

MESSAGGIO

concernente la legge sulla promozione della salute e il coordina-
mento sanitario (Legge sanitaria)

del 16 settembre 1986

Onorevoli signori Presidente e Consiglieri,

1. Ci pregiamo presentarvi un progetto di nuova Legge sanitaria che, senza incidere ulteriormente sulle finanze dell'Ente pubblico, modifica la legislazione vigente quanto all'orientamento della politica sanitaria pubblica, segnatamente:
 - prevedendo disposizioni a difesa dei diritti e delle libertà individuali di utenti e operatori sanitari,
 - promuovendo la prevenzione in generale e l'educazione per la salute della popolazione in particolare,
 - migliorando le possibilità di coordinamento tra i diversi operatori e servizi sanitari pubblici o privati o sussidiati dallo Stato,
 - e adattando le disposizioni di polizia sanitaria alle accresciute esigenze di migliore tutela di utenti e operatori.

2. Una riforma globale della vigente legislazione sanitaria, approvata dal Gran Consiglio il 18 novembre 1954, si impone poichè:
 - le norme di polizia sanitaria vigenti sono in larga misura desuete in quanto superate dalla realtà, segnatamente quelle attinenti all'esercizio delle professioni e di strutture sanitarie (cliniche, ospedali, laboratori, alla fabbricazione e al commercio di medicinali, ecc.) oppure in quanto sostanzialmente modificate da decisioni delle autorità giudiziarie
 - la concezione e la filosofia del promovimento della salute sono mutate dagli anni cinquanta ad oggi quale diretta conseguenza della modifica della morbilità e della mortalità. Infatti ad una drastica diminuzione delle malattie infettive e parassitarie ha fatto riscontro una crescita di quelle legate alla civilizzazione, segnatamente le affezioni cardio-vascolari e tumorali. La quasi totalità di mezzi finanziari disponibili per il settore sanitario è stata esclusivamente assorbita dalla cura di affezioni già conclamate piuttosto che dall'identificazione delle cause e dalla loro prevenzione.

Attualmente, e sempre più in futuro, saremo confrontati con problemi sanitari legati all'invecchiamento della popolazione, allo stress e all'ambiente e al modo di vita e di lavoro. Appaiono quindi indispensabili un sistematico e regolare riorientamento del sistema sanitario e una modifica della strategia d'intervento.

Questi postulati sono tra l'altro conformi agli obiettivi di politica sanitaria che l'Ufficio per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) si è dato nell'ambito del programma "Salute per tutti nel 2000" al quale anche la Svizzera ha aderito.

3. Ad una insufficienza di servizi e d'interventi di prevenzione, corrisponde oggi uno sviluppo smisurato del settore riparatore e dei servizi ospedalieri in particolare, quale soluzione di ricambio. La politica provvida instaurata dal Cantone con l'adozione della Legge sugli ospedali pubblici intende appunto controllare e gestire in modo razionale la crescita ospedaliera in modo tale che essa viepiù risponda ai reali bisogni e necessità sanitarie della popolazione. Infatti la "soluzione ospedaliera" ad ogni problema sanitario è, oltre la più onerosa, sovente la meno adatta a rispondere ai bisogni di salute dei pazienti ricoverati. A tal proposito, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS osserva che:

"Où dit souvent par ailleurs que les soins dans le hôpitaux sont déshumanisants, impersonnels et par trop techniques. Les malades se sentent traités comme des objets, mal informés et sans possibilité aucune d'intervenir dans leur propre traitement. Les développements incontrôlés de la technologie peuvent aussi avoir pour effet de multiplier les problèmes iatrogènes, dont les fautes professionnels, les surinfections hospitalières, les accidents causés par le recours excessif à des méthodes diagnostiques et thérapeutiques dangereuses, ainsi que les effets secondaires d'un usage immodéré ou erroné des médicaments. Il peut aussi avoir pour effet d'accroître le monopole des professionnels de la santé et de réduire le degré d'autonomie de l'individu. Le système des remboursements par la sécurité sociale et le méthodes de promotion des ventes mises en pratique par certains fabricants peuvent également encourager l'usage abusif des examens diagnostiques, de produits pharmaceutiques et d'autres formes d'intervention médicale".

E' quindi indispensabile modificare il modello di sviluppo e procedere ad una redistribuzione dei mezzi finanziari, dando più risorse agli interventi di prevenzione ambientale e sociale, di depistaggio precoce delle affezioni curabili e di promozione di attitudini favorevoli alla salute. Dice ancora l'OMS:

"Si tratta in sostanza di fare evolvere le attitudini attuali verso il sistema sanitario. Quest'ultimo è in effetti troppo spesso considerato come una semplice catena di montaggio capace di riparare e di sostituire un "pezzo" qualsiasi del corpo, e ciò indipendentemente dai danni che il proprietario gli ha inflitto. Bisogna infine dire che certi danni sono irreparabili e che molti di essi avrebbero potuto essere efficacemente evitati con semplici misure di prevenzione. Ci sono dei limiti ben precisi alle possibilità di intervento medico". *)

4. Il progetto di Legge qui presentato crea i presupposti e dà gli strumenti giuridici per impostare un efficace azione di promozione della salute e di prevenzione della malattia senza intaccare la qualità della cura attualmente raggiunta e ciò nel rispetto della libertà, della dignità e integrità della persona umana.

*) OMS. Bureau Régional de l'Europe, "Stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000", 27 febbraio 1981.

I° MORTALITA' E MORBILITA' IN SVIZZERA E NEL TICINO

Una valutazione della situazione epidemiologica è essenziale per l'impostazione di una qualsiasi politica sanitaria efficace sia a livello preventivo, che curativo e riabilitativo. La disponibilità di statistiche sulla mortalità è, in Svizzera e nel Ticino, soddisfacente e permette, oltre alla determinazione delle cause di morte, il calcolo dei tassi di mortalità della popolazione e la speranza di vita sia alla nascita sia a differenti età della vita.

Carenti o totalmente insufficienti sono invece le informazioni sulla morbidità. Per la Svizzera i dati sulla morbidità nelle praxis ambulatoriali private dei medici sono raccolte da un istituto privato di analisi di mercato d'oltre Gottardo tramite sondaggi campione. Questa documentazione serve soprattutto ad indagini di mercato per conto di ditte farmaceutiche. E' in allestimento un programma federale di rilevazione della morbidità ambulatoriale su tutto il territorio della Confederazione denominato "Sentinella" che diverrà operativo nel 1987.

La morbidità ospedaliera è invece già da alcuni anni conosciuta almeno per quanto attiene gli ospedali d'interesse pubblico del nostro Canton e alcuni ospedali di altri Cantoni svizzeri. Essa dà già utili indicazioni e possibilità di confronto sulle malattie causa di ospedalizzazione, sugli interventi chirurgici ecc..

Informazioni e documentazione statistica sul consumo farmaceutico della popolazione, benchè esistenti, non sono praticamente accessibili poichè raccolti presso le farmacie, i medici, le drogherie e gli ospedali da istituti di analisi di mercato che danno i risultati solo all'industria.

E' solo disponendo di queste informazioni che sarà possibile indirizzare l'intervento politico, operativo e finanziario a favore della prevenzione della salute in modo corretto ed efficace evitando sprechi nonchè investimenti inutili.

Il progetto di legge, nel più scrupoloso ossequio dell'anonimato degli utenti, dà le basi giuridiche necessarie (art. 20 e 81) alla raccolta ed alla rilevazione della documentazione statistica indispensabile all'impostazione di un'efficace politica sanitaria di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

A. MORTALITA' GENERALE

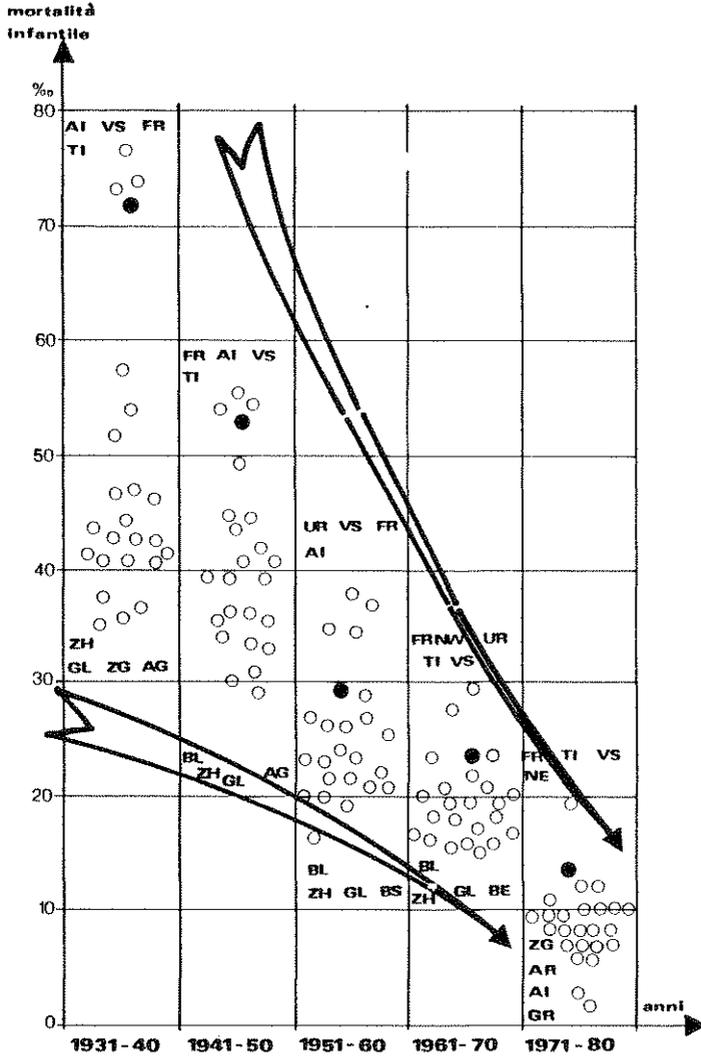
1. Tasso generale di mortalità (numero di decessi per 1'000 abitanti)

E' oggi praticamente identico, anche se leggermente superiore, a quello medio svizzero (TI 9,4 - CH 9,2) e, dal decennio 1921-1930, quando avevamo, unitamente al Canton Vallese, il peggior tasso tra i Cantoni svizzeri, la marcia di avvicinamento alla media è sempre stata costante.

