

Messaggio

numero	data	Dipartimento
5216	12 marzo 2002	OPERE SOCIALI
Concerne		

Rapporto del Consiglio di Stato sulla mozione 14 dicembre 1999 presentata da Luciano Canal e 26 cofirmatari richiedente che la Clinica psichiatrica cantonale di Mendrisio sia amministrata dall'Ente ospedaliero cantonale

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

con il presente rapporto ci pregiamo sottoporre al vostro esame la presa di posizione del Consiglio di Stato in merito alla Mozione del 14 dicembre 1999 con la quale si chiede che l'amministrazione della Clinica psichiatrica cantonale (CPC), al pari degli Ospedali somatici acuti pubblici, sia sottoposta all'Ente ospedaliero cantonale (EOC).

La mozione in esame solleva il problema particolarmente delicato della garanzia dell'assistenza e delle prestazioni psichiatriche adeguate alla popolazione sia dal punto di vista della qualità delle cure che del contenimento dei costi. Al fine di inquadrare correttamente e di circoscrivere l'oggetto in discussione, è indispensabile una premessa di carattere storico e legislativo, la quale sarà seguita dall'analisi dell'evoluzione e degli effetti presenti e futuri del settore sociopsichiatrico nel nostro Cantone.

I. LA LEGGE SULL'ASSISTENZA SOCIOPSICHIATRICA

Come noto, il settore della psichiatria ed in particolare la psichiatria pubblica, sono disciplinati in Ticino da una legge sull'assistenza sociopsichiatrica, ormai conosciuta anche fuori cantone con la sigla di LASP. La prima versione della LASP venne approvata dal Gran Consiglio il 26 gennaio 1983 e messa in vigore nel 1985. Il 2 febbraio 1999 è stata sottoposta ad una revisione ed è in vigore, nella versione attuale, dal 1° maggio 2000. È opportuno ricordare che, al momento della sua prima emanazione nel 1983, la LASP veniva considerata come una novità in Svizzera e all'avanguardia anche a livello europeo, soprattutto per le caratteristiche avanzate del modello organizzativo integrato di psichiatria pubblica a carattere sociale. Essa costituisce tuttora un esempio studiato e imitato da altri cantoni e da altri paesi.

L'emanazione formale della legge era stata preceduta da una ricerca, coordinata dal professor Marco Borghi, sulla situazione dell'allora ONC e da un ampio dibattito nell'opinione pubblica cantonale sulla condizione dei malati psichiatrici in Ticino.

Questa ricerca rifletteva il momento culturale particolare di quel periodo storico. Si avvertiva l'influenza delle nuove concezioni che si andavano affermando nella moderna psichiatria, di cui in Italia si era fatto portavoce soprattutto il professor Basaglia dell'Università di Trieste e che si erano rapidamente diffuse in Europa e anche nel nostro Cantone.

Dal profilo formale, la LASP nasce dalla necessità di dare esecuzione all'articolo 5 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo (CEDU) ed alla Legge federale sulla privazione della libertà a scopo di assistenza (articoli 397 e seguenti del Codice civile svizzero).

Dal profilo dei contenuti però la LASP va ben oltre la semplice applicazione dei principi di tutela della persona e delle libertà individuali e non si limita a porre le garanzie formali per i collocamenti coercitivi dei malati psichiatrici negli istituti. Infatti, oltre a tale aspetto, che costituisce comunque il suo obiettivo minimo, la LASP prevede una larga varietà di norme di contenuto positivo, intese a garantire a tutti i cittadini ed alle rispettive famiglie, confrontati con i problemi causati dalla malattia psichiatrica, il diritto e i contenuti dell'assistenza medica e sociale adeguate alle loro condizioni.

