito veterinario e dall'Ufficio di sanità per gli aspetti legali e procedurali dei procedimenti amministrativi, disciplinari e contravvenzionali. Sebbene la delega di queste competenze è oggi disciplinata dal regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994, appare opportuno, anche alla luce delle nuove disposizioni federali, fornire una base legale formale a queste deleghe.

Si propone inoltre di permettere al Consiglio di Stato di delegare alle associazioni professionali determinati compiti di vigilanza sanitaria, come previsto per le professioni mediche universitarie nell'ambito della revisione della LPMed approvata dal Parlamento e come accolto con favore ad esempio dall'OMCT in sede di consultazione. Si tratterà di valutare quali funzioni e quali tipi di violazioni possono essere affidati alla vigilanza da parte delle associazioni professionali. Si potrebbero ad esempio ipotizzare gli ambiti della pubblicità e dell'uso dei titoli. Va però rilevato che i vari Ordini e associazioni professionali hanno una struttura, organizzazione e capacità amministrative assai diverse, aspetto di cui occorrerà tener conto nella definizione dei compiti da delegare.

Art. 30

Non è stata prevista alcuna modifica di questa norma, ma in sede di consultazione i chiropratici hanno chiesto di essere riconosciuti come Ordine, essendo ora parificati dalla LPMed alle altre professioni menzionate e organizzate in corporazioni di diritto pubblico. Premesso che dal profilo numerico i chiropratici con libero esercizio sono assai pochi, si propone di valutare semmai l'adeguamento della norma al momento in cui fosse effettivamente concretizzato in maniera formale e strutturata questo auspicio.

Art. 40b

La nuova legge federale sulle epidemie del 28 settembre 2012 (RS 818.101), approvata in votazione popolare il 22 settembre 2013, persegue numerosi obiettivi: da un lato permetterà di riconoscere precocemente, vigilare e prevenire le malattie trasmissibili, come anche di lottare contro di esse e dall'altro contribuirà a gestire meglio i focolai di malattie con potenziale di rischio per la salute pubblica. La sua adozione si è resa necessaria a seguito della mutazione del contesto in cui le malattie trasmissibili si manifestano e minacciano la salute pubblica, che la legge precedente, risalente al 1970, dal profilo tecnico e giuridico non era più in grado di reggere correttamente.

Occorre che i Cantoni adeguino i rispettivi quadri legislativi alle nuove normative federali entrate in vigore il 1° gennaio 2016, così da concretizzare i nuovi provvedimenti per la protezione dell'essere umano dalle malattie trasmissibili, attuare gli obiettivi e le strategie comuni definiti in collaborazione con le preposte autorità federali, rispettare i nuovi parametri dettati dal diritto federale e svolgere i nuovi compiti da esso imposti. Tale adeguamento richiede in particolare ai Cantoni l'identificazione delle autorità competenti nell'attuazione dei provvedimenti e la definizione dei rispettivi compiti imposti dalla legge e dalle ordinanze.

La nuova norma (art. 40b) introdotta nella legge sanitaria, oltre ad evidenziare l'importanza di questo tema con un riferimento specifico, fissa il principio secondo cui il Consiglio di Stato è l'autorità designata per l'applicazione della legislazione federale sulle epidemie. Ad esso è quindi affidata la facoltà d'emanare le disposizioni esecutive necessarie.

Art. 51

In ambito di protezione dei minori dal consumo di alcol le competenze e basi legali si trovano oggi sia nella legge sugli esercizi alberghieri e sulla ristorazione del 1° giugno 2010 (Lear), sia nella legge sanitaria per i negozi e commerci non rientranti nel campo d'applicazione della Lear. La legge sanitaria permette così di intervenire nei confronti dei gestori di stazioni di servizio, chioschi, edicole, ecc. che sono appunto escluse dal campo d'applicazione della Lear. Con la presente modifica si intendono allineare le normative della legge sanitaria alle disposizioni più recenti della Lear, introducendo ad esempio la punibilità degli avventori adulti che dovessero procurare alcolici a minorenni. Si recepisce così anche la richiesta formulata a suo tempo attraverso una mozione.

Artt. 52 cpv. 5 e 52a

La normativa proposta trova oggi la sua sede nel regolamento concernente la protezione contro il fumo del 24 aprile 2013. Appare tuttavia opportuno approfittare di questa revisione per creare una base legale formale e quindi più solida a fondamento di tali disposti.

Art. 53

La modifica dei cpv. 1 e 2 ha carattere puramente formale e viene proposta per maggior chiarezza: l'articolo introduttivo del Titolo V concernente gli operatori sanitari permette così di far comprendere immediatamente al lettore che ogni attività di tipo sanitario relativa a pazienti umani o animali non è solo subordinata a vigilanza ma anche ad autorizzazione. Già oggi dall'interpretazione delle disposizioni di questo Titolo, in particolare dall'interpretazione sistematica, si deve dedurre senza ombra di dubbio che tutte le attività di tipo sanitario esercitate a titolo indipendente sono subordinate ad autorizzazione, fatta salva quella del guaritore ai sensi dell'articolo 63d che è sottoposta a sola vigilanza (cfr. RDAT I/2000 p. 255 - *Stefano Radczuweit* - Lo statuto dell'operatore sanitario nell'ambito

della legge sanitaria). La modifica proposta rende tuttavia immediatamente comprensibile questa impostazione. Le eccezioni menzionate al cpv. 2 sono ad esempio quelle degli artt. 57, 62 e 63d.

Alla luce dei problemi di vigilanza emersi negli ultimi anni e della difficoltà per il paziente a verificare il possesso dell'autorizzazione si propone inoltre di obbligare l'operatore sanitario ad esporre nel proprio ambulatorio il certificato di libero esercizio rilasciato dall'Ufficio di sanità (cpv. 4).

Art. 53a (nuovo)

Si tratta di una delle modifiche più importanti del presente disegno di legge. Essa colma infatti le lacune apertesesi a livello cantonale dopo l'entrata in vigore della LDPS, come esposto nella parte generale del presente messaggio. In particolare il capoverso 2 fornisce al Cantone la base legale formale necessaria per poter verificare le qualifiche professionali dei prestatori di servizi stranieri attivi in professioni regolamentate unicamente a livello cantonale e quindi non di competenza delle autorità federali, come, per quanto concerne il Canton Ticino, lo psicologo attivo in ambito sanitario, l'osteopata, il terapeuta complementare e l'estetista. La norma è adottata in applicazione dell'art. 3 cpv. 3 LDPS e mutuata dall'art. 3 cpv. 2 LDPS, che rappresenta la disposizione corrispondente per le professioni regolamentate sul piano federale.

Art. 53b (nuovo)

L'articolo 53b viene proposto per poter trattare alla stessa stregua gli operatori sanitari autorizzati ad esercitare in altri Cantoni rispettivamente all'estero, così da evitare discriminazioni dei cittadini indigeni. Il testo ricalca sostanzialmente quanto oggi codificato nell'art. 35 cpv. 2 LPMed. I prestatori di servizi provenienti da altri Cantoni sono, in Ticino, assai rari.