2. Mortalità infantile (numero di decessi nel primo anno di vita per 1'000 nati vivi)

TAVOLA I

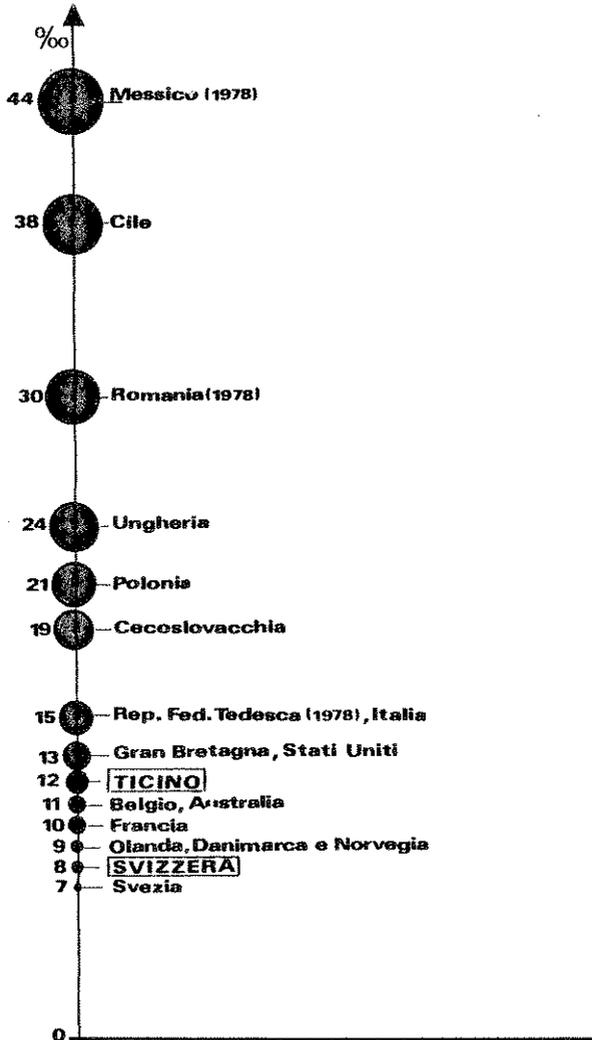
MORTALITA' INFANTILE PER CANTONI



● Ticino

TAVOLA 2

MORTALITA' INFANTILE* IN ALCUNI PAESI, 1979



* Decessi nel primo anno di vita ogni 1'000 nati vivi

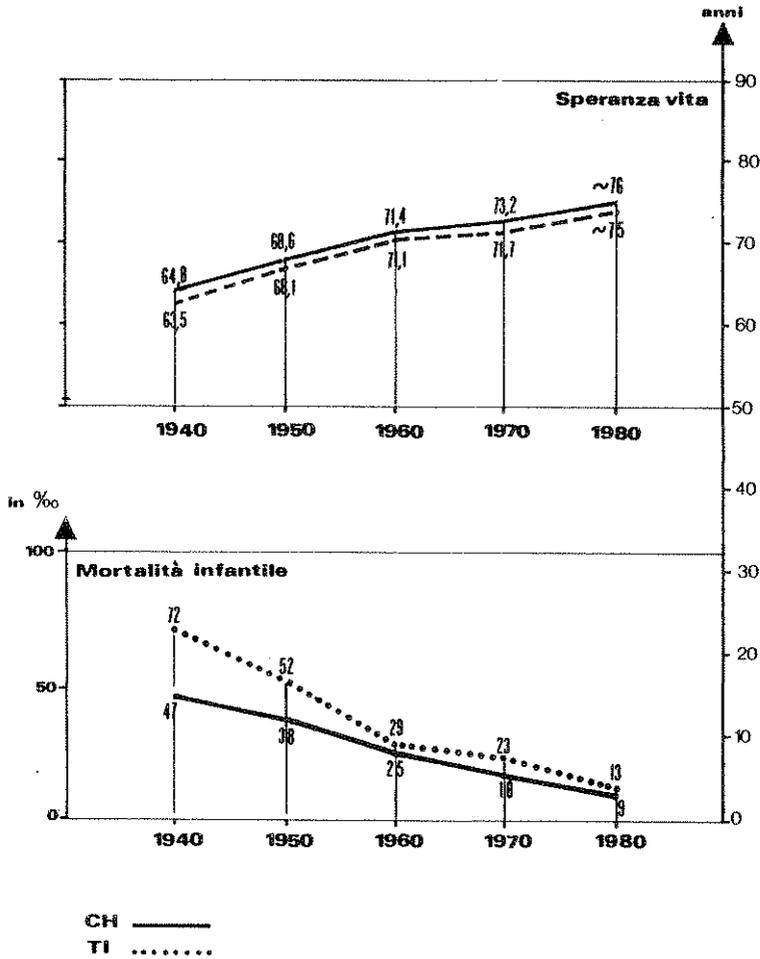
- Anche se, dal decennio 1931/1940 a quello 1971/1980, la mortalità infantile del nostro Cantone è diminuita circa 6 volte (TI 31/40 = 72 - TI 71/80 = 13), il Ticino è al penultimo posto tra i Cantoni svizzeri (ultimo Canton Friburgo) quanto al numero dei decessi nel primo anno di vita (vedi tavola 1.).
- Nell'ultimo decennio (1971/80) la nostra mortalità infantile è stata praticamente doppia di quella dei Cantoni Berna, Nidvaldo, Appenzello I, San Gallo, Grigioni e Giura, e oltre tre volte superiore a quella dei Cantoni Appenzello E e Zugo. La media svizzera del decennio 71/80 è stata di 9 morti nel primo anno di vita ogni 1'000 nati vivi.
Una comparazione tra la mortalità infantile dei diversi Cantoni e la densità di medici e pediatri non ha mostrato nessuna relazione significativa.
In altre parole Cantoni con alta densità di medici e/o di pediatri avevano sia una alta sia una bassa mortalità infantile e viceversa.
- Un confronto internazionale (anno 1979) situa la Svizzera tra le nazioni con minore mortalità infantile (vedi tavola 2.).

3. Speranza di vita

- La speranza di vita alla nascita, che all'inizio del secolo era, per la Svizzera, di circa 51 anni ha raggiunto, nel 1980, i 79,3 anni per le donne i 72,6 per gli uomini (tavola 3.).
- L'aumento è, per la quasi totalità, dovuto in primo luogo alla diminuzione della mortalità nei primi anni di vita nonché alla potabilizzazione dell'acqua, al miglioramento dell'alimentazione e dell'igiene personale, alle vaccinazioni e, dopo gli anni quaranta, alle terapie con sulfamidici e antibiotici.
- Per contro la speranza di vita a 65 anni è, dal 1900 al 1980, aumentata di soli 4 anni circa per gli uomini e di 7,6 anni per le donne.
- Nel Ticino la speranza di vita alla nascita è sempre stata leggermente inferiore a quella svizzera e, nel 1980, essa era di circa un anno e mezzo inferiore.
- Dal 1970 al 1980 in Svizzera la speranza di vita alla nascita è aumentata del 3,8%. Nello stesso periodo la mortalità infantile è scesa del 43,5% mentre le sole spese della Confederazione, dei Cantoni e dei Comuni per la salute pubblica sono complessivamente aumentate del 325%.
- La Svizzera si situa tra i paesi con la migliore speranza di vita alla nascita.

TAVOLA 3

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA E MORTALITA' INFANTILE



<u>1980</u>	Uomini	Donne
Svizzera (1980/81)	72,6	79,3
Belgio	71	75,5
Danimarca	69,2	77,6
Francia	73,6	78,3
Inghilterra e Galles	72,4	75,9
Grecia	69,5	77,8
Italia	68	77,4
Olanda	71,5	79,2
Islanda	73,7	80,5
Spagna	70,1	78,0
Canada	71,4	79
USA	69,7	76,7
Giappone	72,5	79,2

B. CAUSE DI DECESSO

La tavola 4. dà lo sviluppo dal 1940 al 1980 delle principali cause di mortalità per l'insieme della Svizzera e per il Cantone Ticino.

All'aumento dei decessi dovuti a malattie cardio-vascolari (1980* CH 48,3 - TI 51,6%) e tumorali (1980* CH 24,6 - TI 25,3%) ha fatto riscontro una continua diminuzione di quelle infettive (1980* CH 3,4% - TI 2,8%) che, prima del 1940* (CH 15,3% - TI 14,6%), rappresentavano la principale e, successivamente, la seconda causa di decesso.

A partire dagli anni 1960 gli incidenti hanno superato le malattie infettive quale causa di decesso. In Svizzera, nel 1980*, i suicidi, tra i più alti del mondo, equivalgono, quale causa di morte, ai decessi dovuti alla grippe e alla polmonite (2,7%).

La tavola 5. dà le principali cause di decesso nel 1940* e nel 1980* per la Svizzera e il Cantone Ticino. Le malattie cardio-vascolari e tumorali, che nel 1940* rappresentavano assieme circa il 50% delle cause di decesso (CH 52,7% - TI 51%), hanno ora raggiunto il 75% (CH 72,9% - TI 76,9%). Esse sono, per il 1980, seguite dagli incidenti (CH 5,3% - TI 4,6%), delle malattie infettive, dai suicidi dalla cirrosi epatica e dal diabete.

1. Malattie cardio-vascolari

Sono la causa principale di decesso (1980* CH 48,3% - TI 51,6%). Le morti dovute a ischemia (infarto del miocardio) sono cresciute di circa il 7% negli ultimi dieci anni e rappresentano circa un terzo del totale delle cause di decesso per malattie cardio-vascolari.

Le cause cerebro-vascolari (ictus cerebrale ecc.) sono invece in diminuzione. Queste ultime, per il Cantone Ticino, sono passate, dal 1971 al 1981, dal 26% al 20% circa conseguenza questa anche di una migliore terapia preventiva e curativa dell'ipertensione arteriosa.

*). media dei tre anni attorno al decennio.

TAVOLA 4

EVOLUZIONE DELLA DISTRIBUZIONE % DELLE
CAUSE PRINCIPALI DI DECESSO

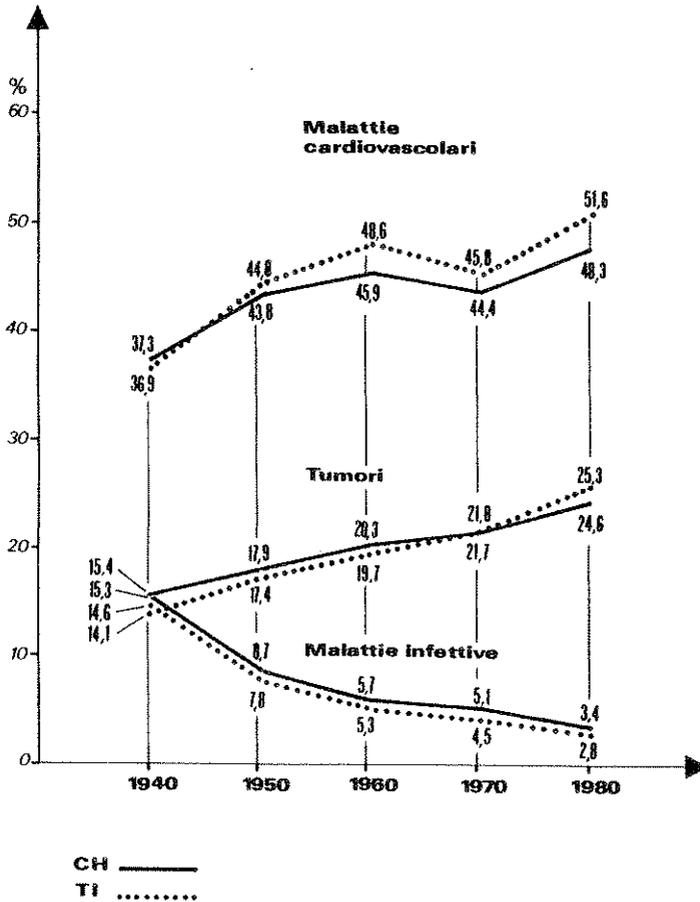


TAVOLA 5

DISTRIBUZIONE % DELLE CAUSE DI DECESSO

1940

SVIZZERA	TICINO
cardio-vascolari 37,3 %	cardio-vascolari 38,9 %
tumori 28,4 %	tumori 14,1 %
infettive 18,1 %	infettive 14,6 %
incidenti 4,2 %	incidenti 3,8 %
suicidi 2,0 %	suicidi 1,1 %
mort. inf. 5,8 %	mort. inf. 7,0 %
altre cause 20,0 %	altre cause 22,7 %

1980

SVIZZERA	TICINO
cardio-vascolari 48,3 %	cardio-vascolari 51,6 %
tumori 24,8 %	tumori 25,3 %
infettive 14 %	infettive 2,8 %
incidenti 5,3 %	incidenti 4,6 %
suicidi 2,7 %	suicidi 1,5 %
cirrosi 1,4 %	cirrosi 2,1 %
mort. inf. 1,0 %	mort. inf. 1,2 %
altre cause 13,3 %	altre cause 10,9 %

Il comportamento e le abitudini di vita hanno un'influenza accertata sull'insorgere, la diffusione e l'incidenza di queste affezioni. I tre fattori principali di rischio, legati al consumo di tabacco, all'ipertensione e all'alimentazione (ipercolesterolemia), possono essere combattuti con la scelta di comportamenti favorevoli alla salute e con il depistaggio precoce degli ipertesi. Anche i fattori minori di rischio (mancanza di movimento, sovrappeso, stress) sono direttamente dipendenti dallo stile e dalla filosofia di vita.

2. Tumori

Fra gli uomini i tumori più diffusi sono quelli delle vie respiratorie, dell'apparato digerente (stomaco e intestino), della prostata e della vescica mentre tra le donne quello al seno, all'utero, all'apparato digerente (intestino e stomaco) e alle ovaie.

La tabola 6. dà le diagnosi di tumori nel Ticino per l'anno 1980. Anche per diverse forme di cancro è accertata la relazione esistente tra il comportamento individuale, la situazione ambientale, l'alimentazione, l'attività svolta e l'insorgere, la diffusione e l'incidenza di determinate forme di tumori.

Ad esempio è dimostrata la relazione esistente tra il fumo e l'incidenza di tumori alle vie respiratorie, in particolare ai polmoni, e tra il forte consumo di alcool con i tumori al fegato e allo stomaco.

L'alimentazione, in particolare gli alimenti ad alta concentrazione di nitrati, provocano nitrosamine supplementari a livello dello stomaco il cui effetto cancerogeno è accertato. Un'alimentazione senza fibre o con pochi residui può favorire tumori del colon.

Tumori professionali sono quelli che colpiscono i lavoratori di fabbriche di coloranti a base di anilina (cancro alla vescica) i lavoratori del catrame (tumore della pelle) e quelli dell'asbesto (tumori al polmone e alla pleura).

Oltre a comportamenti favorevoli alla salute e ad iniziative intese ad eliminare le cause cancerogene esogene anche la diffusione del depistaggio precoce dei tumori più diffusi e curabili con buone probabilità di successo può avere un effetto positivo sull'incidenza e la diffusione di queste affezioni.