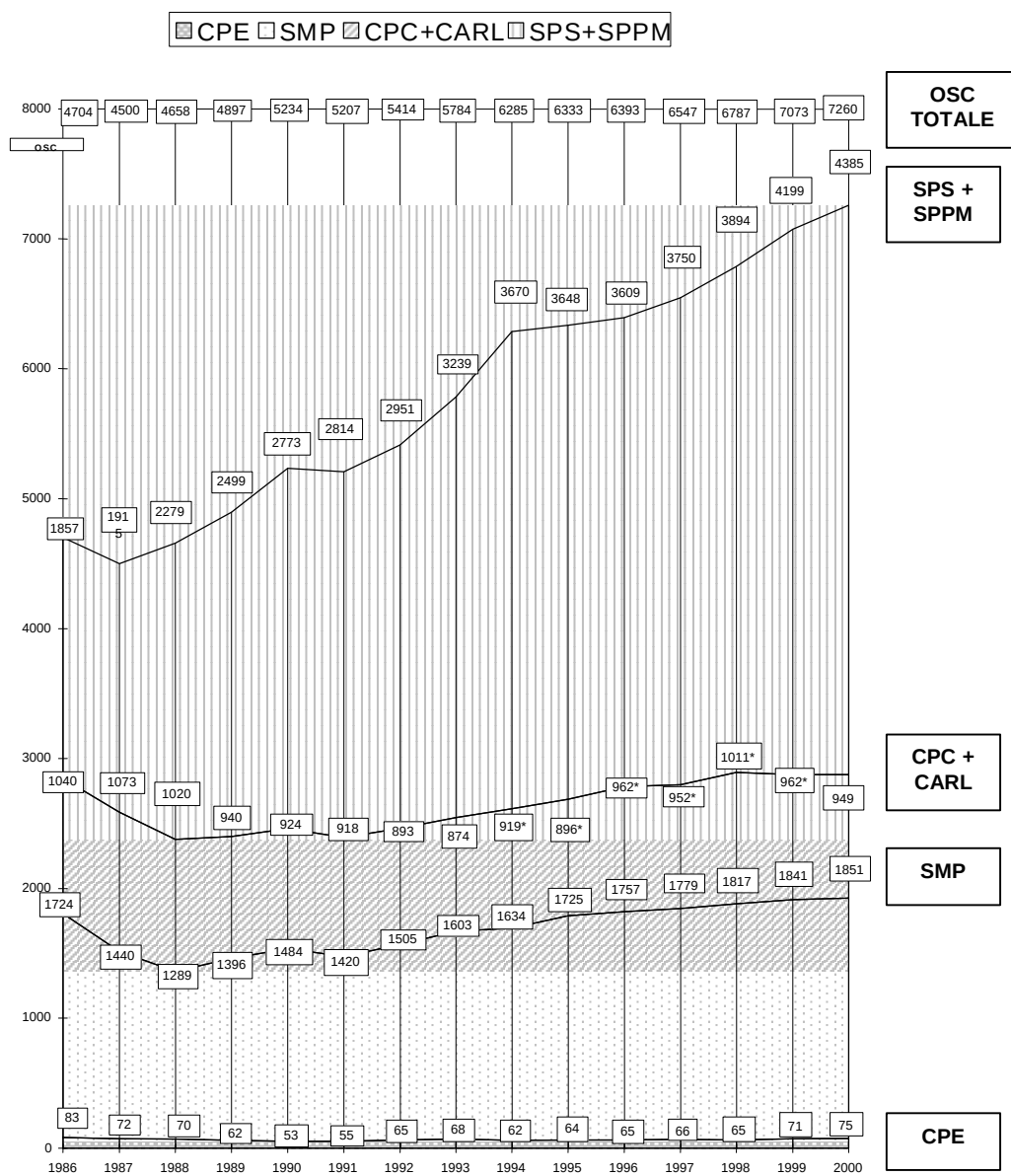
Delineando il nuovo modello della psichiatria pubblica cantonale, la LASP si basa su alcuni principi fondamentali che, anticipando il concetto di rete sanitaria, garantiscono a tutta la popolazione e in ogni momento l'accesso a cure psichiatriche adeguate.

Anzitutto, realizzando concretamente i nuovi modelli di intervento, la LASP prevede di affrontare le problematiche del malato psichiatrico non più solo all'interno dell'ospedale ma soprattutto mobilitando le risorse presenti nel suo ambiente familiare e sociale. Viene privilegiato l'intervento preventivo sulla famiglia e sul contesto sociale. È dunque sancito il principio della sussidiarietà del collocamento in istituto.