Art. 54

Come illustrato in precedenza si propone di adeguare la terminologia della legge sanitaria a quella del diritto federale e di completare l'attuale elenco di cui all'art. 54 con alcune professioni che hanno beneficiato di una sentenza del Tribunale federale o di nuovi profili formativi che esplicitamente prevedono anche la possibilità dell'esercizio sotto la propria responsabilità professionale:

- **l'osteopata:** esiste ora un esame intercantonale organizzato dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), con la raccomandazione di rendere questo esame e il relativo diploma intercantonale il requisito di riferimento per il rilascio dell'autorizzazione. Contrariamente in pratica a tutti gli altri Cantoni, che possono intervenire a livello di regolamento, in Ticino ciò non è ancora avvenuto e l'osteopata non è riconosciuto specificatamente dalla legge sanitaria, ma rientra genericamente sotto la categoria dei terapisti complementari;
- **il massaggiatore medico:** il Tribunale federale ha sancito che quella del massaggiatore medico è una professione a sé stante con un proprio curriculum formativo ben definito e circoscritto, motivo per cui questa attività non può essere riservata al fisioterapista ma deve essere resa accessibile ai possessori del relativo diploma (DTF 117 IA 440);
- **il naturopata con diploma federale e il terapeuta complementare con diploma federale:** per queste due professioni nell'ambito della medicina complementare esiste dal mese di maggio, rispettivamente settembre 2015 un diploma federale riconosciuto

dalla Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI). Per esercitare i campi di attività menzionati nei relativi regolamenti d'esame occorrerà pertanto in futuro disporre del diploma federale. I terapisti complementari autorizzati al momento dell'entrata in vigore della presente modifica di legge ai sensi degli artt. 63 segg. legge sanitaria e che nel contesto dell'obbligo di segnalazione all'autorità delle prestazioni o terapie applicate (artt. 63a cpv. 2 e 63b cpv. 1 lett. d legge sanitaria) avevano già indicato di offrire tali prestazioni potranno per contro continuare ad offrirle. Si propone quindi di tutelare la situazione acquisita di questi operatori, senza termini transitori per il conseguimento a posteriori del diploma federale;

- **l'igienista dentale:** l'igienista dentale è riconosciuta come professione indipendente praticamente in tutti i Cantoni e fa riferimento ad un diploma di scuola superiore specializzata (SSS). È pertanto oggi difficilmente compatibile con il diritto costituzionale della libertà economica sostenere che chi è in possesso del relativo diploma e si attiene ai limiti di competenza della professione rappresenti un pericolo per la salute pubblica tale da non poter essere autorizzato ad esercitare l'attività in proprio.

Il Dipartimento della sanità e della socialità è del resto confrontato da anni con richieste da parte dell'associazione di categoria. Anche un'iniziativa parlamentare elaborata presentata dai deputati Nadia Ghisolfi e Franco Denti e un'interpellanza del deputato Quadranti hanno ripreso la tematica, invitando a voler inserire la professione in questione nell'elenco dell'articolo 54. Davanti all'Ufficio di sanità è inoltre pendente un'istanza concreta volta a provocare una decisione che possa poi essere impugnata per far valere la violazione del diritto fondamentale della libertà economica.

Il tema era stato dibattuto già nel 1989 al momento della revisione della precedente legge sanitaria (cfr. in particolare il rapporto commissionale R3083 del 9 settembre 1988) e poi nuovamente approfondito in occasione della revisione del 2000, tra l'altro anche con l'Ordine dei medici dentisti del Cantone Ticino, che in quell'occasione aveva espresso parere negativo alla concessione del libero esercizio alle igieniste dentali.

I contatti avuti negli ultimi anni con l'Ordine dei medici dentisti hanno permesso di verificare che questa posizione è nel frattempo evoluta nel senso di una consapevolezza della sua fragilità giuridica. In sede di consultazione l'Ordine dei medici dentisti ha manifestato il timore che l'accoglimento della modifica legislativa possa determinare un afflusso importante di igieniste diplomate provenienti da oltre confine e ridurre il controllo sul tipo di prestazioni dentali offerte. Ha quindi proposto l'inserimento di una clausola che permetta alle igieniste dentali l'esercizio sotto la propria responsabilità, ma solo qualora operino all'interno di uno studio medico dentistico.

L'evoluzione di questi ultimi anni e la soluzione adottata in tutti gli altri Cantoni non permette tuttavia di procrastinare ulteriormente l'inserimento della professione d'igienista dentale nell'elenco delle professioni esercitabili sotto la propria responsabilità professionale. Del resto, la clausola proposta dall'Ordine dei medici dentisti appare contraddire il principio stesso del libero esercizio.

- **l'audioprotesista:** la professione di audioprotesista fa riferimento ad un attestato professionale federale (formazione professionale superiore). In Ticino sono attualmente attivi una ventina di audioprotesisti con attestato professionale federale. Negli ultimi anni la professione è fortemente evoluta nel senso che gli apparecchi acustici vengono oggi spesso impiantati all'interno dell'orecchio, così che l'attività dell'audioprotesista genera un rischio accresciuto di ferimento del canale auditivo esterno, ulcere cutanee da pressione, infezioni e lesioni dei timpani. Un adattamento inadeguato dell'apparecchio acustico stesso a sua volta è passibile di peggiorare

l'udito danneggiandolo o provocando tinnito ed acufeni. Non da ultimo recenti modifiche a livello dell'Al inerenti al finanziamento delle protesi uditive, che rinuncia a definire i professionisti abilitati alla vendita ed adattamento di questi apparecchi, rischia di acuire il problema, aprendo di fatto l'attività ad ogni autoproclamato "specialista" in materia, con i rischi di cui sopra. Per questo motivo si ritiene che la professione debba rientrare nel campo di applicazione della legge sanitaria a tutela degli utenti e della qualità dell'attività offerta. Anche i rappresentanti della categoria si sono manifestati in tal senso;

- **l'arteterapeuta:** si tratta di una professione che fa anch'essa oggi riferimento ad un diploma federale (esame professionale superiore) approvato dalla SEFRI. Dal regolamento d'esame emerge esplicitamente che gli "assolventi possono operare sotto la propria responsabilità come liberi professionisti", dispongono di nozioni fondamentali di tipo specialistico, medico e psicologico e sono in grado di accompagnare i processi psichici, psicosomatici e somatici dei loro assistiti con un repertorio specialistico di opzioni di intervento terapeutico. Un ricorso contro il divieto di esercitare a titolo indipendente avrebbe pertanto ottime probabilità di successo davanti ai tribunali;
- **il fisioterapista per animali:** anche questa professione fa riferimento ad un diploma federale (esame professionale superiore) approvato dalla SEFRI. Scopo dell'esame è verificare se i candidati dispongono delle nozioni teoriche e pratiche necessarie ad esercitare la professione. I candidati devono dimostrare di essere in grado di formulare e valutare una diagnosi fisioterapica, di definire ed eseguire gli interventi fisioterapici adeguati e argomentarne e documentarne la validità. Vengono pure valutate le capacità operative in campo imprenditoriale e interdisciplinare.

L'inserimento delle professioni menzionate crea inoltre certezza del diritto per quanto riguarda la loro valenza di professione regolamentata ai sensi del diritto europeo, rafforzando così l'interpretazione secondo cui sono subordinate all'obbligo di dichiarazione da parte dei prestatori di servizi transfrontalieri.

Con riferimento all'iniziativa parlamentare 5 maggio 2014 presentata nella forma generica da Claudio Franscella e cofirmatari e tendente all'introduzione di nuove norme relative alle professioni di **estetista, tatuatore e onicotecnico**, il Consiglio di Stato ha preso atto che nella seduta del 25 gennaio 2016 il Gran Consiglio ha accolto il relativo rapporto 26 novembre 2015 della Commissione speciale sanitaria.

Esso ha dato seguito all'invito a valutare, nell'ambito della revisione della legge sanitaria, l'introduzione di un eventuale obbligo autorizzativo più esteso. Anche dopo i relativi approfondimenti il Consiglio di Stato continua tuttavia a ritenere che tale obbligo autorizzativo sia eccessivo e non opportuno.

Ciò in primo luogo poiché quelle in discussione non rappresentano in realtà professioni sanitarie, anche se le attività evocate presentano un certo grado di pericolosità per la salute del cliente. Il campo di applicazione della legge sanitaria comprende tuttavia attività a cospetto di persone malate e non ogni attività pericolosa per la salute; del resto ve ne sarebbero molte altre.

Inoltre, per quanto riguarda l'attività dei tatuatori e delle estetiste il legislatore federale, proprio alla luce del potenziale pericolo creato soprattutto dai prodotti utilizzati, ha ultimamente rafforzato in modo importante le disposizioni legali a questo riguardo. Si tratta di una reazione coerente e corretta dal profilo concettuale alle problematiche sollevate nell'iniziativa.