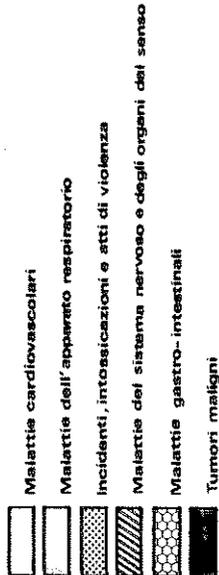
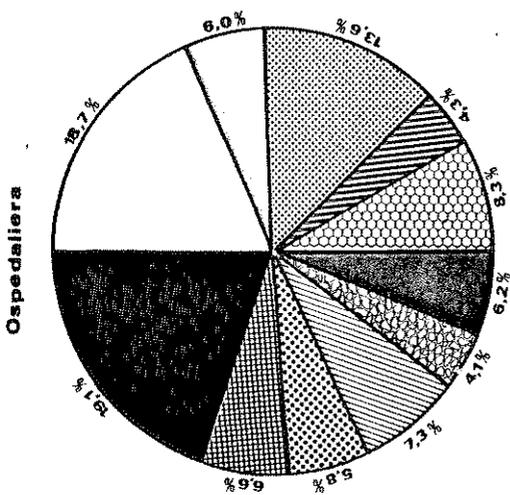
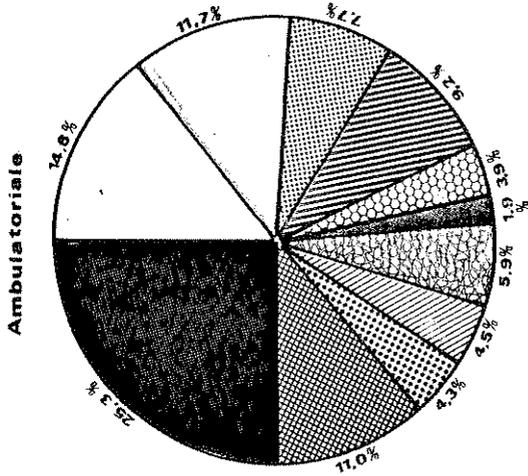
3. Malattie infettive

La drastica diminuzione delle cause di decesso dovute a malattie infettive è dovuta, oltre che ad un miglioramento dell'igiene personale e ambientale, alle vaccinazioni e, dopo il 1945, alla generalizzazione degli antibiotici e dei sulfamidici.

La poliomelite, grazie ai vaccini SALK (1957) e SABIN (1961), è praticamente scomparsa (dal 1940 al 1956 si registravano in Svizzera punte attorno ai 1000, 1500 casi di malattia all'anno, dal 1965 ad oggi il numero dei casi di malattia è, al massimo, di 1 o 2 all'anno).

TAVOLA 6

MORBILITA' IN SVIZZERA NEL 1980



Il numero dei decessi per tubercolosi, che nel 1910 era di 226 all'anno per 100'000 abitanti, è ora sceso a 2,6 casi. La diminuzione dell'incidenza di questa malattia è sempre stata costante fino al 1945 (80 decessi su 100'000 abitanti) anche se fino a quel periodo nessun medicamento specifico fosse stato introdotto sul mercato.

Dopo il 1945 gli antibiotici e la chemioterapia hanno accelerato la diminuzione della mortalità oltre che abbreviare, tramite una drastica riduzione della durata di trattamento, il soggiorno di cura.

Le altre malattie infettive (scarlattina, rosolia, vaiolo, tifo, difterite, morbillo, febbre puerperale) erano già praticamente scomparse, quale causa di decesso, negli anni quaranta.

(CH 1940* casi 369 pari a 0,73% dei decessi totali/
CH 1980* casi 259 pari a 0,44% dei decessi totali).

La diminuzione della mortalità dovuta a malattie infettive (tavola 4.) dal 15% del 1940 al 3,4% attuali è essenzialmente dovuta alla drastica diminuzione dei decessi per tubercolosi (CH 1940* casi 3300 pari al 7% dei decessi / CH 1980* casi 180 pari allo 0,3%) e alla minore mortalità dovuta alla grippe ed alla polmonite (CH 1940* casi 4000 pari all'8% dei decessi / CH 1960* casi 1900 pari al 3,7% / CH 1980* casi 1600 pari al 2,7%).

Come si può notare gli antibiotici e sulfamidici hanno contribuito a diminuire in modo sostanziale dal 1940 al 1960 i casi di decesso per grippe e polmonite. Tra il 1960 e il 1980 la diminuzione è più contenuta e, in questi ultimi anni, essa può essere in parte dovuta alla generalizzazione, almeno tra le persone anziane, del vaccino anti-influenzale.

4. Incidenti

Sono attualmente la terza causa principale di decesso (CH 1980* 5,3%). Il "contributo" degli incidenti della circolazione è circa della metà (2,7%). Una nota positiva è la diminuzione in valore assoluto, e non solo in percentuale, dei decessi per incidenti dal 1970* (CH, casi 3778 pari al 6,6%) al 1980* (CH casi 3096 pari al 5,3%) compresi quelli della circolazione diminuiti da 1737 casi nel 1970* ai 1315 casi nel 1980*.

5. Suicidi

Sono, nel 1980, la quarta causa di morte in Svizzera (2,7%) e la quinta nel Ticino (1,5%). Nel Cantone sono preceduti dai decessi per cirrosi epatica.

Il Cantone Ticino occupa la migliore classifica della Svizzera e già il Francini osservava nel 1834 che "da noi il suicidio è rarissimo". Esso è infatti il Cantone con meno suicidi per abitante anche se, dagli anni 70 agli anni 80, essi sono quasi raddoppiati (TI 1970* casi 21 pari allo 0,8% dei decessi / TI 1980* casi 39 pari all'1,5%).

*) media dei tre anni attorno al decennio

La tavola 7. situa i Cantoni svizzeri secondo i suicidi. Il Canton Appenzello Interno aveva, sia nel 1970* che nel 1980*, il più alto tasso di suicidi in Svizzera (1 suicidio all'anno ogni 2200 abitanti).

La tavola 8. situa invece la Svizzera nel contesto Europeo. Essa si trovava nel 1979 ai primi posti per il numero di suicidi per abitante dell'Europa occidentale. Oggi ha il poco invidiabile primato di trovarsi al primo posto al mondo, avendo superato anche il Giappone, per i suicidi giovanili (16,4 suicidi all'anno ogni 100'000 abitanti di 10-24 anni di età).

6. Cirrosi epatica

E' la quarta causa di decesso nel Cantone (TI 1970* 2,4% dei decessi / TI 1980* 2,1% / CH 1970* 1,7% / CH 1980* 1,4%).

Oltre il 90% della mortalità per cause epatiche è dovuto all'alcolismo.

La tavola 7. situa i Cantoni svizzeri secondo i decessi per cirrosi epatica.

C. MORBILITA'

La morbilità è l'incidenza della malattia nella popolazione. Conosciuti sono i dati concernenti le malattie trasmissibili poichè soggiacciono all'obbligo di denuncia previsto dalla Legge federale e, parzialmente, le cause di ospedalizzazione.

1. In Svizzera

- La statistica diagnostica svizzera, allestita da un istituto privato di analisi di mercato della Svizzera interna, raccoglie, con il metodo del sondaggio, le diagnosi di diversi medici esercitanti la libera professione.

Essa si riferisce alla Svizzera d'oltre San Gottardo poichè, fino al 1981, nessun medico con studio nel Ticino è stato interessato a questo tipo di indagine.

- La tavola 9. dà un quadro della distribuzione della morbilità in Svizzera per l'anno 1980. Si può evidenziare come le affezioni cardio-vascolari e i tumori, che rappresentano il 75% delle cause di morte nel 1980*, sono invece il 17% circa delle cause di malattie accertate nella pratica ambulatoriale e il 25% circa dei casi di malattia che hanno richiesto un ricovero in ospedale.

- Nel 1980 sono state effettuate in Svizzera 40'103'000** consultazioni mediche ambulatoriali il che significa una media di 6,3 visite mediche all'anno per abitante.

*) media dei tre anni attorno al decennio

**) fonte: IMS, Zugo

TAVOLA 7

MORTALITA' PER CIRROSI EPATICA E SUICIDIO PER CANTONI

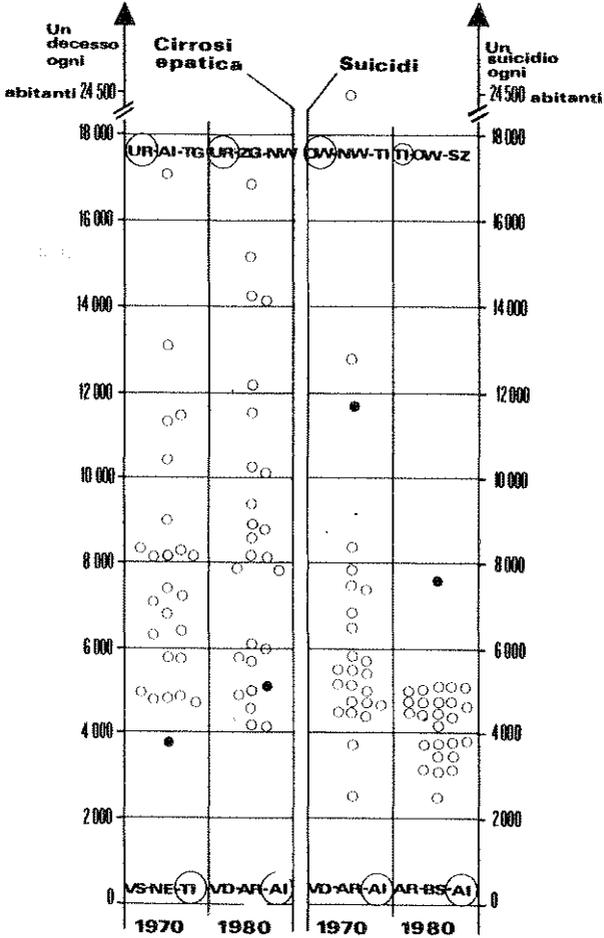


TAVOLA 8
SUICIDI PER NAZIONI

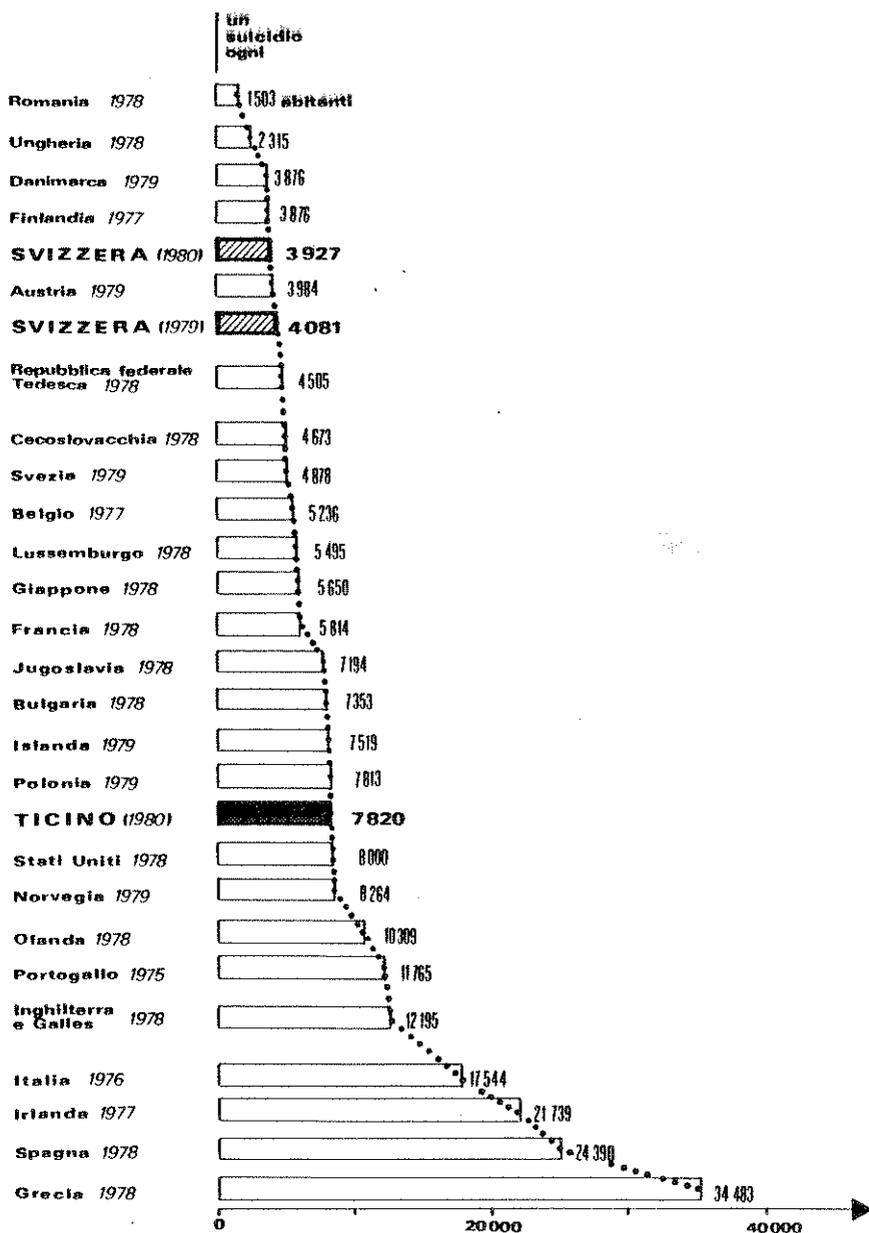
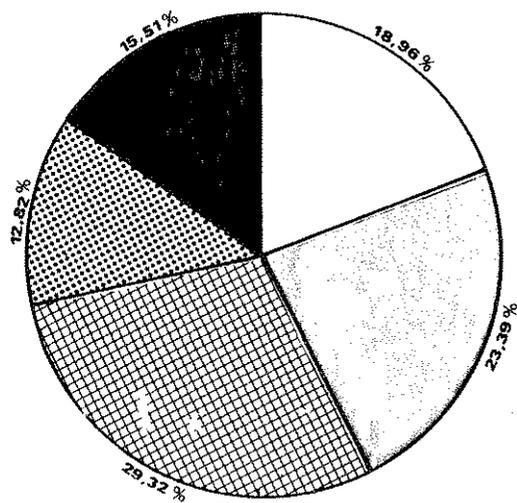
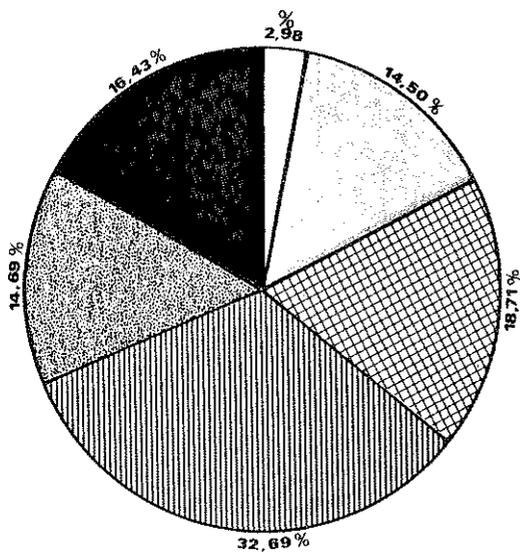