Inoltre il modello innovativo di organizzazione della psichiatria pubblica prevede una struttura territoriale e, in particolare agli articoli 7 e 10 LASP, privilegia e sancisce espressamente il principio della continuità delle cure e della territorialità dell'intervento sociopsichiatrico. In questo modo, le prestazioni agli utenti sono garantite regionalmente dallo stesso personale del Settore territoriale e la loro intensità (cure ambulatoriali o stazionarie) dipende da valutazioni anche contingenti delle necessità e delle risorse familiari e sociali disponibili. Di conseguenza, nell'ambito del Settore, sussiste in ogni caso una continuità fra la cura psichiatrica ambulatoriale e quella ospedaliera. Con questo modello, la durata dell'ospedalizzazione può effettivamente essere ridotta al minimo indispensabile, poiché quando non è più necessaria dal profilo medico, la presa a carico del paziente continua sul territorio con prestazioni ambulatoriali. Ciò permette di sfruttare al meglio anche le risorse fornite dalla famiglia e dal contesto sociale.

Già dopo pochi anni di applicazione dei nuovi modelli di intervento sociopsichiatrico, potevano essere registrate delle importanti variazioni dei ricoveri nell'ospedale psichiatrico cantonale e del numero dei dipendenti addetti alla stessa struttura, le quali vennero confermate e rafforzate durante gli anni seguenti fino ad oggi.

Numero utenti OSC (1986 - 2000)



Numero utenti avuti in cura: tasso d'occupazione, degenza, presenza (1985 - 1991 - 1997 – 2000 - 2001)

Casvegno (valori globali) CPC+CARL	Utenti avuti in cura	Giorni di degenza	Posti letto al 31.12.	Tasso di occupaz.	Degenza media (*) (giornate)	Nr. utenti: presenza media giornaliera
1985 (ONC)	1'435	164'069	502	89.54	114	450
1991 (ONC)	1'268	117'876	382	84.54	93	323
1997	952	88'771	283	85,94	67	243
CPC	846	54'074	183	80,96	44	148
CARL	106	34'697	100	95,06	327	95
2000	949	86'316	240	98,27	62	236
CPC	845	50'469	140	98,50	39	138
CARL	104	35'847	100	97,94	345	98
2001	1197	88'062	240	100,5	58	241,3
CPC	1'090	52'317	140	102,38	36,8	143,3
CARL	107	35'745	100	97,93	334	98

(*) formula: giornate di degenza/casi avuti in cura
(Dove, utenti = numero di persone ricoverate, casi = numero di ricoveri)

SPS / CD: utenti avuti in cura per servizio (1985 - 1991 -1997 -2000)

ANNO	MENDRISIO	LUGANO	LOCARNO	BELLINZONA ⁽⁵⁾	SPPM	TOTALE
1985	-	752	537	529	-	1'818
1991	513	877	626	649	-	2'665
1997	594	833 ⁽¹⁾	742	939	642	3'750
2000	572	979 ⁽⁴⁾	875	770	1'189	4'385

Conformemente alle esigenze della LASP e della psichiatria moderna, il numero degli utenti ricoverati all'interno delle strutture stazionarie (ONC fino al 1994, CPC e CARL in seguito) è diminuito da 1'435 unità nel 1985 a 945 nel 2000 (CPC: 845, CARL: 104), ed i giorni di degenza media presso la CPC sono diminuiti passando da 114 nel 1985 a 39 nel 2000 (la media svizzera è di circa 60 giorni). Nel 2001, a causa di problemi dovuti alla riduzione delle capacità recettive delle altre strutture psichiatriche stazionarie, il numero delle ammissioni è eccezionalmente salito a 1'197 (CPC:1'090, CARL: 107), con una degenza media in clinica di 36,8 giorni. Grazie ai principi della territorialità e della continuità delle cure gli utenti si sono invece spostati verso le strutture ambulatoriali presenti sul territorio cantonale quali ad esempio i Servizi psico-sociali, passati da 1'818 utenti nel 1985 a **4'385** nel **2000**.

Nonostante l'aumento degli utenti in seno all'OSC, non solo non si è registrato un aumento proporzionale del personale, ma è avvenuta una diminuzione delle unità lavorative.