Occorre poi anche ricordare che l'autorizzazione al libero esercizio quale estetista rappresenta un *unicum* in Svizzera, che il sistema economico e giuridico svizzero pone un forte accento sull'autodeterminazione e sulla responsabilità personale del cliente e che la

costituzionalità della limitazione della libertà economica insita nel regime autorizzativo per le attività menzionate può dar adito a dubbi. Infine anche nell'ottica della verifica dei compiti dello Stato nonché dei necessari provvedimenti di risparmio finanziario, le autorità di vigilanza sanitaria devono potersi concentrare sui compiti prioritari.

Nonostante le riserve illustrate, il Consiglio di Stato non si oppone a mantenere la figura dell'estetista tra le professioni di cui all'articolo 54. Anzi, recependo le preoccupazioni espresse nell'iniziativa, propone e si impegna ad estendere le prestazioni subordinate ad autorizzazione mediante disposizione di regolamento a quelle del *microblade* e del *needling*, come discusso con l'associazione professionale di categoria.

Per poter tenere il passo con la dinamicità del settore formativo, dimostrata dagli esempi che precedono, ed evitare situazioni difficili da gestire a livello amministrativo si propone inoltre, con il cpv. 2, di riconferire al Consiglio di Stato la competenza di inserire nell'elenco ulteriori nuove professioni che dovessero godere di profili professionali che chiaramente permettono il libero esercizio. Questa flessibilità esisteva del resto fino alla modifica della legge sanitaria del 2000 e nell'ambito della consultazione la proposta non ha dato adito ad osservazioni.

Come già esposto al capitolo IV. 2, si evidenzia infine la modifica a livello formale che dovrebbe rendere più leggibile tutto il capitolo relativo agli operatori sanitari oltre che permettere l'allineamento alle disposizioni federali. La terminologia oggi utilizzata a livello di distinzione tra operatori indipendenti e dipendenti può essere infatti foriera di confusione nel senso che fa spesso riferimento non all'effettiva attività indipendente o dipendente dell'operatore ma alla sua abilitazione sulla base della sua formazione a esercitare in modo indipendente o dipendente (cfr. verbali del Gran Consiglio, Sessione ordinaria primaverile 1989, Volume 1, p. 340). Si propone pertanto di riprendere la definizione federale di "attività sotto la propria responsabilità professionale" che permette di evidenziare meglio che molte delle disposizioni di legge si applicano a tutti gli operatori che esercitano sotto la propria responsabilità professionale, a prescindere dal fatto che operino a titolo indipendente o dipendente da un profilo giuridico, fiscale o delle assicurazioni sociali. Dal punto di vista della sicurezza sanitaria nulla muta, infatti, se un operatore sanitario agisce a titolo individuale o quale responsabile, ma formalmente dipendente, di una società a garanzia limitata.

Dal profilo formale, si osserva pure che si propone di mantenere la distinzione tra le professioni sanitarie menzionate alle lettere a) e b), poiché ciò è necessario alla luce del rinvio di cui all'art. 58 cpv. 1.

Art. 55

Si tratta di adeguamenti formali a livello di definizioni.

Artt. 56 e 56a

I requisiti per il rilascio dell'autorizzazione indicati all'art. 56 cpv. 1 non vengono mutati. Il requisito della buona reputazione viene semplicemente sostituito con quello dell'esser degno di fiducia, che figura nelle disposizioni federali. Per giurisprudenza ormai consolidata i due concetti sono analoghi.

Per l'esercizio dell'attività sotto la propria responsabilità professionale è inoltre stato introdotto il nuovo requisito della padronanza della lingua italiana, richiesto anche dal diritto federale e dalla direttive UE. Alla luce della maggiore mobilità degli operatori sanitari favorita dall'Accordo sulla libera circolazione delle persone, la padronanza della lingua ufficiale del Cantone di residenza appare essere un requisito imprescindibile per poter

esercitare l'attività. L'italiano non è infatti necessario unicamente per poter interloquire con i pazienti ma pure per poter comunicare con autorità sanitarie e assicuratori malattie. La conoscenza della lingua ufficiale del Cantone è del resto un requisito sancito anche dalla revisione della LPMed approvata dal Parlamento il 20 marzo 2015 (art. 36 cpv. 1 lett. c nLPMed, RU 2015 5081)⁷.

Considerate le perplessità avanzate nella procedura di consultazione quanto all'esigenza di disporre di una copertura assicurativa sufficiente (art. 56 cpv. 2 lett. b) si precisa che la copertura assicurativa di responsabilità civile può anche essere quella del datore di lavoro.

Al cpv. 5 è introdotto il principio del rifiuto o della revoca dell'autorizzazione dal profilo amministrativo, al fine di precisare la distinzione con le sanzioni disciplinari, tra cui va annoverato anche il divieto di libero esercizio, disciplinate dall'art. 59.

L'art. 56a riprende l'attuale cpv. 4 dell'art. 56, precisandolo e completandolo. In ossequio ai principi sulla protezione dei dati, crea anche una base legale esplicita affinché l'autorità possa prendere contatto con le autorità amministrative e di vigilanza di altri Cantoni e Stati per accertare l'adempimento dei requisiti di legge.

Art. 58

L'art. 58 è stato adeguato alla terminologia dell'articolo 54 (esercizio dipendente sostituito con esercizio dipendente sotto la responsabilità di terzi).

Appare qui opportuno ricordare che il datore di lavoro è tenuto, in virtù del cpv. 2, a verificare i diplomi degli operatori in questione e a far riconoscere quelli di operatori provenienti dall'estero.

Il dovere d'informazione verso il Dipartimento previsto dall'attuale art. 58 cpv. 5 e confermato nell'avamprogetto con la precisazione del concetto di direzione nelle due componenti sanitaria e amministrativa, è stato inserito per maggior attinenza di materia all'art. 68a cpv. 2, tra gli articoli che trattano in generale degli obblighi di segnalazione.

Art. 58a

Si ritiene opportuno disciplinare in modo più chiaro l'autorizzazione di operatori sanitari in formazione, che per ovvi motivi non dispongono ancora dei diplomi per principio richiesti per l'esercizio dell'attività.

Nel corso della procedura di consultazione sono state avanzate alcune richieste tendenti a permettere il libero esercizio sotto *mentorato* degli operatori in formazione quali naturopata e terapeuta complementare con diploma federale o dell'osteopata. Si tratterebbe tuttavia di una contraddizione sistemica e concettuale con i principi della polizia sanitaria: se i diplomi finali in queste professioni sono infatti considerati essere il requisito minimo per poter esercitare, non è possibile rilasciare autorizzazioni provvisorie al libero esercizio. Questi operatori dovranno invece essere assunti da titolari di un diploma federale. Questa è del resto anche la soluzione adottata a livello federale per gli psicoterapeuti in formazione, precedentemente autorizzati al libero esercizio nel nostro Cantone.

Con riferimento al cpv. 3 si precisa che si tratta di avere, a seconda della singola professione e dello stato di avanzamento della formazione, una corretta proporzione tra

⁷ Cfr. anche gli artt. 11a-11c dell'avamprogetto di modifica dell'ordinanza sulle professioni mediche del 27 giugno 2007 (OPMed, RS 811.1112.0), posto in consultazione nella primavera del 2016 (<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00993/14763/index.html?lang=it>)

formatore e persona in formazione. Per quanto riguarda i medici ciò è del resto già previsto in tutti i programmi di perfezionamento professionali FMH.

Art. 59

I provvedimenti disciplinari previsti a livello cantonale sono stati allineati a quelli previsti a livello federale per le professioni disciplinate a quel livello.

Dal profilo procedurale, appare opportuno consentire alla Commissione di vigilanza sanitaria, confrontata anche con i limiti derivanti dall'esercizio a titolo accessorio dell'attività da parte dei suoi membri, di concentrarsi sui procedimenti più complessi e delicati, evitando il suo coinvolgimento preliminare in procedure riguardanti infrazioni di minore importanza o che non richiedono accertamenti dei fatti e apprezzamenti particolari. Ci si riferisce segnatamente alle violazioni delle indicazioni sulla pubblicità, dell'obbligo di partecipare ai servizi di emergenza, dell'obbligo di aver concluso un'assicurazione di responsabilità civile e dei casi di esercizio abusivo.