TAVOLA 9

DISTRIBUZIONE % DEI TUMORI NEL CANTONE TICINO, 1980



MASCHI
47,72%



FEMMINE
52,28%

2. Nel Ticino

I soli dati esistenti per il Cantone Ticino concernono le cause di ospedalizzazione (classificate secondo la diagnosi principale). Esse sono sistematicamente raccolte da alcuni anni in tutti gli ospedali d'interesse pubblico. Questa documentazione permette, almeno per quanto riguarda la morbilità ospedaliera, utili confronti con gli altri ospedali svizzeri che partecipano all'inchiesta nonché la messa in evidenza di "tendenze" quanto all'incidenza e alla diffusione di malattie nel Cantone Ticino e in Svizzera interna.

Una analisi, fondata sul confronto tra le cinquanta diagnosi più importanti registrate negli ospedali ticinesi e svizzeri nel 1980, evidenzia, per ciascun settore diagnostico,

- malattie cardio-vascolari

gli infarti del miocardio sono per gli uomini la causa principale di ricovero ospedaliero in questa categoria di affezioni, seguite dall'insufficienza cardiaca.

Per le donne invece è al primo posto l'insufficienza cardiaca, al secondo le varici alle estremità inferiori e al terzo l'infarto del miocardio.

Un confronto tra il Ticino e la Svizzera evidenzia, per gli uomini ticinesi, una più marcata incidenza delle malattie cardio-vascolari (anche il tasso di mortalità per queste affezioni è come noto superiore nel nostro Cantone).

- malattie dell'apparato respiratorio

al primo posto troviamo i problemi di tonsille e adenoidi, al secondo, per gli uomini, la bronchite cronica mentre, per le donne, l'asma bronchiale.

Tra i ticinesi troviamo, nelle prime cinquanta diagnosi, anche la bronchite acuta.

Le affezioni dell'apparato respiratorio sono più frequenti negli uomini che nelle donne.

- incidenti, intossicazioni, violenza

la commozione cerebrale occupa il primo posto seguita dalle fratture della tibia, della fibula e del femore, quest'ultima specialmente nelle donne.

I concittadini d'oltralpe sembrano molto più soggetti a fratture e contusioni varie che non i ticinesi, probabilmente più sedentari. Anche le morti per incidenti, più alte nel resto della Svizzera, sembrano confermare la tendenza.

Gli uomini con circa il doppio dei ricoveri, sono più esposti a questi traumi.

- malattie del sistema nervoso e organi del senso

la cataratta e l'epilessia sono le due affezioni più diffuse.

- malattie gastro intestinali

l'appendicite e la colelitiasi (calcoli delle vie biliari) occupano i primi due ranghi della classifica (uomini appendicite, donne colelitiasi).

La cirrosi epatica compare quale dodicesima diagnosi per ordine d'importanza (sulle cinquanta diagnosi principali) per gli uomini TI (trentunesima per gli uomini CH), e quale quarantaduesima per le donne TI (non compare nelle prime cinquanta per le donne CH).

Questa incidenza è confermata dalla mortalità per cirrosi che, come noto, nel nostro Cantone è, relativamente agli altri Cantoni svizzeri, ancora assai alta.

Anche le emorroidi hanno nel Ticino un'incidenza più alta sia per gli uomini che per le donne. Questo fatto può essere messo in relazione, probabilmente, alla sedentarietà e a fattori alimentari.

I ticinesi in generale, (gli uomini TI in particolare) sembrano avere più problemi a livello di apparato digerente e intestinale che non i confederati. Ciò è dimostrato dalla più alta percentuale di ricoveri ospedalieri legati a questo problema, dalle diagnosi di gastrite, duodenite e di disturbi funzionali che compaiono nelle cinquanta diagnosi più importanti ticinesi e non in quelle svizzere.

- tumori maligni

il primo posto è occupato, per gli uomini, dal tumore dell'apparato respiratorio, delle prostata e della vescica.

I ticinesi uomini registrano pure tumori dello stomaco, non presenti invece nelle prime cinquanta diagnosi svizzere. Nelle donne al primo posto sono i tumori al seno seguiti, per le ticinesi, da quelle alle ovaie.

- malattie mentali

le neurosi compaiono al primo posto per i ticinesi. Complessivamente gli uomini TI sono stati più sovente ricoverati in ospedale generale con diagnosi principali legate alla sfera psichica che non le donne e gli uomini CH.

La diagnosi "stato di dipendenza da droga e medicinali" compare al trentacinquesimo posto per gli uomini TI ed è invece sconosciuta nelle prime cinquanta diagnosi degli altri gruppi.

- malattie dell'apparato uro genitale

la prostata per gli uomini ed i disturbi mestruali per le donne occupano il primo posto. Seguono, per gli uomini TI e le donne CH le nefrolitiasi (calcoli urinari).

Complessivamente le donne TI sembrano avere più problemi legati alla sfera uro genitale che le donne confederate.

In particolare compaiono sovente nel Ticino tra le prime cinquanta diagnosi le affezioni del collo dell'utero e altre affezioni legate alla sfera genitale femminile nonché quelle di "infertilità e sterilità", probabilmente dovuta, quest'ultima, all'esistenza nel Cantone di un servizio ospedaliero specializzato che partecipa alla statistica medica.

- malattie metaboliche

unica affezione degna di nota è il diabete che colpisce di preferenza le donne.

- malattie dell'apparato locomotore

l'unica diagnosi che compare sia per il Ticino (primo posto) sia per la Svizzera nelle prime cinquanta diagnosi è quella, non meglio specificata di "altre affezioni della schiena".

Complessivamente i confederati, in particolare le donne, sembrano molto più soggetti a queste malattie. In particolare si tratta dei problemi legati all'artrosi, artrite e poliartrite, che non compaiono nelle prime cinquanta diagnosi ticinesi.

Probabilmente l'influenza climatica e ambientale potrebbe, in questo caso, essere una spiegazione.

- altre malattie

l'ernia inguinale occupa, per gli uomini, il primo posto tra tutte le cause di ospedalizzazione in Svizzera (secondo rango nel Ticino) mentre, per le donne, il parto, che evidentemente non è una malattia, è la causa principale di ospedalizzazione.

D. CONCLUSIONE

Lo stato sanitario della popolazione ticinese non differisce in modo sostanziale da quello del resto della Confederazione e dei Paesi industrializzati ove la metà dei decessi è da ascrivere alle cause cardio-vascolari e un quarto ai tumori. Studi successivi fatti sulla mortalità specifica tenendo conto di tassi di mortalità comparabili (standardizzati), hanno evidenziato, per gli uomini della Svizzera italiana, una mortalità significativamente superiore alle altre regioni linguistiche della Svizzera per cause ischemiche e cerebrovascolari nonché per tumore allo stomaco. Uno studio sulla mortalità prevalente della Svizzera italiana dal 1970 al 1982 in rapporto a quella svizzera è in corso. Esso permetterà di situare esattamente la posizione del Ticino.

LE PRIME DODICI CAUSE DI OSPEDALIZZAZIONE

1980 Ticino		1980 Svizzera	
Uomini (12403 diagnosi)	Donne (14100 diagnosi)	Uomini (158432 diagnosi)	Donne (146239 diagnosi)
1. Comozione cerebrale	Parto normale	Ernia inguinale	Parto normale
2. Ernia inguinale	Disturbi mestruali	Infarto cardiaco acuto	Disturbi mestruali
3. Infarto cardiaco acuto	Calcoli biliari	Ferite aperte alla testa	Calcoli biliari
4. Iperplasia prostatica	Insufficienza cardiaca	Comozione cerebrale	Malattie croniche, tonsille, adenoidi
5. Insufficienza cardiaca	Diabete	Iperplasia prostatica	Diabete
6. Appendicite acuta	Comozione cerebrale	Malattie croniche delle tonsille e adenoidi	Tumori maligni del seno
7. Tumori maligni vie respiratorie	Appendicite acuta	Tumori maligni vie respiratorie	Insufficienza cardiaca
8. Calcoli urinari	Aborto spontaneo	Distorsioni e rotture dei legamenti del piede	Artrosi
9. Disturbi del ritmo cardiaco	Neurosi	Appendicite acuta	Varici delle estremità inferiori
10. Malattie epatiche croniche cirrosi	Tumori maligni del seno	Frattura tibia e fibula	Comozione cerebrale
11. Calcoli vie biliari	Aborti legali	Ferite aperte alle dita	Altri sintomi, addome, bacino
12. Angina pectoris	Malattie croniche delle tonsille e adenoidi	Insufficienza cardiaca	Appendicite acuta

II° MODALITA' DI ELABORAZIONE DEL PROGETTO DI LEGGE

1. L'elaborazione del progetto di Legge concernente la promozione della salute e il coordinamento sanitario è stata preceduta da un'importante opera di ricerca e di documentazione.
Sono in particolare servite quale documentazione di base per la stesura e l'elaborazione del progetto di Legge:
 - le Legislazioni sanitarie dei Cantoni svizzeri, segnatamente quelle più recenti (Cantoni San Gallo, Lucerna, Vaud, Zurigo e Berna)
 - il "Recueil International de Droit sanitaire" edito trimestralmente dall'Organizzazione mondiale della salute
 - alcune legislazioni sanitarie di altre nazioni in particolare anglosassoni
 - rapporti, raccomandazioni e risoluzioni del Consiglio di Europa, in particolare i documenti preparatori della Conferenza di Madrid dei ministri europei della salute. (rapporti sulla prevenzione e l'educazione per la salute, Strasburgo 1981)
 - il rapporto 27 febbraio 1981 dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della salute concernente la "Strategia regionale per l'instaurazione della salute per tutti nell'anno 2000"
 - le raccomandazioni dell'Accademia svizzera delle scienze mediche, in particolare quelle concernenti la sperimentazione, la sterilizzazione volontaria, l'inseminazione artificiale da donatore anonimo, il trapianto di organi e di tessuti umani e la definizione della morte
 - diverse monografie su aspetti particolari, segnatamente sulla protezione dei diritti dell'uomo davanti ai progressi della biologia e della medicina, sui principi e metodi d'educazione per la salute, sulla formazione di animatori della salute nel Canton Berna, sulla promozione e lo sviluppo della medicina tradizionale, ecc.
 - una perizia giuridica del dott. Argente Righetti sull'esercizio della professione medica ed una del Prof. Marco Borghi sugli statuti dell'Ordine dei medici del Cantone Ticino
 - il "Manuel de Droit hospitalier" edito dalla VESKA.
2. Un primo avanprogetto di Legge è stato quindi elaborato e proposto dal Dipartimento delle opere sociali all'esame di uno speciale Gruppo di lavoro incaricato dal Consiglio di Stato di presentare un progetto di nuova Legislazione sanitaria.
3. La prima stesura dell'avanprogetto, perfezionata dallo speciale Gruppo di lavoro, è stata sottoposta, in traduzione francese, alla verifica ed al parere

- del Prof. dott. med. Theodor Abelin, Direttore dell'Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Berna,
- del dott. Albert Ziegler, SJ, teologo e medico, Katholisches Akademisches Haus di Zurigo, consulente dell'Autorità federale e dell'Accademia svizzera delle scienze mediche,
- del Segretariato generale del Consiglio d'Europa, Strasburgo,
- dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della salute, Copenhagen,
- dell'Ufficio federale di sanità, Berna.