L'entrata in vigore della LASP e la sua applicazione hanno dunque segnato l'inizio della sociopsichiatria e hanno profondamente modificato l'organizzazione e gli interventi della psichiatria pubblica nel Cantone, sia a livello della qualità delle cure che dei relativi costi. In effetti, il modello integrato costituito da un insieme indissolubile di struttura ospedaliera stazionaria e di servizi ambulatoriali per adulti e per minorenni, ubicati sul territorio e operanti in stretta collaborazione, costituisce non solo una condizione di qualità e di razionalità delle prestazioni, ma anche un criterio molto efficiente di riduzione del numero e della durata delle degenze ospedaliere e quindi dei principali fattori di spesa.

È quindi già facilmente intuibile che tutti questi vantaggi sarebbero preclusi nel caso di separazione tra la conduzione della Clinica e quella dei servizi psichiatrici ambulatoriali, come postulato dalla mozione in discussione.

II. LA POSIZIONE DELL'EOC

All'inizio della scorsa legislatura il Cantone fu confrontato con importanti difficoltà finanziarie.

Nell'ambito delle ipotesi di provvedimenti atti a razionalizzare l'attività e l'organizzazione dell'ente pubblico e di ridurre la spesa, era stata presa in considerazione anche l'ipotesi estrema di scorporare la Clinica psichiatrica cantonale dall'OSC e dall'amministrazione pubblica e di attribuirla, come gli Ospedali somatici acuti pubblici, all'Ente ospedaliero cantonale (EOC).

Già in quell'occasione, il dibattito politico era stato molto articolato e legato a posizioni ideologiche. Ma l'opportunità di aderire a tale modello venne subito smentita dallo stesso Consiglio di Amministrazione dell'EOC nella sua risposta del 22 gennaio 1997: *"Dopo aver valutato tutti gli aspetti, il Consiglio esprime un parere decisamente negativo."* Il Consiglio di Amministrazione si rese ben conto e sottolineò che *"la necessità dell'unicità fra Clinica e servizi psico-sociali e socio-psichiatrici esclude a priori un'eventuale annessione della sola clinica all'Ente Ospedaliero Cantonale. ... Questa unicità funzionale certamente sarebbe disattesa nel caso in cui l'ONC venisse esso solo integrato all'interno della nuova Legge ospedaliera mentre i servizi ambulatoriali esterni rimarrebbero disciplinati da altra Legge speciale, quella appunto socio-psichiatrica, e quindi esclusi dall'Ente Ospedaliero Cantonale. La tendenza generale, affermata dalla nuova Legge psichiatrica, è di andare verso una psichiatria territoriale nella quale si realizzi la continuità delle cure e di cui il momento ospedaliero non rappresenta che uno dei momenti di trattamento."* L'EOC sottolineò inoltre la propria inesperienza in campo socio - psichiatrico, avendo concentrato le proprie attività nei settori in cui ha competenze specifiche e abbandonando vieppiù i settori complementari, concludendo quindi che *"... l'annessione dell'Organizzazione Socio-Psichiatrica all'Ente non porterebbe vantaggi particolari"*.

Allora fu subito chiaro che l'adesione all'ipotesi formulata e ripresa anche dalla mozione ora in discussione, oltre a costituire un'operazione non razionale, avrebbe comportato la necessità di rinunciare ai principi cardine della LASP, rappresentati, come detto, dalla continuità delle cure psichiatriche e dal modello organizzativo territoriale. Consapevoli dell'importanza di tali principi, sia per la qualità delle cure, sia per il contenimento della spesa sanitaria, si ritenne necessario abbandonare l'ipotesi.

Il Consiglio di amministrazione dell'Ente ospedaliero cantonale, interpellato nuovamente dal Dipartimento delle opere sociali a seguito dell'evoluzione che ha caratterizzato in questi ultimi anni il sistema sanitario nazionale e cantonale, nella sua seduta del 22 febbraio 2002 "ha ribadito il suo parere decisamente negativo in merito all'eventualità di una annessione della Clinica psichiatrica cantonale all'EOC per le ragioni già esposte nella lettera del 22 gennaio 1997".

D'altra parte l'Ente ha evidenziato che "grazie alle ottime relazioni esistenti tra le due organizzazioni, l'indipendenza non ha impedito e non impedirà nemmeno in futuro lo sviluppo di sinergie e di progetti comuni".