In considerazione dell'importante aumento del numero di operatori sanitari presenti sul territorio negli ultimi anni e delle conseguenti difficoltà a vigilare su di essi si propone di coinvolgere maggiormente gli Ordini professionali: in virtù delle nuove disposizioni federali e del nuovo art. 26 cpv. 3 della legge sanitaria, il Consiglio di Stato potrà delegare direttamente agli Ordini professionali determinati compiti di vigilanza sanitaria, ivi compresa, per quelli di diritto pubblico, la pronuncia di sanzioni disciplinari in presenza di infrazioni minori, quali ad esempio quelle in materia di pubblicità.

Sempre a livello procedurale si propone inoltre di completare i mezzi di prova previsti dalla legge sulla procedura amministrativa del 24 settembre 2013 con l'interrogatorio. Quest'ultimo mezzo di prova ha infatti una notevole importanza nei procedimenti disciplinari retti dalla massima d'ufficio per far luce sulle violazioni di legge ipotizzate. Proprio perché il procedimento disciplinare permette all'autorità di vigilanza di emanare sanzioni anche pesanti, che possono arrivare sino alla revoca dell'autorizzazione di esercizio, appare inoltre opportuno applicare all'interrogatorio per analogia le disposizioni del codice di procedura penale, che garantiscono maggiormente anche i diritti della parte interessata.

Nell'intento di un maggior coinvolgimento degli Ordini professionali è anche previsto di comunicare loro i provvedimenti e le sanzioni pronunciati. In questo modo queste istituzioni di diritto pubblico presenti sul territorio in modo relativamente capillare saranno meglio in grado di segnalare eventuali infrazioni ai provvedimenti. Si propone inoltre di ancorare esplicitamente nella legge la possibilità di pubblicare provvedimenti e sanzioni sul Foglio ufficiale. Già oggi le sospensioni delle autorizzazioni al libero esercizio vengono pubblicate con riferimento all'art. 61, considerato come l'albo sanitario riveste carattere pubblico. Appare del resto giustificato che anche le sanzioni possano essere rese pubbliche al fine di poter tutelare i pazienti degli operatori in questione. È tuttavia auspicabile disporre di una base legale esplicita al riguardo. Nonostante la presunzione di conoscenza creata dalla pubblicazione nel Foglio ufficiale, si propone inoltre di conferire al Dipartimento la facoltà di comunicare in presenza di gravi reati e in singoli casi di comprovata necessità le sanzioni e i provvedimenti anche alle strutture e servizi sanitari autorizzati, nella misura in cui si tratti di potenziali futuri datori di lavoro come ad esempio case per anziani o ospedali.

Art. 60

Se una volta un operatore sanitario restava attivo di regola per tutta la vita nel luogo in cui aveva aperto il suo ambulatorio, anche in questo contesto la dinamicità e flessibilizzazione oggi richieste dalla società comportano una circolazione degli operatori assai importante. Ciò fa però sì che in assenza di una rinuncia formale da parte dell'operatore (che spesso nemmeno annuncia all'autorità la sua partenza) le autorizzazioni al libero esercizio restano valide per decenni anche quando l'operatore sanitario in questione non risiede nemmeno più sul territorio cantonale e non ha pertanto più alcun interesse concreto al loro mantenimento. Ciò può creare particolari problemi quando l'operatore poi rientra in Ticino e per questo motivo non viene nuovamente verificata la sua idoneità all'esercizio della professione, benché sia ormai assente da svariato tempo. La disposizione proposta al cpv. 3 fornisce pertanto la base legale per revocare le autorizzazioni nei casi manifesti. L'operatore potrà evidentemente sempre dimostrare di averne fatto uso.

Non viene per contro modificata la soluzione attualmente in vigore che prevede il decadimento dell'autorizzazione al raggiungimento del settantesimo anno di età, con possibilità di rinnovo biennale dopo visita medica. Il cpv. 2 rimane in effetti invariato.

Art. 62

La terminologia dell'art. 62 è stata adeguata a quella dell'art. 54, con la precisazione che esso si applica solo all'esercizio di attività sotto la responsabilità professionale di un operatore, servizio, ambulatorio o struttura autorizzati.

Gli operatori contemplati da questa norma sono ad esempio gli assistenti di studio medico, le assistenti di profilassi dentaria, i laboratoristi medici, i tecnici in radiologia medica, gli ortottisti, i soccorritori professionali dei servizi di ambulanza, gli assistenti di farmacia, le infermiere odontoiatriche, gli assistenti di cura, gli operatori socio-sanitari. Per evitare equivoci si ritiene preferibile rinunciare ad un'elencazione come quella all'attuale cpv. 2, forzatamente esemplificativa e non esaustiva.

Il cpv. 3a precisa inoltre che un operatore in questione non può comunque sconfinare in prestazioni che richiedono il possesso di un diploma e di una formazione determinati. Questa aggiunta risponde anche al concetto di cui all'art. 53 cpv. 3 e tutela la professionalità acquisita specificatamente attraverso un determinato diploma.

Alla luce di alcune infrazioni commesse da operatori non abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale (ad esempio: maltrattamenti in istituti sanitari, truffe) si ritiene opportuno completare il cpv. 4 con la possibilità di comminare le sanzioni previste all'art. 59 anche a questi operatori. Questa scelta è del resto in linea con la nuova impostazione dell'art. 59, che, in analogia alle recenti leggi federali, abbandona il concetto di *rapporto giuridico speciale* ("*Sonderstatusverhältnis*"), permettendo così all'autorità di sanzionare anche operatori sanitari non (o non più) in possesso di un'autorizzazione formale, esplicita (art. 54) o presunta (art. 58).

Artt. 63 e 63b

Con il riconoscimento da parte della SEFRI del "naturopata con diploma federale" e del "terapista complementare con diploma federale" si rendono necessari alcuni adeguamenti delle disposizioni che disciplinano l'attività del terapista complementare a livello cantonale. In futuro le prestazioni rientranti nel campo dei nuovi diplomi federali potranno in particolare essere offerti unicamente dagli operatori in possesso dei diplomi summenzionati. È tuttavia prevista un'importante eccezione a favore dei terapisti complementari autorizzati conformemente agli artt. 63 segg. previgenti all'entrata in vigore

della presente modifica, che potranno continuare a svolgere la loro attività nel rispetto delle disposizioni previgenti se avevano segnalato al Consiglio di Stato tali attività⁸.

Art. 63d

Con la revisione dell'anno 2000 nella legge sanitaria è stata introdotta la figura del terapeuta complementare. A quel momento si era ritenuto di mantenere pure la figura del guaritore, già introdotta con la nuova legge sanitaria nel 1989 e soggetta a semplice notifica al Dipartimento. Negli intenti del legislatore il guaritore avrebbe dovuto con gli anni assumere un ruolo del tutto secondario, considerato come lo stesso non poteva che ricevere delle remunerazioni spontanee. L'intenzione era chiaramente quella che l'offerta di prestazioni della medicina complementare a titolo lucrativo fosse di pertinenza del terapeuta complementare. Alla luce degli oltre 90 guaritori oggi notificati al Dipartimento e delle verifiche effettuate in questi anni va tuttavia constatato che diversi guaritori non si attengono a queste limitazioni, fatturando esattamente come un terapeuta complementare, pur non avendo superato i prescritti esami cantonali. Si tratta di una disparità di trattamento ingiustificabile alla luce degli sforzi che il terapeuta complementare deve intraprendere per ottenere l'autorizzazione cantonale, soprattutto se si considera che diverse persone notificatesi quali guaritori hanno in precedenza bocciato gli esami di terapeuta complementare.

Alla luce della nuova regolamentazione per i prestatori di servizi transfrontalieri va inoltre sottolineato che il guaritore non può essere considerato professione regolamentata ai sensi degli Accordi bilaterali, motivo per cui il nuovo assetto accresce ancora il rischio che lo statuto del guaritore diventi la porta di entrata privilegiata che permette a chiunque, anche in provenienza dall'estero, di esercitare senza autorizzazione un'attività sanitaria pur se formalmente retribuita solo con contributi volontari.