Ai periti è stato chiesto un parere sui principi ed i contenuti del progetto di Legge mentre, all'Ufficio federale di sanità, unicamente la verifica della compatibilità del progetto al diritto federale. I pareri conclusivi (integralmente riprodotti nella versione trasmessa in procedura di consultazione a tutti gli ambienti interessati, nella primavera 1983) nonché lo scambio di opinioni con i periti hanno permesso di ulteriormente perfezionare il Progetto di Legge.

4. La consultazione sul progetto di nuova legge sanitaria ha interessato una sessantina di associazioni, enti e istituzioni che potevano vantare o giustificare un interesse a dare un loro parere. Aldilà delle osservazioni di dettaglio, il progetto di legge, nella sua impostazione di fondo, non è stato oggetto di sostanziali obiezioni ad eccezione della proposta istituzione di una commissione di coordinamento sanitario e soprattutto della prevista divisione del Cantone in "settori" sanitari con a capo degli speciali Consigli. Accolti invece gli obiettivi intesi a istituzionalizzare, potenziandola, la prevenzione e l'educazione sanitaria. Sostanzialmente accolto il capitolo attinente i diritti individuali di utenti e operatori come pure quello di adeguamento delle misure di polizia sanitaria intese a meglio regolamentare l'esercizio delle professioni e l'attività delle strutture sanitarie. Rispetto al progetto trasmesso in consultazione, questa proposta di legge tiene ampiamente conto dei suggerimenti e delle obiezioni mosse dagli Enti e Associazioni consultate. Le loro proposte hanno permesso un miglioramento e uno "snellimento" legislativo del progetto iniziale che si è, tra l'altro, anche tradotto in una diminuzione di circa una cinquantina di articoli.

III° PRINCIPI DIRETTORI DEL PROGETTO DI NUOVA LEGGE

A. LE PREMESSE

Il progetto di Legge si fonda sulla constatazione che:

1. gli operatori della salute, in particolare i medici, sono in costante aumento (nel 1950 avevamo nel Ticino 231 medici liberi professionisti, nel 1980 essi erano 373 e nel 1985 i medici con libero esercizio sono circa 460, i dentisti 156, i farmacisti 192, gli psicologi e psicoterapeuti non medici 127 e gli infermieri con libero esercizio 671). Tra i medici la maggioranza sono specialisti mentre mancano professionisti di medicina generale. Nel 1990, quindi tra quattro anni, avremo, senza contare i medici ospedalieri, circa 750 medici liberi professionisti operanti nel Cantone.

L'intervento sanitario da essi proposto tende ad essere condizionato, oltre che dall'aumentata concorrenzialità tra operatori dovuta alla crescita della densità medica,

- dalla tecnicizzazione crescente delle indagini e degli interventi diagnostici e terapeutici
- dalla remunerazione all'atto delle prestazioni
- dalla pressione del mercato farmaceutico

fattori questi ultimi che tenderanno a viepiù influenzare quella parte della "domanda" di cure e prestazioni che è "indotta" dagli stessi operatori sanitari.

In forza del carisma legato alle professioni sanitarie, accentuato dalla citata tecnicizzazione delle prestazioni, sovente il paziente si trova in situazioni di sudditanza e dipendenza psicologica nei confronti dell'operatore sanitario e nei riguardi dell'organizzazione delle strutture, in particolare di quelle ospedaliere.

Ciò implica il pericolo di lesione dei diritti individuali, segnatamente delle libertà del paziente. Tale rischio è accresciuto dal probabile raddoppio degli operatori nei prossimi 10 anni cui fa riscontro una relativa stabilità della popolazione. Anche da questo profilo è giustificabile l'esistenza di una maggiore protezione giuridica degli utenti contro possibili abusi diagnostici o terapeutici conseguenti al raddoppio dei "curatori" ed alla remunerazione all'atto di ogni prestazione effettuata. Parimenti anche un più rigoroso disciplinamento dell'esercizio di queste professioni sembra essere doveroso. Osservava già il Consiglio di Stato nel lontano 1950 nel Messaggio che accompagnava il Progetto di Codice sanitario (successivamente Legge sanitaria):

"Le attrattive di una sicura ed agiata esistenza economica, l'orgoglio di tanti capi famiglia di vedere i loro figli onorati dal lauro accademico, hanno fatto sì che numerosi giovani ticinesi abbracciassero le professioni sanitarie.

Da una siffatta situazione e cioè dalla pleora di professionisti sanitari è derivata, come è comprensibile, la necessità di disciplinare con maggior rigore l'esercizio di tutte le arti sanitarie con disposizioni atte soprattutto a garantire un decoro nell'esercizio di un'arte sanitaria ed a stabilire i limiti entro i quali gli interventi delle rispettive categorie di sanitari devono essere contenuti".

2. Lo spostamento della morbilità e della mortalità verso affezioni della civilizzazione è il tratto fondamentale che caratterizza lo stato sanitario di questi ultimi 20 anni della popolazione ticinese, svizzera e di tutta Europa. Esso richiede una ridistribuzione delle risorse finanziarie ed una nuova strategia d'intervento fondata sulla prevenzione primaria, l'educazione per la salute e il depistaggio precoce delle affezioni curabili.

Osserva il Consiglio d'Europa:

"Dans les pays d'Europe ayant un système de protection sanitaire bien développé et des dépenses de santé en augmentation rapide, on fait souvent observer qu'une expansion continue des soins en régime hospitalier ne peut apporter que des avantages marginaux mesurables, par exemple, en termes de prolongation de l'espérance de vie, d'amélioration du bien-être ou de la capacité de travail de l'ensemble de la population.

C'est pourquoi, il est généralement préconisé de donner plutôt la priorité aux domaines suivants: soins de santé primaires, réadaptation, prévention, éducation pour la santé, soins auto-administrés, élargissement de la coopération entre services de santé et services d'action sanitaire et sociale des collectivités".*)

Inoltre i problemi di salute possono sempre meno essere efficacemente risolti, in modo isolato, dal solo settore sanitario. Si è finora mal compreso fino a che punto la politica sanitaria è dipendente da quella in materia economica, energetica, agricola, dei trasporti, dell'ambiente o dell'educazione. Ogni settore della vita sociale comporta almeno un elemento decisivo per la salute.

Ne consegue che una politica sanitaria efficace necessita non solo di un'azione coordinata da parte dei poteri pubblici ma anche da parte della società intera. Ora, anche nel nostro Cantone, come nella totalità dei Cantoni svizzeri e degli Stati europei, dipartimenti e ministeri diversi si occupano della salute e dell'ambiente di vita, di lavoro, di svago e di studio: è indispensabile che interventi che incidono sulla salute individuale e collettiva dei cittadini possano essere tra di loro coordinati. E' ad esempio da evitare, citando un caso limite, che un responsabile dell'economia spinga ad un maggior consumo di tabacco allo scopo di incrementare le entrate di monopolio, mentre il responsabile della salute lanci campagne sugli effetti nocivi del fumo operando per una diminuzione del consumo.

*) Consiglio d'Europa, Conferenza dei ministri europei della salute, II. rapporto "Education pour la santé", Strasbourg 1981

B. I PRINCIPI DIRETTORI

Il Progetto di Legge allegato persegue quindi:

1. Il promovimento della responsabilità e dell'autonomia personale nella salvaguardia della salute individuale e collettiva dei cittadini, attuato mediante

- una migliore trasparenza dei rapporti tra operatori della salute e utenti (Titolo II. della Legge "Diritti individuali"), segnatamente prevedendo l'obbligo di informare il paziente e quello di ottenere il consenso cosciente (articoli 6, 7 e 8 del Progetto di Legge)
- l'educazione alla salute della popolazione (articoli 34, 35 e 36).

L'educazione per la salute della popolazione, unanimamente riconosciuta in Europa quale mezzo privilegiato di prevenzione primaria, deve essere orientata:

- all'acquisizione delle conoscenze idonee e valutare criticamente l'esistenza di pericoli per la salute e ad utilizzare convenientemente le risorse individuali e collettive per il suo promovimento e mantenimento. In altre parole si tratta di favorire il ricupero dell'autonomia e della responsabilità personale della cura della salute.
- alla gestione, la più autonoma possibile, della propria salute da parte dei cittadini, anche tramite l'uso e l'acquisizione di semplici e collaudati conoscenze e mezzi di automedicazione.
- un'attenzione tutta particolare dovrà essere data anche all'informazione oggettiva dell'opinione pubblica sulle reali possibilità diagnostiche e terapeutiche della medicina come pure sui suoi limiti. Questo per rendere il ricorso al medico e ai servizi medicalizzati il più consapevole possibile al fine di diminuire al massimo i possibili danni iatrogeni per l'individuo portando a sua conoscenza anche i rischi, talvolta elevati, che questi interventi comportano.

Una tale opera, come detto, oltre a rendere più consapevole il ricorso al medico o ad altri operatori e servizi sanitari avrà sicuramente anche effetti positivi sui costi della salute. Va da sé che in una situazione come l'attuale, ove la tendenza alla commercializzazione della salute e della malattia si va accentuando, una corretta informazione ed un consapevole accesso al mondo delle cure e delle terapie è suscettibile di diminuire il rischio di danni, sofferenze e attese inutili per l'individuo informato sui rischi e le controindicazioni nonchè sui trattamenti alternativi.

2. La difesa dei diritti individuali dei pazienti e degli operatori della salute

Va da sè che, nell'attuale situazione di plethora medica, di tecnicizzazione della medicina, di invasione farmaceutica (sono presenti sul mercato svizzero circa 6000 specialità farmaceutiche in 20000 forme galeniche diverse), colui che necessita di maggiore protezione è, all'evidenza, il paziente che, non possedendo nè gli strumenti nè le conoscenze per valutare criticamente e consapevolmente l'utilità e la necessità di tutto quanto gli viene proposto per ristabilire la propria salute, è in manifesta situazione di disparità conoscitiva davanti all'operatore della salute. I diritti, contemplati al Titolo II. della Legge, discendono dal principio generale di libertà, dignità e integrità della persona umana. Essi hanno tutti precisi riferimenti nella Costituzione federale, nel Codice civile, nel Codice delle obbligazioni e nel Codice penale nonché nella Convenzione Europea dei diritti dell'uomo alla quale la Svizzera ha dato piena adesione il 1. gennaio 1981. Tutti i diritti elencati al Titolo II., oltre ad essere stati

- verificati con i periti del Consiglio di Europa e dell'Organizzazione mondiale della salute,
- con il Diritto federale,
- nonché discussi, quanto alla loro concreta applicabilità, con medici operanti nel Cantone Ticino,

hanno pure precisi riferimenti concreti alla realtà medico-sanitaria del nostro Cantone. Ad esempio la sperimentazione e la ricerca, cosa che può sembrare avulsa dalla realtà sanitaria del nostro Cantone, è invece un fatto corrente negli ospedali ticinesi in particolare per quanto attiene alla sperimentazione su pazienti di medicinali non ancora registrati presso l'Ufficio Intercantonale di controllo che dà il benestare per la vendita e la messa in commercio di specialità farmaceutiche. Di regola non è chiesto il consenso del paziente che nemmeno è informato di essere oggetto di sperimentazione.

Anche gli operatori della salute sono indirettamente protetti dalle disposizioni che concernono esclusivamente i pazienti. Infatti la sicurezza giuridica è comunque a vantaggio di tutti gli interessati segnatamente per quanto concerne il consenso dei minori, la ricerca e la sperimentazione, il prelievo e il trapianto di organi e tessuti nonché le autopsie.

3. Il miglioramento delle disposizioni di polizia sanitaria è voluto allo scopo di ampliare le premesse indispensabili alla distribuzione di prestazioni sanitarie di qualità e questo a garanzia di libertà, dignità e integrità psico-fisica degli utenti (Titolo V., VI. e VII. del progetto di Legge).

Esse pure si fondano sull'esperienza acquisita in questi ultimi anni ed hanno radici nella concreta realtà sanitaria del Cantone.