III. INIZIATIVE DI CARATTERE POLITICO NON FAVOREVOLI ALL'INTEGRAZIONE DELLA CPC NELL'EOC

D'altra parte anche le iniziative di carattere politico promosse nel 1997 delineano una serie di considerazioni non favorevoli allo scorporo della CPC dall'OSC per integrarla nell'EOC. In ambito sociopsichiatrico il 1997 è stato caratterizzato da tre importanti progetti tutti accomunati dalla volontà di confermare e di rendere ulteriormente attrattivo il modello previsto dalla LASP. Grazie a tale modello la sociopsichiatria pubblica, dopo 12 anni di esperienza, ha potuto beneficiare di un patrimonio di conoscenze specifiche e di una sperimentata organizzazione sul territorio cantonale che le hanno permesso di assicurare in modo efficace ed efficiente l'assistenza ambulatoriale e stazionaria di tutti i casi psichiatrici, sia nel campo degli adulti che dei minori (Rendiconto del Consiglio di Stato 1997, pag. 77).

1. La revisione della LASP

Nel 1997 si è innanzitutto proceduto alla revisione della LASP, entrata poi in vigore il 1 maggio 2000, dopo l'approvazione, in data 10 febbraio 1998, da parte del Consiglio di Stato e in data 2 febbraio 1999 del Gran Consiglio. Nella modifica sono stati confermati i principi base della legge, quali la settorializzazione del territorio, la continuità terapeutica della cura ambulatoriale/stazionaria, e la protezione della libertà individuale. Inoltre è avvenuto il rafforzamento della difesa giuridica del paziente e della protezione dei dati. Questi principi hanno permesso di conseguire, come sottolineato nel Messaggio n. 4720 dell'11 febbraio 1998 sulla revisione della LASP, importanti risultati a livello dell'assistenza ai pazienti psichiatrici. Essa è stata migliorata anche grazie all'estensione dei servizi ambulatoriali esistenti e la conseguente importante riduzione della durata delle degenze ospedaliere.

Questi orientamenti a livello organizzativo e della gestione finanziaria hanno pure permesso di mantenere una spesa costante, malgrado l'aumento dei pazienti.

La nuova LASP si è dunque principalmente limitata ad apportare dei cambiamenti organizzativi e giuridici, destinati soprattutto a migliorare la qualità dei servizi ed a rispondere alle nuove esigenze dei diritti dei pazienti, confermando per contro la validità dell'importanza di base della sociopsichiatria.

Inoltre il Consiglio di Stato si è allineato ed ha confermato gli indirizzi della LASP mettendo in vigore il Regolamento d'applicazione in data 1 maggio 2000. Con questo atto è stato attuato un ulteriore consolidamento soprattutto del principio della continuità delle cure sociopsichiatriche che trae il suo punto di forza proprio dal modello integrato di gestione delle cure ospedaliere non separate dagli interventi di prevenzione e di presa a carico

delle situazioni a rischio sul territorio. Questo modello offre il vantaggio molto significativo di sfruttare in modo ottimale e senza costi supplementari le risorse disponibili nel contesto sociale e nell'ambiente familiare dei malati interessati. Di conseguenza indirettamente si può presumere che il modello di presa a carico sociopsichiatrica sia una soluzione efficace anche dal profilo economico. Si consideri che il costo medio annuo di un utente dell'OSC nel 1985 era di fr. 6'841.--, mentre nel 2000 era di fr. 6'900, pur essendo intervenuta, durante questo periodo una variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo del 36,7 %. D'altra parte anche a livello di spesa globale dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale negli ultimi 10 anni di gestione l'importo nominale è rimasto costante: consuntivo 1991 50.3 mio. di franchi; preventivo 2001 50.4 mio. di franchi.

2. La Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001

Poi è stata attuata l'elaborazione della Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001, approvata dal Consiglio di Stato in data 10 febbraio 1998. Dopo discussione in Gran Consiglio nel marzo 2001, la pianificazione veniva approvata anche dalla Commissione speciale sanitaria, la quale, nel suo rapporto del 6 febbraio 2001, rileva che *"la settorializzazione, criterio organizzativo cardine, non deve essere solo un'operazione pianificatoria, ..., ma un incessante occhio sulla realtà, volto a tener presente e rilevare, oltre ai bisogni, gli inizi di soluzioni già avviati da parte di altre reti, sia del settore pubblico che del settore privato. In questo contesto anche l' "unificazione funzionale" viene ad avere un senso pieno. Non solo ciò che faccio io viene unificato ma ciò che è funzionale ad un territorio"* (Rapporto, pag. 5).