Per questo motivo con il presente messaggio si propone di tornare alla definizione originale di guaritore così come proposta nel 1989 (persona che offre prestazioni attinenti alla tradizione locale e popolare come la pranoterapia, le pratiche spirituali e i soffi) e ciò senza permettere inoltre all'operatore in questione di ricevere dei compensi finanziari né di farsi della pubblicità. Si ritiene che in questo modo la delimitazione verso il terapeuta complementare introdotto nel 2000 sia più chiara e coerente e che questa impostazione corrisponda meglio alla vera indole del guaritore (persona che dispone di un "dono" che mette a disposizione degli altri). Alla luce di alcuni casi concreti recenti appare inoltre opportuno prevedere anche per il guaritore l'obbligo di godere di una buona reputazione e di una buona salute psichica e fisica.

Art. 64

Al fine di creare una maggiore certezza del diritto appare opportuno armonizzare gli obblighi professionali previsti dalla legge sanitaria, e tuttora applicabili agli operatori che non rientrano nei campi di applicazione delle leggi federali, con quelli previsti dalle rispettive disposizioni federali per l'attività sotto la propria responsabilità professionale. Gli stessi verranno pertanto applicati per analogia anche agli operatori sanitari subordinati a questa legge.

Il Consiglio di Stato deve comunque mantenere la possibilità di disciplinare in modo più dettagliato gli obblighi professionali previsti dalla legislazione federale, emanando ad esempio prescrizioni più dettagliate sulla pubblicità, analogamente alla competenza ora riservata dall'art. 70 cpv. 3.

Al cpv. 2 viene inoltre previsto l'obbligo di disporre nel Cantone quantomeno di un locale ove conservare le cartelle sanitarie e gli eventuali medicinali; ciò alla luce del numero

⁸ Cfr. anche il commento all'art. 54 e alla norma transitoria di cui all'art. 102d cpv. 3.

crescente di operatori sanitari che indicano di operare unicamente a domicilio del paziente (o del cliente per quanto riguarda gli animali da allevamento).

Art. 67

A differenza della situazione attuale anche il farmacista responsabile sarà in futuro tenuto, come gli altri operatori sanitari, a compilare una cartella sanitaria. Ciò in conformità con la normativa europea GDP (good distribution practice) e come richiesto dall'Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino.

Alcuni casi concreti degli ultimi anni suggeriscono di inserire in maniera esplicita nella legge sanitaria l'obbligo di iscrivere nella cartella sanitaria anche le sperimentazioni alle quali partecipa il paziente in questione. Si tratta di informazioni fondamentali per il curante poiché proprio a seguito della sperimentazione possono sorgere effetti avversi non previsti ed è importante che il personale curante sia al corrente della partecipazione del paziente. Da qui il nuovo cpv. 3a.

Art. 68, 68a e 68b

Si propone di mantenere l'obbligo di segnalazione oggi previsto dalla legge sanitaria, peraltro non messo in dubbio dalla giurisprudenza (cfr. la sentenza del Tribunale federale 1B_96/2013). Come già indicato nell'avamprogetto, s'intende inoltre estendere l'obbligo di segnalazione anche a coloro che dirigono una struttura o servizi sanitari e agli altri reati perseguibili d'ufficio perpetrati da un operatore sanitario, in aggiunta ai casi di "malattia, di lesione o di morte per causa certa o sospetta di reato" venuti a conoscenza nell'esercizio della professione. Si auspica in questo modo di evitare quanto emerso in alcuni recenti processi penali, ossia che un operatore sanitario macchiatosi ripetutamente di gravi reati continui ad esercitare la propria attività anche perché i responsabili delle strutture hanno ommesso di segnalare questi fatti.

Alla luce delle perplessità e dei suggerimenti espressi dall'Ordine dei medici in sede di consultazione, si è tuttavia ritenuto opportuno riformulare l'attuale art. 68 distinguendo chiaramente tre fattispecie simili, ma non uguali, ciò che permette, ad esempio, di tener meglio conto del segreto medico nel rapporto terapeutico quando l'obbligo di segnalazione incombe al medico.

Accanto al cpv. 1, che rimane invariato (obbligo di segnalazione al Dipartimento e al Medico cantonale di qualunque fatto che possa mettere in pericolo la salute pubblica), il cpv. 2 riprende l'obbligo, già oggi sancito da tale norma, di segnalazione di reati con conseguenze di malattia, lesione o morte indipendentemente da chi li abbia commessi, apportandovi tre precisazioni. In primo luogo, l'obbligo viene correlato a crimini o delitti (oggi la norma si riferisce al generico termine di "reati"). In secondo luogo, come già nell'avamprogetto, viene aggiunto un riferimento temporale per l'inoltro della segnalazione. Infine quale destinatario della segnalazione, al Ministero pubblico viene aggiunto il Medico cantonale. Come auspicato dalla Commissione di vigilanza sanitaria, in tal modo ci si prefigge di agevolare la ricezione da parte di quest'autorità delle informazioni necessarie per adempiere i suoi compiti di vigilanza, tra l'altro non solo in riferimento a casi specifici, ma anche attraverso l'emissione di raccomandazioni o nell'ottica di una prevenzione generale degli errori.

Al cpv. 3 viene ripreso l'obbligo di segnalazione anche per altri reati perseguibili d'ufficio perpetrati da operatori sanitari. Per tener conto delle osservazioni ricevute, quest'obbligo viene limitato ai reati perpetrati da operatori sanitari in relazione con la propria funzione o professione e viene inoltre riservato il segreto medico nel rapporto terapeutico. Questa eccezione esclude in sostanza l'obbligo di segnalazione per il medico curante di un

operatore sanitario che nel contesto della relazione terapeutica gli rivela la commissione di un reato, nei limiti dell'obbligo di segnalazione generale per i reati gravi di cui al cpv. 2.

Sempre per maggior chiarezza, si inserisce in un articolo separato (art. 68a) l'obbligo di segnalazione incombente alle direzioni amministrative e sanitarie delle strutture. Al cpv. 2 di tale norma si riprende l'attuale art. 58 cpv. 5, con una formulazione più precisa e completa dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento, aggiungendo al rifiuto dell'assunzione e alla revoca del contratto anche la rescissione o il non rinnovo di quest'ultimo.

L'art. 68b corrisponde infine all'attuale art. 68 cpv. 3 (segnalazione del Ministero pubblico al Dipartimento dell'esistenza di procedimenti penali contro operatori sanitari).

Art. 69 cpv. 4

Questa modifica è conseguente ad una sentenza del 2011 (DTF 2C_807/2010) con la quale il Tribunale federale ha statuito che gli eventuali contributi sostitutivi chiesti dagli Ordini professionali in caso di esonero dall'obbligo del servizio di picchetto devono poggiare su una base legale formale, che indichi pure l'ammontare approssimativo del contributo.

Nella sua risposta alla procedura di consultazione l'OMCT ha auspicato inoltre una maggiore densità normativa, che non appare tuttavia necessaria a livello di legge formale essendo l'organizzazione dei picchetti delegata agli Ordini professionali.

Artt. 70 e 71

Gli attuali articoli 70 e 71 relativi a pubblicità e comparaggio vengono modificati perché rientrano negli obblighi professionali dell'operatore disciplinati al nuovo art. 64 legge sanitaria, con rinvio in particolare all'art. 40 lett. d ed e LPMed. Per maggior chiarezza, rispetto all'avamprogetto all'art. 70 viene mantenuto un riferimento ai due temi e alle relative disposizioni applicabili.

Rispetto ad oggi, viene abrogato il controllo preventivo dell'uso dei titoli accademici. Nella consultazione alcuni degli interpellati ne hanno chiesto il mantenimento. Si ritiene però preferibile concentrare le risorse sulla vigilanza piuttosto che sull'autorizzazione preventiva, ritenuto anche che non si può vietare l'uso di un titolo conseguito, ma solo verificare che sia corretto. Si ipotizza inoltre di delegare agli Ordini di diritto pubblico la vigilanza in materia di pubblicità.

All'art. 71 viene per contro creata una base legale per trasporre nel diritto interno la possibilità prevista all'Accordo sulla libera circolazione di imporre all'operatore che ha conseguito un titolo di studio estero una forma adeguata per il suo utilizzo in Svizzera.