- Casi recenti hanno infatti imposto un miglior accertamento dell'idoneità psico-fisica all'esercizio di una professione sanitaria, segnatamente in età avanzata (articolo 61). Questo fatto non è per nulla discriminatorio quando si pensa che anche per altre categorie professionali, segnatamente i conducenti di mezzi pubblici di trasporto, è chiesto, periodicamente, l'accertamento dell'idoneità psico-fisica.
- Anche la definizione dei limiti di competenza a dare le prestazioni e l'obbligo dell'aggiornamento (articolo 65) sono di tutta attualità. La credenza nella omniscienza degli operatori sanitari in generale e dei medici in particolare nonché la pubblicazione mensile, sulla letteratura scientifica specializzata, di fatti nuovi concernenti indicazioni e controindicazioni di interventi diagnostici, terapie e agenti terapeutici, impone l'obbligo giuridico, e non solo morale, da parte dell'operatore di non travalicare i propri limiti di conoscenza collaudati che dovranno essere costantemente aggiornati almeno nelle terapie e negli altri interventi che usualmente propone.
- Di particolare attualità sono le disposizioni che disciplinano l'attività degli ausiliari non qualificati, degli operatori della salute e di coloro che operano distribuendo prestazioni non riconosciute dalla scienza e dalla prassi sanitaria ufficiale. Gli articoli 63 e 64, delimitano esattamente i campi di attività e l'identificazione di questi operatori in modo tale da escludere qualsiasi confusione con quelli autorizzati. Dette disposizioni danno all'autorità gli strumenti giuridici per un più efficace e sicuro intervento ove la situazione lo impone.
- L'articolo 70 crea le basi legali per organizzare servizi di picchetto notturno e festivo. Questo compito compete autonomamente ai medici, medici dentisti e farmacisti. L'autorità cantonale ha comunque un diritto d'intervento allorché l'organizzazione su base volontaria non dovesse essere sufficiente a garantire questo servizio a livello regionale e, ove occorra, locale.
- L'articolo 72 del Progetto che tratta del comparaggio, vuol marcare l'impegno dell'autorità a combattere con fermezza gli accordi, tra operatori della salute, oppure tra operatori e servizi o strutture sanitarie, suscettibili di limitare la libertà di scelta dell'utente o di esporlo a uno stato di insostenibile dipendenza. Ci riferiamo qui in particolare a quegli accordi, di regola non scritti, tra operatori della salute e farmacie, laboratori di analisi e istituti di fisioterapia, che prevedono il ristorno o l'attribuzione di percentuali a chi ha inviato pazienti, materiale d'analisi, ecc.

Questa prassi, fortunatamente non generalizzata nel Cantone Ticino, è comunque presente anche da noi.

- Gli articoli da 80 a 83 estendono la vigilanza a tutte le strutture sanitarie ove sono distribuite e attuate prestazioni sanitarie. In particolare sarà chiesta un'autorizzazione non solo per la gestione di cliniche o ospedali ma anche per l'esercizio di case e strutture destinato all'accoglimento di persone anziane.

IV. L'INCIDENZA FINANZIARIA DEL PROGETTO DI LEGGE

1. Nonostante le innovazioni proposte il Progetto di Legge non contiene elementi suscettibili di creare spese supplementari a quelle che già oggi l'Ente pubblico sostiene per il settore sanitario.
2. L'esercizio dei diritti e delle libertà individuali (Titolo II. della Legge) notoriamente non comporta spese o sacrifici almeno a livello finanziario.
3. Gli obiettivi menzionati all'articolo 3, ad eccezione della lett. a) (libertà individuali) non devono impressionare poiché sono già ora tutti perseguiti e attuati almeno nel loro principio. E' chiaro che la profondità e la vastità dell'intervento dipenderà dalle priorità e dai mezzi finanziari a disposizione. L'articolo 3 espressamente menziona che detti obiettivi sono limitati dalle disposizioni previste all'articolo 4 cpv. 3 che esplicita i mezzi necessari al conseguimento degli scopi della Legge. Lo stesso dicasi per l'intervento finanziario sussidiario o diretto dello Stato previsto all'articolo 4 cpv. 2.
4. Infatti l'articolo 4 pone doverose limitazioni ad una possibile esuberanza creativa. Oltre ai naturali limiti posti dai mezzi finanziari a disposizione ed alla approvazione dei preventivi e del piano finanziario, sarà indispensabile un'approfondita analisi costi/benefici di tutta la spesa sanitaria in modo tale da indirizzare i mezzi là dove le necessità sono urgenti e i benefici sanitari accertabili e documentabili (articolo 4 cpv. 3 in fine).
5. Sempre l'articolo 4 cpv. 3, alla lettera b), fa obbligo all'Ente pubblico di considerare anche le strutture e i servizi sanitari esistenti a livello federale e questo per evitare il finanziamento di iniziative autarchiche o velleitarie non giustificate nè dai bisogni regionali nè da quelli cantonali.
6. L'imperativo del coordinamento degli interventi, già presente nel titolo del Progetto di Legge, e menzionato espressamente agli articoli 1 cpv. 1, 2 cpv. 2, 4 cpv. 1 e 3 lett. c), 22 cpv. 1 e 23 cpv. 4, del Progetto di Legge, deve evitare sprechi e doppioni con evidenti positivi influssi finanziari. Anche il principio dell'integrazione funzionale e territoriale di servizi e strutture gestite direttamente dallo Stato dovrà portare a razionalizzazioni supplementari (articolo 4 cpv. 3 lett. c).
7. Anche il principale elemento innovatore, l'educazione per la salute della popolazione, prevista in particolare agli articoli da 34 a 36 del Progetto, non rappresenta, da un punto di vista finanziario "un novum" poiché il Cantone, già da 3 anni, attua un preciso programma di prevenzione e educazione segnatamente nel campo delle malattie cardiovascolari.

8. Vale la pena di sottolineare che essa dovrà rappresentare lo strumento prioritario e principale d'intervento dell'Ente pubblico in materia preventiva per gli anni futuri.
9. L'educazione sanitaria della popolazione non è evidentemente un'invenzione ticinese bensì l'unica forma di intervento preventivo suscettibile di avere influssi determinanti e duraturi su tutte le altre forme di prevenzione. E' unicamente un cittadino informato e responsabile che sarà in grado di scegliere comportamenti favorevoli alla salute e attuare e promuovere interventi efficaci e colaudati.
10. All'educazione sanitaria il Consiglio d'Europa ha dedicato un particolare rapporto discusso alla Conferenza di Madrid dei ministri europei della salute pubblica. Questo per marcare l'importanza di questa forma di intervento nell'ambito della prevenzione in generale.
11. I periti a suo tempo interpellati, segnatamente il Prof. Theodor Abelin, il Segretario generale del Consiglio di Europa e l'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della salute, hanno evidenziato come l'educazione per la salute sia il fondamento di tutta la politica di prevenzione del prossimo futuro. Essa avrà pure a medio e lungo termine un'influenza positiva sui costi.
12. Si è ritenuto di non aderire alla proposta avanzata da diversi ambienti di definire per legge una percentuale di mezzi finanziari da destinare annualmente all'educazione per la salute.
Si è infatti dell'opinione, anche sulla base dell'esperienza acquisita, che definire a priori una percentuale è operazione irrazionale e improvvida poichè i mezzi finanziari devono invece essere determinati e stabiliti sulla base di programmi concreti che tengono conto delle reali necessità cosa, quest'ultima, che non può essere convenientemente percepita da una percentuale stabilita per legge, non flessibile e controproducente anche dal punto di vista economico-finanziario.

V. COMMENTO AD ALCUNE DISPOSIZIONI DEL PROGETTO DI LEGGE

Abbiamo già detto dell'impostazione generale e degli scopi del progetto di Legge. Ci limitiamo qui ad elencare le nuove disposizioni previste dal progetto, nonchè quelle che, per essere giustamente comprese, necessitano di un ulteriore approfondimento a spiegazioni supplementari.

T i t o l o I

Principi generali

E' la parte declamatoria del progetto di Legge che definisce i grandi obiettivi ed i mezzi della politica sanitaria del Cantone in particolare all'articolo 3. Va osservato, come già detto precedentemente, che questi obiettivi sono già ora tutti perseguiti ed attuati almeno nel loro principio ad eccezione di quello previsto alla lettera a) (libertà individuali). Va da sè, come già detto, che la profondità e la vastità dell'intervento dipenderà dalle priorità sanitarie nonchè dei mezzi finanziari a disposizione, lo stesso dicasi per l'intervento finanziario sussidiario o diretto dello Stato previsto all'articolo 4 cpv. 2. Questo Titolo pone inoltre l'accento sul coordinamento degli interventi e sull'integrazione funzionale e territoriale dei servizi e delle strutture gestite direttamente dallo Stato nonchè (articolo 4) sulle limitazioni ad una possibile ingiustificata esuberanza creativa in materia sanitaria. Infatti oltre ai naturali limiti posti dai mezzi finanziari a disposizione e dall'approvazione da parte del legislativo di preventivi e piano finanziario sarà indispensabile un'approfondita analisi costi-benefici della spesa sanitaria in modo tale da indirizzare i mezzi laddove le necessità sono urgenti e i benefici sanitari accertabili e documentabili.

T i t o l o II

Diritti individuali

Analogamente a quanto previsto da altre moderne legislazioni sanitarie sono precisati e codificati in questo Titolo i più significativi diritti individuali riconosciuti ai pazienti nell'ambito dei loro rapporti con gli operatori sanitari e gli istituti ospedalieri e di cura. Questi principi, che si traducono in obblighi a carico delle istituzioni e degli operatori, non costituiscono una novità di carattere sostanziale. Infatti da tempo sono stati individuati e specificati dalla giurisprudenza, fondata soprattutto sull'applicazione e l'interpretazione delle disposizioni del diritto civile dedicate alla protezione della personalità (articoli 28 e seguenti CCS). Questi principi hanno potuto essere particolarmente ampliati e precisati dopo l'entrata in vigore, il 1. luglio 1985, della Legge federale 16 dicembre 1983, che modifica il CCS (protezione della personalità).

D'altro canto le disposizioni in questione riflettono le più recenti raccomandazioni e direttive degli organismi nazionali ed internazionali indicati a pagina 23 e sono previsti, nei loro tratti essenziali, dalle legislazioni sanitarie più avanzate di altri Stati e Cantoni.

- Articolo 5 Generalità

Si tratta di una disposizione di carattere generale non innovativa, poichè si limita all'enunciazione del principio del diritto di ognuno ad una assistenza sanitaria adeguata, già implicito e riconosciuto dal diritto vigente.

Tuttavia con questo espresso richiamo tale diritto è precisato e coordinato con la sistemica della concezione che sta alla base della Legge. Accanto alla responsabilità della collettività statale per l'offerta delle prestazioni sanitarie necessarie sono introdotti, con richiamo dei limiti previsti dagli articoli 2 e 4, i nuovi concetti di promozione della salute, di coordinamento degli interventi sanitari e di proporzionalità di questi ultimi in relazione alla loro efficacia ed ai loro costi. Inoltre col richiamo del criterio innovativo della responsabilità individuale e collettiva dei cittadini, in ordine alla gestione della propria salute (articolo 2 cpv. 1 e 2), si giustifica maggiormente quale corollario sostanziale e concreto l'esigenza dei principi di rispetto della libertà, della dignità e dell'integrità della persona umana.

La disposizione si conclude con un richiamo molto opportuno in tempi di aumenti assai consistenti dei costi della salute, del principio di economicità che sostanzialmente rinvia al criterio contenuto nell'articolo 25 della LAMI.

Evidentemente la protezione del diritto individuale e delle prerogative della persona umana deve, in casi particolari, cedere di fronte ad esigenze di carattere generale o sociale. Ciò sarà ammesso solo quando la Legge lo preveda espressamente e sia riconosciuto un'interesse pubblico prevalente.

- Articolo 6 Informazione

L'obbligo di informare compiutamente il paziente sul suo stato di salute sugli accertamenti diagnostici e sulle cure da effettuare, con l'indicazione dei rischi e delle probabilità di successo è ormai un principio acquisito anche se la discussione sull'opportunità di mettere al corrente il paziente di eventuali diagnosi infauste non sono ancora spente.

E' ovvio tuttavia che un'informazione precisa e data in termini accessibili all'utente, costituisce una premessa indispensabile per scelte convenienti in ordine alla propria salute e soprattutto in vista del consenso consapevole all'esecuzione degli interventi a carattere diagnostico e terapeutico prospettati. Il grado e la precisione dell'informazione devono essere tanto più elevati quanto maggiore è il rischio a carico del paziente.

In particolare il paziente deve essere informato su eventuali possibilità di trattamenti alternativi scientificamente riconosciuti.

Il principio dell'obbligo di informazione da parte dell'operatore sanitario, è attenuato dalla necessità di non recare pregiudizio al paziente e di non compromettere l'esito della cura da intraprendere.

Pertanto spetterà all'operatore valutare se, in determinati casi, sarà opportuno prescindere o adeguare l'informazione alla personalità ed alla situazione psicofisica del paziente. Nel caso che l'operatore, per gravi e concreti motivi, ritenesse di dover prescindere dall'informazione al paziente, dovrà dare ai parenti o alle persone prossime al paziente le necessarie indicazioni.