Questa seconda pianificazione - la prima datava dell'aprile 1993, relativa al periodo 1993/1995, prorogata poi fino al 1997 - ha ripreso i principi ed i criteri dimostratisi essenziali nel corso degli anni, assumendo una funzione decisiva nell'ambito del lavoro psicosociale: la centralità dell'utente, la flessibilità nel trattamento con agile spostamento della degenza al regime semiambulatorio ed ambulatorio, l'interazione col contesto sociale e la continuità terapeutica (Rapporto della Commissione speciale sanitaria del 6 febbraio 2001, pag. 5). L'esperienza sociopsichiatrica degli ultimi anni ha dimostrato l'importanza di questi criteri di natura preventiva e terapeutica, definiti fondamentali e rivelatisi utili per la tutela dei diritti dei pazienti e per l'efficacia dei servizi (Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 1998 - 2001, pag. 18 e segg.). In particolare la pianificazione riprende e pone nuovamente l'accento sull'importanza della regionalizzazione dell'offerta dei servizi e sul principio della continuità delle cure. Sulla base della LASP e dei principi contenutivi ed esposti in precedenza (paragrafo I), la psichiatria pubblica del Cantone ha infatti gradualmente abbandonato la strategia incentrata sugli ospedali (strutture stazionarie) spostandosi verso l'intervento sul territorio. La Pianificazione mette dunque in rilievo questo spostamento avvenuto nel corso degli anni, il quale ha favorito l'interazione stretta tra il settore stazionario e quello ambulatoriale, fornendo cure diversificate ed evitando al massimo la ghettizzazione del paziente negli istituti da una parte e dall'altra la solitudine di chi può restare al domicilio. Il grafico esposto a pag. 3 rileva l'importanza acquisita dai centri ambulatoriali negli ultimi anni (1991 - 1996), i quali hanno accolto un numero sempre maggiore di pazienti, giungendo, in alcuni casi, come per gli SPS, a raddoppiarli. (Pianificazione 1998 - 2001, pag. 3 e pag. 7).

Nel corso degli anni, l'esperienza ha dunque confermato la necessità di fornire un sistema istituzionale in grado di garantire all'utente una cura continua, unitaria ed integrata, come previsto nella LASP del 1985. Ciò è stato possibile grazie al concetto di "settore psichiatrico", ora dominante in Svizzera, il quale prevede l'unificazione funzionale di tutti i servizi, stazionari, semistazionari e ambulatoriali ed un modulo organizzativo che implica la rinuncia da parte dei singoli servizi alla loro separazione al fine di promuovere e favorire la loro collaborazione nel campo dell'intervento terapeutico-riabilitativo. (Pianificazione, pag. 20).

Già per queste considerazioni è evidente che l'integrazione della CPC nell'EOC escluderebbe questo sistema in quanto implicherebbe la scissione fra clinica, quale istituto stazionario, e centri ambulatoriali, entrambi sottoposti a due legislazioni diverse, la LOsp per la prima e la LASP per i secondi, con la conseguente rottura dello stretto legame di collaborazione e dell'unità delle cure.

La struttura dell'OSC, approvata a più riprese dalle autorità cantonali (cfr. Pianificazione cantonale 1993 - 1995 e 1998 - 2001, Messaggio dell'11 febbraio 1998 sulla revisione della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica) risponde dunque al meglio alle necessità ed ai nuovi compiti della psichiatria odierna. L'OSC svolge un ruolo irrinunciabile di presa a carico del malato psichiatrico che costituisce un tutt'uno organico e che non può essere disgiunto dal ruolo di prevenzione e di intervento capillare sul territorio attuato dalle strutture ambulatoriali poste sotto una medesima direzione. Un modello di questo tipo non potrebbe essere attuato senza un finanziamento pubblico, perché offre prestazioni che non sono riconosciute dalla LAMal.

I contenuti ed i principi ripresi nella Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001 sono dunque chiaramente opposti al modello di struttura previsto dalla mozione in oggetto.