Art. 72

La possibilità di far capo a supplenze in caso di impedimento è stata precisata, disciplinandone ad esempio la durata di regola massima, i limiti di ammissibilità in caso di assenza a tempo parziale, i requisiti professionali di cui deve di principio disporre il supplente ed eventuali eccezioni per quanto attiene ai titoli formativi.

Art. 74

La disposizione che ammette la possibilità di apertura di un ambulatorio secondario solo quando è accertato un effettivo bisogno della popolazione è stata dichiarata incompatibile

con la libertà economica dal Tribunale federale (DTF 2P.104/2006). La norma viene modificata di conseguenza.

Artt. 79, 86 (nuovo) e 102e

Con la regolamentazione attuale sono subordinati ad autorizzazione da una parte l'esercizio della professione da parte di singoli operatori sanitari e dall'altra l'esercizio di strutture stazionarie. Manca invece nella legge sanitaria una base legale che subordini ad autorizzazione tutti i servizi ambulatoriali: oggi l'art. 80 cpv. 2 permette infatti al Consiglio di Stato di subordinare ad autorizzazione solo puntualmente determinati servizi (ciò che è ad esempio avvenuto per i servizi di cura e assistenza a domicilio, non però ad esempio per i servizi autoambulanze). Con riferimento alle nuove disposizioni federali in materia di prestatori di servizi transfrontalieri è pertanto importante colmare tale lacuna per evitare che questi servizi siano considerati "professioni non regolamentate" e quindi sottratte alla verifica delle qualifiche professionali.

Si propone pertanto di subordinare ad autorizzazione anche i servizi ambulatoriali. Si intendono qui le persone giuridiche o gli istituti che hanno alle loro dipendenze degli operatori sanitari e offrono delle prestazioni sanitarie di tipo ambulatoriale. Non rientrano pertanto nel campo d'applicazione di questa disposizione gli operatori sanitari che svolgono la propria attività a titolo indipendente e da soli e che sono pertanto già in possesso dell'autorizzazione di libero esercizio ai sensi dell'articolo 54. Analogamente l'autorizzazione a gestire un servizio ambulatoriale viene presunta in strutture già autorizzate a livello stazionario.

All'art. 102e viene disciplinato il necessario regime transitorio per i servizi ambulatoriali già in attività. Essi devono presentare un'istanza di autorizzazione entro tre mesi dall'entrata in vigore della modifica di legge e possono poi beneficiare di un'autorizzazione provvisoria della durata massima di due anni per provvedere ad eventuali adeguamenti necessari.

Art. 80

Il capoverso 2 va abrogato in virtù dell'obbligo di autorizzazione introdotto per tutte le attività sanitarie al nuovo art. 53 in combinazione con gli artt. 79 e 86.

Art. 81 cpv. 4

Visto il ruolo centrale ed accresciuto attribuito alle direzioni sanitarie e amministrative delle strutture stazionarie e dei servizi ambulatoriali (cfr. il rinvio dell'art. 86 cpv. 3) appare opportuno definire i requisiti che queste figure devono adempiere.

Art. 94

L'articolo in questione è stato reso più chiaro.

Art. 95 cpv. 3 e 5

La disposizione è stata completata con la punibilità dell'omissione nel caso di titolari, direttori amministrativi e direttori sanitari di strutture e servizi sanitari. In questo modo gli stessi potranno essere sanzionati analogamente all'autore se operatori sanitari da loro non segnalati a chi di dovere dovessero perpetuare i loro comportamenti illeciti, come avvenuto in alcuni casi emersi di recente.

Il cpv. 5 non conferisce nuovi poteri alle autorità amministrative di vigilanza, ma si limita a indicare quali sono, in ambito sanitario, le autorità amministrative a cui fa riferimento l'art. 357 cpv. 1 CPP.

Art. 95b

La nuova disposizione permette di allineare gli importi delle multe in materia di alcol e tabacco a quelli previsti dalla legge sugli esercizi alberghieri e della ristorazione.

Art. 98

Considerato che determinate infrazioni possono cadere, a seconda della funzione esercitata dell'operatore sanitario in quel momento, sia sotto la legislazione federale che quella cantonale appare opportuno allineare le disposizioni cantonali in materia di prescrizione a quelle federali.

Art. 99a

L'art. 99a va completato con l'inserimento degli Ordini professionali di diritto pubblico che potranno pronunciare direttamente, nella misura in cui avranno ottenuto la necessaria delega dal Consiglio di Stato (cfr. artt. 26 e 59), sanzioni disciplinari in presenza di determinate infrazioni disciplinari minori.

Art. 99b

La sempre più frequente mobilità delle persone e nello specifico degli operatori sanitari impone la creazione di una base legale formale che permetta alle autorità amministrative di vigilanza lo scambio delle informazioni necessarie per l'adempimento dei propri compiti di legge. Questo principio è già ancorato in altre leggi. Nel caso degli operatori sanitari dovrebbe ad esempio agevolare lo scambio di informazioni e documenti con le autorità di polizia degli stranieri.

Art. 102d

I terapisti complementari autorizzati al momento dell'entrata in vigore della presente modifica di legge ai sensi degli art. 63 segg. legge sanitaria e che avevano già indicato di offrire tali prestazioni (artt. 63a cpv. 2 e 63b cpv. 1 lett. d legge sanitaria) potranno continuare ad offrirle.

Si rinuncia per contro a proporre una norma transitoria per gli osteopati, che sono stati tutti avvisati sin dal 2007 che l'attività di osteopata era possibile solo provvisoriamente a titolo di terapeuta complementare e invitati a presentarsi all'esame intercantonale organizzato dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.

I guaritori non sono invece per principio danneggiati dal ritorno al regime previgente in quanto non sono comunque autorizzati a fatturare le proprie prestazioni. Per loro viene comunque previsto un periodo di transizione di 5 anni.

VI. PERSONALE

Come illustrato in precedenza, il numero di operatori sanitari presenti sul territorio è aumentato in maniera importante dopo l'introduzione dell'Accordo sulla libera circolazione e ha avuto ripercussioni significative anche sulle attività di vigilanza, comunque reattiva. L'evoluzione testé menzionata – confermata anche dal numero complessivo di pratiche inerenti agli operatori sanitari passate da circa 1300 annue nel 2001 a 4450 nel 2015 e dall'aumento della corrispondenza inerente agli operatori sanitari, più che raddoppiata negli ultimi cinque anni – impone che le risorse disponibili presso l'Ufficio di sanità siano concentrate con grande preponderanza sulle attività di autorizzazione, anche perché dall'evasione di queste pratiche dipende la possibilità per l'istante di esercitare la propria attività lucrativa.

L'Ufficio di sanità si è inoltre fatto carico negli ultimi dieci anni di diversi nuovi compiti che pure richiedono risorse. Giova ricordare in particolare l'introduzione dell'obbligo di autorizzazione per i servizi di assistenza e cure a domicilio, per i centri diurni terapeutici notturni, per i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche, per l'utilizzo dei titoli accademici da parte degli operatori sanitari nonché per la gestione di servizi ambulatoriali e centri residenziali attivi nel settore delle tossicodipendenze o ancora l'attuazione delle nuove disposizioni relative al fumo passivo, il rilascio delle autorizzazioni in virtù della legge federale sui medicinali e i dispositivi medici (LATer) o l'applicazione della moratoria LAMal in vigore fino al 2011 e reintrodotta da luglio del 2013.

A fronte di questa importante crescita di attività (che sono da raddoppiate a triplicate, a seconda del compito), peraltro divenuta sempre più complessa nelle sue basi legali soprattutto a causa della frammentazione menzionata in entrata, l'Ufficio di sanità ha accumulato negli scorsi anni importanti ritardi nell'evasione delle pratiche. Previa anche una verifica condotta da parte della Sezione delle risorse umane, dalla quale è emerso che il personale in dotazione dell'Ufficio non era oggettivamente sufficiente per far fronte alla situazione venutasi a creare, il Dipartimento della sanità e della socialità ha di conseguenza deciso di concedere un potenziamento mirato del personale dedicato a questi compiti, in particolare riorientando risorse da altri servizi. Ora il personale addetto ad autorizzazioni e vigilanza consta di 8.4 unità a tempo pieno e grazie a questo potenziamento, completato verso la fine del 2014, l'Ufficio di sanità ha in buona parte recuperato i ritardi accumulati. Ciò non toglie che l'attività deve continuare a focalizzarsi in prima linea sulle pratiche di autorizzazione d'esercizio.