La nozione di persona prossima è più ampia di quella di parenti e comprende le persone legate al paziente da vincoli di affetto o di interessi comuni come nel caso di persone conviventi senza legami di matrimonio o parentela.

Oggetto particolare dell'informazione da dare al paziente è la cartella sanitaria, da allestire obbligatoriamente conformemente all'articolo 68 cpv. 4, e fra i vari documenti che essa può contenere, gli atti oggettivi ossia tracciati, risultati di analisi, radiografie ecc.. Di questi atti, il paziente può, a pagamento, pretenderne copia. Secondo la giurisprudenza prevalente, fondata sulle norme di diritto civile, in materia di protezione della personalità, rimangono riservate all'operatore sanitario che le ha allestite, le note, gli appunti personali, le valutazioni e le informazioni ottenute da terzi (cfr. articolo 68).

Il diritto all'informazione non sarebbe completo e non darebbe i maggiori risultati se non fosse previsto e integrato dalla facoltà riconosciuta ad ogni utente dal cpv. 3 di questo articolo di ottenere la rettifica di dati che lo riguardano e di cui può essere dimostrata l'oggettiva erroneità.

Infine per il paziente confrontato con diversi operatori, in istituti ed eventualmente sotto anestesia, è essenziale il diritto di conoscere l'identità di tutti coloro che hanno contribuito alla sua cura e al suo trattamento.

- Articolo 7 Consenso

Come detto nel commento all'articolo precedente, una informazione precisa e adeguata alla personalità e alle capacità intellettuali del paziente, oltre che un dovere di ogni operatore sanitario costituisce la premessa indispensabile per l'ottenimento del consenso dell'interessato.

Premessa che non è fondata la pretesa dell'operatore di curare ad ogni costo il paziente, si deve concludere che ogni prestazione sanitaria preventiva diagnostica e terapeutica è lecita solo se fornita col consenso espresso e consapevole dell'interessato.

Il consenso ha dunque la duplice funzione di rendere lecito un atto, di per sè stesso lesivo del diritto del paziente o addirittura illecito (es. operazione chirurgica che, senza il consenso dell'operato può configurare il reato di lesioni semplici o colpose, previste dagli articoli 123 e 125 CPS) e di concretizzare l'espressione del diritto del paziente e la protezione della sua personalità dal pericolo di lesione da parte dell'operatore sanitario, tramite l'esecuzione di prestazioni non autorizzate.

Ovviamente per gli interventi di secondaria importanza e di rischio limitato per il paziente (misura temperatura, pressione, auscultazione ecc.) il consenso è presunto implicito nell'atto con cui si richiede l'intervento dell'operatore sanitario. Più il rischio aumenta e maggiore è la necessità che il consenso sia espresso e possa venir provato in seguito.

Quindi per interventi cruenti e invasivi quali operazioni chirurgiche, iniezioni ecc. il consenso dell'interessato dovrà essere ottenuto di volta in volta e, in caso di necessità, fornito per iscritto per poter essere provato anche in seguito. Esso presuppone tuttavia sempre una adeguata informazione senza la quale, nella maggioranza dei casi, il consenso non potrà essere dato in modo cosciente.

Il consenso dell'incapace di discernimento è sostituito da quello del rappresentante legale.

Per evitare ritardi o intralci nelle situazioni di emergenza e che richiedono decisioni immediate, è introdotta dal cpv. 3 di questo articolo una presunzione del consenso per le prestazioni urgenti e necessarie anche in caso di temporanea incapacità dell'interessato.

- Articolo 8 b) minorenni

Il requisito del consenso pone qualche delicato problema nei confronti dei minorenni.

Evidentemente la capacità di discernimento non coincide con la maggior età. Secondo una giurisprudenza ormai consolidata, se scelte di carattere economico presuppongono la maggiore età, decisioni più semplici e di più immediata valutazione come quelle in ordine alla salute e alla malattia, possono essere effettuate validamente anche da fanciulli. Tenendo presente la giurisprudenza prevalente e il criterio dell'articolo 303 CCS si è ritenuto che il consenso all'esecuzione di prestazioni sanitarie possa essere dato validamente anche dai minorenni con più di sedici anni.

In età inferiore è richiesto il consenso dei genitori o del rappresentante legale anche se ovviamente l'indicazione e l'opinione del minorenne comunque capace di discernimento dovranno essere tenute nella dovuta considerazione. L'autorizzazione all'esecuzione di prestazioni sanitarie urgenti a minorenni prescindendo dal loro consenso, conformemente al cpv. 3 di questo articolo, corrisponde alla presunzione prevista dall'articolo 7 cpv. 3.

- Articolo 9 Dimissioni

Si tratta di un corollario dell'articolo 7. Come è necessario il consenso dell'interessato per rendere lecite le prestazioni degli operatori sanitari così si deve ammettere che l'utente capace di discernimento possa revocare in ogni momento anche un consenso già dato. Di conseguenza, ogni paziente, può interrompere una cura, rifiutare certe prestazioni e dimettersi da strutture sanitarie.

- Articolo 10 Ricerca e sperimentazione

La sperimentazione in special modo sull'uomo con i delicati problemi che comporta presuppone requisiti di attendibilità, sicurezza e quindi una infrastruttura scientifico-tecnologica collaudata. La norma offre un criterio di definizione della sperimentazione che obbedisce all'imperativo di permettere e sottomettere la ricerca a condizioni rigorose ed a requisiti oggettivamente verificabili definiti preventivamente in un programma particolare. La disposizione esclude dunque che, un trattamento di efficacia non ancora sufficientemente comprovata, fornito individualmente, ad esempio nell'ambito dell'esercizio di arte medica, possa essere qualificato come ricerca o sperimentazione.

L'Autorità cantonale si riserva in ogni caso il potere di verifica dei fondamenti etici e scientifici, mediante il ricorso ad esperti.

Il cpv. 3 della disposizione fornisce inoltre una esemplificazione dei tipi di sperimentazioni più significativi e comuni.

- Articolo 11 b) consenso

Accettare di partecipare ad una sperimentazione o ricerca, definita ai sensi dell'articolo precedente, comporta un rischio obiettivamente più elevato di quello insito in ogni prestazione sanitaria.

Affinchè il diritto individuale del paziente non sia leso, oltre il consenso consapevole dell'interessato, occorre garantire che questi possa ritirarlo ogni qualvolta venga a mancare la disponibilità individuale ad affrontare questa situazione.

La validità del consenso dipende poi dalla capacità di chi lo dà di valutare concretamente e con cognizione di causa i rischi noti o ipotetici legati alla sperimentazione e di assumerne tutte le conseguenze.

Per queste considerazioni il cpv. 2 pone dei requisiti rigorosi a cui è subordinata la validità dell'accettazione di partecipare alla sperimentazione.

Nel caso della donna incinta, oltre al rischio della stessa, a tutela della personalità del nascituro, la partecipazione alla sperimentazione è ammessa solo con particolare considerazione della salute del nascituro.

Per le stesse argomentazioni il cpv. 3 dell'articolo in esame pone un limite alle sperimentazioni sull'incapace di discernimento. Considerato che il consenso reso del rappresentante legale implica la disponibilità di un diritto di cui egli non è titolare personalmente, la sperimentazione può essere autorizzata solo in vista di un miglioramento delle condizioni di salute con esclusione di un rischio senza adeguata contropartita.

Per ovvie ragioni etiche la sperimentazione non può essere subordinata a compensi (cpv. 4). Chi ha accettato di collaborare ad una sperimentazione ha diritto ad ottenerne la certificazione nella sua cartella clinica, con tutti i dettagli del caso. A complemento di questi principi di base, considerato anche la rapida evoluzione di questi criteri, il cpv. 5 della disposizione in esame, prevede che il Governo cantonale possa dichiarare applicabili raccomandazioni o direttive federali o dell'Accademia svizzera delle scienze mediche già attualmente correntemente applicate.

- Articolo 12 c) consenso dei minorenni

Questa disposizione rende applicabili anche alla sperimentazione sui minorenni gli stessi principi contenuti negli articoli precedenti, con la riserva della esigenza del consenso scritto del rappresentante legale. La maggior severità rispetto ai requisiti prescritti dall'articolo 8 è motivata dal maggior grado di rischio insito nella sperimentazione e dalla superiore difficoltà a valutarne a fondo le conseguenze. Come nel caso delle prestazioni sanitarie non si può prescindere dal consenso del minore capace di discernimento.

- Articoli 13 e 14 Inseminazione artificiale Sterilizzazione volontaria a fini contraccettivi

In questi articoli, data la complessità, la delicatezza e la rapida evoluzione scientifica delle problematiche da disciplinare, si è ritenuto che la soluzione più conveniente fosse di evitare di ancorare nella legge dei principi rigidi e difficilmente aggiornabili. Di conseguenza si è optato per la delega al Consiglio di Stato del potere di rendere applicabili direttive o raccomandazioni federali o emanate dall'Accademia svizzera delle scienze mediche.

- Articolo 15 Prelievo e trapianto di organi e tessuti umani

La esigenza di disciplinare il prelievo di organi da trapiantare si è manifestata soprattutto negli ultimi decenni a seguito del perfezionamento delle tecniche operatorie e dello sviluppo di farmaci capaci di inibire considerevolmente le reazioni immunologiche (rigetto).

I criteri contenuti in questa disposizione sono tut'avia già ampiamente riconosciuti e collaudati non solo in Svizzera ma a livello mondiale.

Per prelievi da vivi è indispensabile una informazione molto accurata del donatore, non solo sui rischi a cui va incontro ma anche sui possibili benefici per il ricevente. In considerazione dei rischi e del margine non trascurabile di possibilità di insuccesso del trapianto, sono esclusi i prelievi di organi da persone incapaci di discernimento e da minorenni fatta eccezione per il caso molto particolare dei gemelli monovulari, fra i quali l'alta compatibilità dei tessuti accresce la probabilità di successo fino a rendere accettabile il rischio. Per il prelievo di organi di cadaveri è richiesta soprattutto dal cpv. 5 la garanzia che l'accertamento della morte del donatore sia eseguito da un medico estraneo all'équipe interessata al trapianto. Il cpv. 4 prescrive inoltre la condizione alternativa della disposizione per il trapianto data dal defunto oppure la non opposizione unitamente al consenso di una persona prossima, nel senso esaminato nel commento all'articolo 6. Infine come nel caso della sperimentazione (articolo 11) i criteri possono essere completati dalla dichiarazione di obbligatorietà di direttive o raccomandazioni federali o dell'Accademia svizzera delle scienze mediche.

- Articolo 16 Autopsie

Spesso gli operatori sanitari degli istituti ospedalieri sono confrontati col problema dell'esecuzione di autopsie su pazienti ivi deceduti, allo scopo di chiarire le cause dei decessi o di accertare gli esiti degli interventi terapeutici intrapresi.

Anche la soluzione adottata in questo caso è conforme alla giurisprudenza in materia di protezione della personalità. Inoltre con la creazione di una precisa base legale che ammette l'autopsia salvo l'opposizione manifestata dal defunto o dalle persone prossime, si evita al medico ospedaliero l'imbarazzante necessità di doversi come finora, rivolgere ai parenti in momenti e circostanze molto delicate. La disposizione è completata al cpv. 3 dal potere conferito al Medico cantonale di ordinare d'autorità un'autopsia in caso di dubbi sulle cause della morte.

- Articolo 17 Prestazioni sanitarie

Come nella legislazione precedente è sancito l'obbligo per gli operatori sanitari di dare le loro prestazioni secondo i principi generali a cui si ispira la Legge. Tale obbligo vale soprattutto in situazioni di urgenza ed esclude ogni subordinazione a condizioni che possono comportare discriminazioni personali.

- Articolo 18 Obiezione di coscienza

L'obiezione di coscienza riguardante prestazioni sanitarie contrastanti con le convinzioni etiche o religiose dell'operatore è ammessa, secondo la giurisprudenza in materia di protezione della personalità, a condizione che non comprometta le funzionalità di strutture o servizi pubblici e che non ne derivi un grave od imminente pericolo per la salute dell'utente.

L'obiettore secondo il cpv. 2 non deve essere oggetto di discriminazione o penalizzato per le sue convinzioni.

- Articolo 19 Strutture sanitarie stazionarie

Questa disposizione tutela i diritti costituzionali di pazienti ricoverati in strutture ospedaliere in particolare il diritto di riunione, di visita e alle relazioni personali.

Quale caso particolare di tutela delle libertà individuali è sancito il diritto all'assistenza spirituale e all'accompagnamento alla morte. Di conseguenza al paziente terminale non potrà essere preclusa la vicinanza dei famigliari. In generale le prescrizioni sulle visite ai pazienti ricoverati devono essere fondate su esigenze sanitarie e organizzative per evitare inutili limitazioni ai diritti garantiti costituzionalmente.