3. I lavori di ristrutturazione e di ammodernamento delle strutture di Casvegno

Infine, altro importante progetto che risale al 1997, da ricordare l'inizio dei lavori di ristrutturazione e di ammodernamento delle strutture di Casvegno, previsti per la durata di 7 - 10 anni. Il programma di ristrutturazione dell'OSC-Casvegno è stato presentato al Gran Consiglio con Messaggio n. 4277 del 6 luglio 1994 e in seguito con il Messaggio n. 4541 del 12 giugno 1996. Il Gran Consiglio, in data 11 novembre 1996, ha poi accordato un credito globale di 60.175 mio di franchi per la realizzazione degli investimenti immobiliari nell'area di Mendrisio. Tali investimenti sono stati ritenuti necessari al conseguimento del "... programma di intervento sul territorio cantonale in base a moderni concetti di cura delle affezioni psichiatriche e tiene conto dello sviluppo di iniziative private nel contesto della nuova Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal)" (Messaggio n. 4541, pag. 2). Questi importanti investimenti finanziari, provano la volontà del Consiglio di Stato prima, e del Gran Consiglio poi, di perseguire e consolidare le linee seguite dall'OSC durante questi anni.

In particolare tale intenso programma di realizzazioni concrete e di spesa dimostrano, se ancora dovesse sussistere qualche dubbio, che il Gran Consiglio ha ripetutamente valutato anche dal profilo logistico e strutturale le problematiche in discussione. Con convinzione ha concluso non solo per un rispetto del modello originale, ma pure per uno sviluppo della sociopsichiatria anche ospedaliera autonomo e con una gestione separata rispetto agli Ospedali somatici acuti pubblici e all'Ente che le gestisce. Questo conferma che il Gran Consiglio nei numerosi atti politici a cui si è fatto riferimento implicitamente non ha aderito all'ipotesi di scorporare la CPC dall'OSC per inserirla nell'EOC.

IV. I PROGETTI ATTUALMENTE IN FASE DI REALIZZAZIONE

Anche dai progetti tuttora in fase di studio o di realizzazione si deducono indicazioni di segno opposto agli obbiettivi della mozione in discussione.

Anzitutto si può rilevare che il principio di continuità della cura e di regionalizzazione dell'assistenza sociopsichiatrica costituiscono una vera e propria anticipazione del principio di coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari, inteso come modello integrato di assistenza sanitaria alla popolazione. Questo principio contiene proprio l'idea di continuità fra le prestazioni date in ambiente ospedaliero e la prevenzione sanitaria attuata sul territorio. Viene proposto, oltre che per ragioni di qualità delle cure, con finalità di razionalizzazione e di risparmio ed è evidentemente contrario all'idea dello scorporo della CPC dall'OSC. Inoltre la LASP entrata in vigore nel 2000, tenuto conto anche delle esigenze della pianificazione LAMal, si basa sulla considerazione dell'impossibilità per lo Stato di sostenere da solo tutti i costi della sociopsichiatria. Di conseguenza perfeziona e rivalorizza il principio della ripartizione dei compiti e della collaborazione fra strutture pubbliche e private. Questa caratteristica organizzativa in rete si pone in antitesi con la proposta di inserimento della CPC nell'EOC che, strutturalmente, è inidoneo e non dispone di servizi ambulatoriali sul territorio al di fuori delle sedi ospedaliere.

Un importante progetto in fase di approfondimento è il cosiddetto **"Progetto autonomia amministrativa"**, promosso nell'ambito della ricerca di nuove modalità di gestione che devono permettere di adattare con maggiore rapidità le risorse disponibili alle esigenze della domanda. Con tale proposta il Consiglio di Stato (cfr. Messaggio "Progetto autonomia amministrativa" n. 5167 del 16 ottobre 2001) vuole dotare alcune unità amministrative di maggiore autonomia nello svolgimento dei loro compiti, pur mantenendole all'interno dell'Amministrazione. L'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale è stata proposta quale unità pilota per il DOS nell'ambito del "Progetto autonomia amministrativa". Si tratta di promuovere il riconoscimento dell'autonomia amministrativa all'OSC. Attualmente il finanziamento dell'OSC da parte del Cantone si basa sulla normale procedura valida per tutti i servizi dello Stato, in particolare tramite lo stanziamento dei crediti necessari a livello di Preventivo dello Stato. Questo avviene senza che l'Organizzazione possa tener conto delle variazioni nella quantità e qualità dei casi, nonostante il numero di pazienti curati sia correlato a maggiori entrate, poiché il finanziamento avviene in buona parte tramite la LAMal. I vincoli tra i vari gruppi di conto nel Preventivo dello Stato non favoriscono o, addirittura ostacolano, in tal senso le soluzioni più efficienti. Con l'introduzione di strumenti gestionali quali il budget globale e l'accordo di prestazione si intende promuovere una razionalizzazione dei servizi pubblici, sia a livello delle prestazioni (qualità e quantità), sia a livello di utilizzazione delle risorse. (Messaggio "Progetto autonomia amministrativa" n. 5167 del 16 ottobre 2001).