Va peraltro segnalato che per contenere questi potenziamenti si è pure proceduto ad un'analisi critica di possibili razionalizzazioni dell'attività. Si è così ad esempio attuata una semplificazione di alcune procedure e si propone di rinunciare, nell'ambito della proposta revisione, ad autorizzare preventivamente l'utilizzo dei titoli accademici.

In prospettiva occorre valutare anche il fabbisogno di risorse indotto dalla modifica di legge allegata al presente messaggio. In quest'ottica, il nuovo regime di riconoscimento delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi transfrontalieri ha un impatto sul dispendio amministrativo che per ora, come detto, è rimasto contenuto, ma che è ancora difficilmente stimabile poiché verosimilmente non ancora pienamente conosciuto. Destano preoccupazione in particolare i tempi più brevi e imperativi per evadere queste istanze, in un contesto già caratterizzato da parecchie sollecitazioni. D'altra parte, l'estensione dell'obbligo di autorizzazione a tutti i servizi ambulatoriali mediante la modifica dell'art. 86, opportuna alla luce del nuovo quadro legislativo per evitare che questi servizi possano anche essere offerti dall'estero senza alcuna autorizzazione, avrà un ulteriore impatto sul dispendio amministrativo richiesto all'Ufficio di sanità. Ultimamente si è constatato inoltre un accresciuto ricorso a modelli organizzativi strutturati sotto forma di persone giuridiche

anche per la gestione di attività che in precedenza erano gestite individualmente. Sono così state inoltrate alcune decine di istanze di nulla osta per istituti che forniscono prestazioni ambulatoriali.

VII. CONGRUENZA CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO

Nelle linee direttive e piano finanziario 2012-2015 questa revisione della legge sanitaria, indotta essenzialmente da esigenze di adeguamento a nuove normative sul piano federale, figurava tra le previste modifiche legislative principali (cfr. “Rapporto al Gran Consiglio sulle linee direttive e sul piano finanziario 2012-2015”, gennaio 2012, pag. 266). Per i nuovi compiti assegnati all’Ufficio di sanità, segnatamente l’implementazione della nuova legge federale sulla ricerca umana, l’adeguamento all’aggiornamento delle strategie della Confederazione circa i nuovi valori limite per il radon e il forte aumento di operatori sanitari attivi nel Cantone, negli stessi documenti era stata prevista un’esigenza di risorse supplementari dell’ordine di fr. 230'000 (cfr. “Rapporto al Gran Consiglio sulle linee direttive e sul piano finanziario 2012-2015”, gennaio 2012, pag. 172; “Rapporto al Gran Consiglio sul secondo aggiornamento delle linee direttive e del piano finanziario 2012-2015”, gennaio 2014, pag. 218; “Rapporto al Gran Consiglio sul terzo aggiornamento delle linee direttive e del piano finanziario 2012-2015”, febbraio 2015, pag. 223).

Per l’attività legata alla legge federale sulla ricerca umana è stato previsto un aumento di un’unità per il Comitato etico, che si è visto trasferire da Swissmedic tutta una serie di compiti precedentemente di competenza dell’Istituto federale. Il costo legato a questo aumento di personale è comunque autofinanziato mediante gli emolumenti richiesti per l’esame dei protocolli di studio. Il relativo potenziamento è effettivo dall’inizio dell’anno 2014 e le previsioni di copertura dei costi appaiono rispettate. Per il resto, come detto, si è data priorità ad un minimo, indispensabile adeguamento delle risorse dedicate all’attività di autorizzazione e vigilanza degli operatori sanitari, non attingendo comunque dal credito previsto per i nuovi compiti, ma tramite riorientamento interno di unità di personale.

Il rafforzamento della vigilanza sulle strutture e sugli operatori sanitari, precisando i requisiti e adattando le relative basi legali al contesto di accresciuta concorrenza e mobilità nonché definendo le priorità sulle quali vigilare e intervenire è l’obiettivo posto anche dalla scheda n. 55 delle Linee direttive e del Piano finanziario 2015-2019, approvati dal Consiglio di Stato nell’aprile 2016 e discussi dal Gran Consiglio il 19 settembre del corrente anno. Per la concretizzazione di questo obiettivo, la scheda prospetta in primo luogo la revisione della legge sanitaria, oggetto del presente messaggio (cfr. “Rapporto al Gran Consiglio sulle linee direttive e sul piano finanziario 2015-2019”, aprile 2016, pagg. 117 e 230).

Si rileva infine che l’adeguamento del quadro legale in tema di riconoscimento delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi transfrontalieri nel settore sanitario figura altresì tra le misure ritenute nell’ambito del rapporto del Consiglio di Stato del dicembre 2013 “Lavoratori frontalieri, fornitori di prestazioni indipendenti esteri e lavoratori distaccati in Ticino” (scheda n. 5).

VIII. ATTI PARLAMENTARI EVASI

Con le proposte di modifica della legge sanitaria contenute nel presente messaggio vengono evasi o vien dato seguito ai seguenti atti parlamentari, in parte già discussi e approvati dal Gran Consiglio:

- mozione presentata il 15 ottobre 2012 dai deputati Alex Pedrazzini, Pelin Kandemir Bordoli e cofirmatari relativa all'introduzione di un Piano d'azione cantonale Alcol, per quanto riguarda il richiesto adeguamento della legge sanitaria in modo da renderla coerente con la legge sugli esercizi alberghieri e sulla ristorazione. Si ricorda per il resto che è pure stato allestito, per il quadriennio 2015-2018, il richiesto piano di azione cantonale alcol, approvato dal Consiglio di Stato il 17 dicembre 2014. Rinviando a tale documento, il Consiglio di Stato lo stesso giorno ha presentato il proprio rapporto sulla mozione, discusso dal Parlamento il 23 marzo 2015;
- iniziativa parlamentare elaborata presentata in data 27 maggio 2013 dai deputati Nadia Ghisolfi e Franco Denti con la quale si chiede la modifica degli articoli 54 cpv. 1 lett. b) e 62 cpv. 2 della legge sanitaria per annoverare la professione di igienista dentale tra quelle esercitabili a titolo indipendente;
- interpellanza presentata in data 21 giugno 2016 dal deputato Matteo Quadranti nuovamente sullo statuto della professione di igienista dentale;
- iniziativa parlamentare del 5 maggio 2014 presentata nella forma generica da Claudio Franscella e cofirmatari e tendente all'introduzione di nuove norme relative alle professioni di estetista, tatuatore e onicotecnico. L'iniziativa è stata evasa dal Gran Consiglio il 25 gennaio 2016, sulla base del rapporto allestito dalla Commissione speciale sanitaria il 26 novembre 2015.

IX. CONCLUSIONI

Per le ragioni esposte nel presente messaggio, vi proponiamo quindi di approvare il progetto di revisione della legge sanitaria onde adeguare il quadro legislativo cantonale all'evoluzione del settore delle professioni sanitarie e alle nuove normative federali entrate in vigore dopo l'ultima revisione, migliorando altresì le condizioni di esercizio dei compiti amministrativi e di vigilanza.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, P. Beltraminelli

Il Cancelliere, A. Coduri

Disegno di

LEGGE

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

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- vista la legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate (LDPS) del 14 dicembre 2012⁹;
- vista la legge federale sulle professioni mediche universitarie (LPMed) del 23 giugno 2006¹⁰;
- vista la legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi) del 18 marzo 2011¹¹;
- vista la legge federale sulla ricerca sull'essere umano (Legge sulla ricerca umana, LRUm) del 30 settembre 2011¹²;
- visti gli articoli 360 e seguenti del Codice civile (CC)¹³;
- vista la legge federale sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano (LEp) del 28 settembre 2012¹⁴;
- visto il messaggio 4 ottobre 2016 n. 7227 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

I.