Da una verifica dei bisogni di **coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari**, è emersa la necessità e la volontà d'introdurre e promuovere la collaborazione dell'OSC con la psichiatria privata (stazionaria e ambulatoriale) e con altri settori sanitari. Già nel 1997 si è provveduto, a richiesta dello stesso EOC, al rafforzamento della collaborazione con quest'ultimo, tramite la creazione del Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM). Tale servizio ha il compito di rispondere al fabbisogno psichiatrico-psicologico degli Ospedali somatici acuti pubblici, e di collaborare con l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, la Lega ticinese contro il cancro, l'Hospice ed i Servizi di Aiuto a Domicilio. Inoltre si sono intensificati i contatti con l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio al fine di cercare delle sinergie operative sia nel campo medico che logistico - alberghiero mirante ad

ottenere per entrambi gli istituti miglioramenti sia qualitativi che economici. È poi stato istituito un servizio di psicogeriatrica che dovrà sviluppare sinergie con le case per anziani. Si prevede per di più la realizzazione del coordinamento sui tre livelli seguenti: LASP e Pianificazione sociopsichiatrica, Pianificazione ospedaliera LAMal e collaborazioni con gli altri settori sanitari.

La collaborazione sanitaria comporta un coordinamento fra i diversi settori ed è quindi in sintonia con il modello della settorializzazione il quale presuppone un'organizzazione unitaria dei servizi e delle strutture sociopsichiatriche nell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale piuttosto che l'integrazione della Clinica psichiatrica cantonale nell'Ente ospedaliero cantonale.

V. CONCLUSIONI

- Il nuovo concetto di organizzazione sociopsichiatrica introdotto dalla LASP del 1985 e convalidato dalla revisione del 2000, che ha permesso alla psichiatria pubblica cantonale il perseguimento della qualità delle cure (efficacia) e di costi contenuti (efficienza);
- i principi contenuti nella legislazione della continuità delle cure e della territorialità dell'intervento, che hanno reso possibile la presa a carico dei pazienti nel loro ambiente sociale e familiare, privilegiando il principio della sussidiarietà dell'ospedalizzazione;
- i risultati ottenuti durante questi vent'anni di esperienza della sociopsichiatrica: diminuzione delle ospedalizzazioni nella CPC (da 1'549 nel 1983 all'ONC a 949 nel 2000 di cui 845 alla CPC e 104 al CARL), abbinata a un aumento dei casi seguiti negli ambulatori SPS + SPPM (da 1'818 nel 1985 a 4'385 nel 2000); diminuzione della durata della degenza media nella CPC e intensificazione dei rapporti di collaborazione con enti pubblici e privati (case per anziani, Penitenziario cantonale, EOC, scuole, ...);
- lo stesso parere chiaramente negativo espresso dal Consiglio di Amministrazione dell'EOC nei confronti dell'integrazione della CPC nella sua organizzazione;
- i progetti tutt'oggi in fase di realizzazione volti a consolidare i principi sociopsichiatrici sviluppati in questi anni;
- la chiara volontà politica e legislativa di mantenere l'attuale struttura dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale,

sono decisamente contrari allo scorporo della Clinica psichiatrica cantonale dall'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale per integrarla nell'Ente ospedaliero cantonale.

Alla luce di quanto detto, e viste le intenzioni del Governo in merito, invitiamo il Gran Consiglio a non aderire alla mozione in oggetto.

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

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, L. Pedrazzini

Il Cancelliere, G. Gianella