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

Titolo

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

Art. 5 cpv. 2

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

⁹ RS 935.01

¹⁰ RS 811.11

¹¹ RS 935.81

¹² RS 810.30

¹³ RS 210

¹⁴ RS 818.101

Art. 6 cpv. 2

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

Art. 7

Consenso informato a) persone capaci di discernimento

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

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

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

Art. 8

b) direttive anticipate e mandato precauzionale

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

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

Art. 8a (nuovo)

c) persone incapaci di discernimento

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

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

Art. 9 cpv. 1

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

Art. 10

Abrogato.

Art. 10a

a) Comitato etico

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

²Il Comitato etico è pure competente per esaminare e approvare la ricerca condotta su embrioni in vitro secondo la legge federale concernente la ricerca sulle cellule staminali embrionali (legge sulle cellule staminali, LCell¹⁵).

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

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

Art. 10b

b) Commissione di ricorso

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

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

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

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

Art. 11

Abrogato.

Art. 12

Abrogato.

Art. 15

Abrogato.

Art. 19 cpv. 3 (nuovo)

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

¹⁵ RS 810.31

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

⁴Il segreto professionale non può essere opposto all'autorità di vigilanza qualora essa giustifichi la necessità di ricevere dati personali per l'espletamento dei propri compiti di ispezione e vigilanza.

⁵Non soggiacciono all'obbligo del segreto professionale:

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

Art. 21 cpv. 3 (nuovo)

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

Art. 24 cpv. 1

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

Art. 26 cpv. 3 (nuovo)

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

Titolo che precede l'art. 40b

B. Malattie trasmissibili

Art. 40b (nuovo)

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

Art. 51

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

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

²Sono parimenti vietati:

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

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

Art. 52 cpv. 5

⁵Abrogato.

Art. 52a (nuovo)

d) protezione dei giovani

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

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

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

Art. 53

Autorizzazione e vigilanza

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

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

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

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

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

Art. 53a (nuovo)

Obbligo di dichiarazione a) prestatori di servizi transfrontalieri

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

²Laddove la competenza di regolamentazione delle qualifiche di una professione sanitaria spetta al Cantone, il Dipartimento verifica le qualifiche professionali dei prestatori di servizi. Se la qualifica professionale attestata presenta una differenza sostanziale rispetto ai requisiti per l'esercizio della professione validi nel Cantone, tale da nuocere alla sanità pubblica, al

prestatore di servizi è data la possibilità di dimostrare, segnatamente mediante una prova attitudinale, di avere acquisito le conoscenze e le competenze mancanti.

Art. 53b (nuovo)

b) prestatori di servizi residenti in altri Cantoni

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

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

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

Art. 54

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

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

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

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

Art. 55 cpv. 1 e 2

b) autorità competente

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

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

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

c) requisiti

¹L'autorizzazione è concessa alle persone che:

- a) sono titolari di un diploma, di un attestato o di un certificato di un istituto universitario o di una scuola svizzeri riconosciuti o di altri titoli dichiarati equipollenti;
- b) sono degne di fiducia;
- c) possiedono i requisiti psichici e fisici necessari all'esercizio della professione.

²Sono inoltre richiesti:

- a) la padronanza della lingua italiana;
- b) una copertura assicurativa sufficiente per eventuali danni cagionati nell'ambito dell'attività professionale.

⁴Il Consiglio di Stato può precisare mediante regolamento i requisiti di cui ai cpv. 1 e 2; esso può in particolare prevedere l'obbligo di dimostrare la padronanza della lingua italiana mediante il superamento di un esame specifico.

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

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

Art. 56a (nuovo)

d) documentazione

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

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

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

Art. 57 (marginale)

e) eccezione

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

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

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

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

⁵Abrogato.

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

Art. 58a (nuovo)

**g) operatori in
formazione**

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

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

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

Art. 59

h) misure disciplinari

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

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

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

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

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

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

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

Art. 60 cpv. 1 e 3 (nuovo)

i) durata

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

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

Art. 61 cpv. 2

j) iscrizione all'albo

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

Art. 62

Operatori sanitari non abilitati a esercitare sotto la propria responsabilità professionale

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

²Essi possono dispensare e/o attuare, nell'ambito dell'ambulatorio, del servizio o della struttura sanitaria, prestazioni e terapie prescritte da operatori sanitari autorizzati, nei limiti delle proprie capacità e conoscenze collaudate ed in quelli stabiliti dal competente operatore sanitario prescrittore.

³Essi non possono tuttavia dispensare prestazioni che in virtù della formazione e/o esperienza richieste dalla specifica prestazione rientrano nelle competenze di una formazione attestata da diploma.

⁴L'operatore non abilitato a esercitare sotto la propria responsabilità professionale è sottoposto, nell'esercizio delle attività previste dal cpv. 3 a tutte le pertinenti disposizioni di questa legge e dei regolamenti; egli può inoltre essere sanzionato ai sensi dell'art. 59 ed essere oggetto di un divieto d'esercizio della professione per mancato ossequio dei requisiti di cui all'art. 56 cpv. 1.

Art. 63 cpv. 1

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

Art. 63b cpv. 2 lett. h (nuova)

h) offrire prestazioni rientranti nel campo di competenza del “naturopata con diploma federale” e del “terapeuta complementare con diploma federale”, né di altre professioni sanitarie disciplinate.

Art. 63d

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

²Il guaritore:

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

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

Art. 64

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

Obblighi professionali

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

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

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

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

- a) le generalità;
- b) il tipo di trattamento eseguito;
- c) le prestazioni effettuate;
- d) le date di inizio e di conclusione del trattamento nonché la data di ogni consultazione.

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

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

Art. 68 cpv. 2 e 3

²Egli ha l'obbligo di informare immediatamente il Ministero pubblico e il Medico cantonale di ogni caso di malattia, lesione o di morte per causa certa o sospetta di crimine o delitto venuto a conoscenza in relazione con l'esercizio della propria funzione o professione.

³Egli ha parimenti l'obbligo di informare immediatamente il Ministero pubblico e il Medico cantonale di ogni altro caso di reato perseguibile d'ufficio perpetrato da un operatore sanitario in relazione con la propria funzione o professione, fatto salvo il segreto medico nel rapporto terapeutico.

Art. 68a (nuovo)

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

Obbligo di segnalazione da parte di operatori sanitari

Obbligo di segnalazione da parte di direzioni amministrative e sanitarie

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

Art. 68b (nuovo)

Obbligo di segnalazione da parte del Ministero pubblico

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

Art. 69 cpv. 4 (nuovo)

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

Art. 70

Pubblicità e comparaggio

Pubblicità e comparaggio sono disciplinati direttamente o per analogia dalle relative disposizioni federali per l'attività sotto la propria responsabilità professionale, mentre agli operatori sanitari non disciplinati a livello federale si applica per analogia l'art. 40 lett. d ed e della legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006.

Art. 71

Titoli di studio esteri

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

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

Art. 72

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

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

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

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

Art. 74

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

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

Autorizzazione e vigilanza

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

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

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

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

Art. 80 cpv. 2

Strutture stazionarie

²Abrogato.

Art. 81 cpv. 4 (nuovo)

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

Art. 84 cpv. 1, 2 e 3

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

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

L'autorizzazione è concessa se:

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

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

Servizi ambulatoriali Art. 86 (nuovo)

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

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

³Gli articoli 81 e 82 si applicano per analogia.

Art. 94

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

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

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

Art. 95 cpv. 3 e 5 (nuovo)

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

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

Art. 95b (nuovo)

Infrazioni in materia di alcol e tabacco

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

²Sono punibili:

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

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

Art. 98

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

Art. 99a cpv. 1

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

Art. 99b (nuovo)

Assistenza amministrativa

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

Art. 102a cpv. 1

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

Art. 102d (nuovo)

Assistenti farmacisti, audioprotesisti, terapisti complementari, guaritori

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

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

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

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

Art. 102e (nuovo)

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

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

II.

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

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