- Articolo 20 Segreto professionale

L'articolo riprende la disposizione in vigore con opportune precisazioni e completazioni. Esso applica e si fonda in parte sull'articolo 321 CPS.

Il cpv. 3 attribuisce al Medico cantonale il potere di liberare, previa valutazione di merito, gli operatori sanitari dal segreto professionale, alle condizioni prescritte dalla norma penale sopraccitata. Questa soluzione è adottata dalle legislazioni sanitarie della maggior parte dei Cantoni. Il cpv. 4 ha carattere dichiarativo ed enumera le eccezioni all'obbligo del segreto ai sensi dell'articolo 321 cpv. 3 fondate sul diritto cantonale. E' pure compresa la raccolta dei dati epidemiologici, a condizione che sia garantito l'anonimato degli utenti.

- Articolo 21 - Ricorso e legittimazione

La violazione dei diritti dei pazienti e degli obblighi di comportamento a carico delle istituzioni e degli operatori sanitari, previsto da questo capitolo può essere denunciato ad una apposita Commissione di vigilanza.

Per salvaguardare il più possibile i diritti individuali e il reale interesse dell'utente, la Commissione non interviene d'ufficio ma solo su iniziativa espressa degli interessati, dei rappresentanti legali e delle persone prossime.

T i t o l o III

Organizzazione e Autorità competenti

Ad eccezione della Commissione di vigilanza di cui all'articolo 24 del progetto tutte le altre istanze e autorità previste in questo Titolo mantengono pressochè intatte le competenze che la Legge attuale ha loro attribuito.

Da menzionare è il fatto che questo progetto di Legge non prevede particolari commissioni consultive, di coordinamento, di studio o di ispezione, ma lascia al Consiglio di Stato la facoltà di istituirne (articolo 22 cpv. 3) laddove ve ne sia necessità o qualora le circostanze lo richiedono. Infatti l'esperienza ha dimostrato che Commissioni previste dall'attuale legislazione sanitaria non sono praticamente mai state convocate o sono divenute obsolete a seguito della modifica delle circostanze e delle situazioni che ne avevano fatto, a suo tempo, reputare necessaria l'istituzione.

Anche la composizione delle Commissioni con particolari figure professionali o di rappresentanza può essere meglio stabilita di volta in volta secondo necessità.

Una collaborazione particolare tra Ente pubblico e persone di diritto privato è prevista all'articolo 31 che dà la facoltà allo Stato di delegare, a dette Associazioni compiti in campo sanitario. Le modalità della collaborazione dovranno essere definite da speciali convenzioni che indicheranno in particolare il campo di attività, le funzioni pubbliche attribuite e il grado di autonomia riservato.

Rispetto al progetto sottoposto a procedura di consultazione è stato tolta (articolo 29) la prevista commissione di salubrità comunale che, all'interno di ciascun Comune, era chiamata ad assolvere compiti di polizia sanitaria e di promozione della prevenzione. Questa istanza era infatti suscettibile di appesantire il processo decisionale all'interno del Comune ed era avulsa all'assetto istituzionale.

Particolare attenzione meritano

- Articoli 24 e 25 Commissione di vigilanza

La Commissione di vigilanza, incaricata della tutela dei diritti dei pazienti è provvista di sole competenze di accertamento e propositive; anche per evitare il sovrapporsi di competenze e soprattutto per non creare nuovi organi amministrativi con poteri decisionali. Le sue pronunce non sono quindi soggette a ricorso. Una pronuncia della Commissione di vigilanza può servire da segnalazione all'istanza amministrativa competente all'adozione dei provvedimenti necessari a prevenire o a fare cessare la lesione dei diritti individuali ma soprattutto quale accertamento di portata morale oppure pregiudiziale per una azione innanzi al Giudice civile fondata sulle norme di diritto privato di protezione della personalità.

La Commissione deve dunque assumere una particolare autorevolezza tra gli operatori sanitari, atta a scoraggiare violazioni dei diritti dei pazienti enunciati nel Titolo II.

Pertanto è nominata dal Consiglio di Stato tenendo conto di queste esigenze e contemporaneamente della necessità di decisioni e procedure particolarmente rapide e semplificate.

- Articolo 30 Ordini

Una perizia giuridica affidata al Prof. Marco Borghi dal Consiglio di Stato nell'ambito dell'esame dei nuovi statuti dell'Ordine dei Medici del Cantone Ticino avanzava dubbi sulla costituzionalità dell'Ordine e sulle norme della vigente Legge sanitaria che lo istituiscono. Secondo il Prof. Borghi la qualità di corporazione coattiva di diritto pubblico dell'OMCT (e quindi di tutti gli altri Ordini), impedisce a questo sindacato obbligatorio di esprimere liberamente la propria opinione, in specie quelle pubbliche, prevaricando quella dei singoli membri, ciò sarebbe dovuto al fatto che la coattività della partecipazione dei medici all'OMCT, cioè la sua natura di sindacato obbligatorio, si manifesta, nell'impossibilità per i membri di dimissionare in occasione di una presa di posizione pubblica da cui dovessero dissentire.

Il progetto qui presentato si differenzia da quello sottoposto a procedura di consultazione (che prevedeva lo scioglimento di tutte queste corporazioni coattive di diritto pubblico) poichè lascia a ciascuna categoria di operatori sanitari la libertà di scelta se organizzarsi nella forma dell'Ordine quindi della corporazione coattiva di diritto pubblico. L'Ordine potrà essere costituito unicamente se una maggioranza qualificata dei due terzi degli operatori autorizzati ad esercitare in modo indipendente la professione opererà per questa scelta.

T i t o l o I V

Prevenzione

Si è già detto (vedi pagine 26 e 27) dell'importanza della prevenzione e dell'educazione per la salute nonché della definizione data all'articolo 34. Rispetto al progetto sottoposto a procedura di consultazione le disposizioni concernenti la salubrità dell'ambiente (articoli da 37 a 40) sono stati drasticamente ridotti (da diciotto articoli a quattro) poiché essi sono più materia di regolamento di applicazione che di legge quadro. Quest'ultima prevede invece le indispensabili basi legali per quanto attiene l'igiene degli stabili e delle costruzioni, l'erogazione dell'acqua potabile e la polizia mortuaria.

Le disposizioni concernenti l'immunizzazione e la lotta alle malattie trasmissibili nonché sulla protezione sanitaria nella scuola (articoli da 41 a 47) non differiscono sostanzialmente dalle norme attualmente in vigore. Osserviamo unicamente che, sull'esempio della quasi totalità dei Cantoni svizzeri tutte le vaccinazioni saranno facoltative, è comunque lasciata la facoltà al Consiglio di Stato e al Medico cantonale di obbligare alle vaccinazioni quando la situazione sanitaria e epidemiologica lo esige. Rileviamo infine che la protezione sanitaria nella scuola è estesa, per quanto attiene al Servizio dentario scolastico, assicurando così una parità di trattamento nell'ambito di un servizio che ha assunto negli ultimi anni un carattere fortemente profilattico ed educativo.

Particolare attenzione meritano

- Articolo 37 Pericolo imminente

Questa disposizione codifica sostanzialmente il principio ammesso concordemente da dottrina e giurisprudenza della clausola generale di polizia (cfr. Grisel: *Traité de droit administratif*, pag. 86).

Allo scopo di determinare il più possibile le varie ipotesi di interventi di polizia sanitaria, in funzione soprattutto della protezione della vita della salute pubblica e della qualità dell'ambiente di vita e di lavoro, il cpv. 1 contiene un elenco esemplificativo dei casi più significativi per i quali è opportuno creare una base legale espressa. Ovviamente contro queste decisioni è ammesso ricorso al Tribunale cantonale amministrativo e sono pure riservate le disposizioni particolari previste dalla Legge sullo stato di necessità.

- Articoli da 48 a 53 Malattie sociali, di larga diffusione tossicodipendenze e incidenti

A differenza del progetto di Legge trasmesso in consultazione è stato stralciato il divieto di qualsiasi forma di pubblicità per bevande alcoliche e tabacco sui beni demaniali appartenenti ad enti pubblici come pure su quelli di proprietà di persone fisiche o giuridiche di diritto privato che beneficiano di sussidi dello Stato. E' tuttavia stata mantenuta la possibilità selettiva di imporre restrizioni e divieti alla pubblicità qualora le circostanze lo dovessero giustificare e nel rispetto delle disposizioni legali federali e cantonali.

Si è così preferito in questo caso soprassedere a divieti che possono anche essere mal compresi preferendo intervenire tramite l'educazione sanitaria promuovendo così la libertà di scelta.

Alcune disposizioni tuttavia, in specie contro il fumo in luogo chiuso, tendono a salvaguardare i diritti dei non-fumatori a non essere costretti ad aspirare i prodotti della combustione del tabacco (articoli 52 e 53). Destinate particolarmente alla protezione della gioventù sono invece i disposti dell'articolo 51 cpv. 1 e 53 cpv. 2.

Va infine osservato come una recentissima sentenza del Tribunale federale ha accolto la disposizione di cui all'articolo 51 cpv. 2 che fa obbligo agli esercenti di mettere a disposizione della clientela almeno tre bevande analcoliche ad un prezzo inferiore di quello della bevanda alcolica più economica. Quest'ultima disposizione, tolta dalla legislazione del Cantone di Basilea Città, non è quindi contraria al principio della libertà di industria e di commercio.

Titoli V e VI

Operatori sanitari e strutture sanitarie

Si è già detto precedentemente (pagine 25) delle premesse che stanno alla base del perfezionamento delle disposizioni di polizia sanitaria che disciplinano le attività degli operatori sanitari e l'esercizio di strutture sanitarie. Per queste ultime la principale innovazione consiste (articoli 80 e 82) nell'estensione della vigilanza a qualsiasi struttura che distribuisca o attui, a utenti degenti o ambulanti, prestazioni o terapie sanitarie nonché alla necessità di chiedere un'autorizzazione anche per l'esercizio di case di cura o di riposo per anziani, di convalescenziari e di cronicari.

Innovano, rispetto al diritto vigente, le disposizioni concernenti la durata dell'autorizzazione (articolo 61), quelle concernenti gli operatori sanitari ausiliari e i guaritori (articoli 63 e 64), la definizione dei limiti di competenza a dare le prestazioni e l'obbligo dell'aggiornamento (articolo 65) nonché le disposizioni concernenti il comparaggio (articolo 72), già commentate alle pagine 28 e 29 precedenti. Osserviamo in particolare che nella rielaborazione delle disposizioni dei Titoli V e VI sono state abbondantemente accolte le osservazioni degli Ordini e Associazioni professionali espresse in occasione della procedura di consultazione che hanno tra l'altro permesso un miglioramento del progetto di Legge.

Particolare attenzione meritano

- Articolo 57 cpv. 2 Requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione ad esercitare una professione sanitaria

Prevede segnatamente la possibilità di dare l'autorizzazione all'esercizio alla professione di medico, dentista, farmacista, assistente farmacista e veterinario anche a coloro che hanno superato l'esame finale degli studi di medicina e farmacia in una università svizzera e questo anche se non posseggono il requisito della nazionalità svizzera indispensabile per l'ottenimento del diploma federale. La condizione posta agli stranieri richiedenti è quella che siano cresciuti e domiciliati nel Cantone Ticino. Quest'ultimo requisito è stato introdotto dopo la procedura di consultazione. Infatti il progetto iniziale prevedeva la concessione dell'autorizzazione anche agli stranieri che non erano cresciuti o domiciliati nel Cantone Ticino il che avrebbe potuto significare una "concentrazione" nel nostro Cantone di postulanti provenienti da tutta la Svizzera. L'attestato che certifica la conclusione degli studi di medicina in una università svizzera è pertanto parificato, dal punto di vista della Legge cantonale, al possesso del diploma federale. Una discriminazione tra svizzeri e stranieri che hanno effettuato i medesimi studi non si giustifica. Osserva il dott. Righetti nella perizia 2 ottobre 1981 che il Consiglio di Stato gli ha commissionato su diversi problemi giuridici attinenti l'esercizio della professione medica nel Cantone:

"... il regolamento del Consiglio federale sugli esami federali per le arti sanitarie del 22 dicembre 1964 è improntato ad un rigido protezionismo a favore dei cittadini svizzeri.

... la rigidità di queste norme è criticabile, poichè è sempre meno conciliabile con le esigenze della convivenza internazionale, particolarmente nel settore delle arti sanitarie, dove, ancor più che in altre attività, determinante non è il passaporto ma la capacità professionale, essendo i beni da proteggere la vita e la salute delle persone ... l'emarginazione è urtante quando trattasi di stranieri che risiedono durevolmente in Svizzera, qui hanno compiuto i loro studi per il conseguimento della maturità e i loro studi universitari, qui hanno superato gli esami federali, e malgrado questo non ricevono il diploma federale, ma semplicemente un attestato. ... ritengo che il Ticino dovrebbe compiere un passo decisivo di parificazione giuridica parificando ai professionisti in possesso del diploma federale i professionisti stranieri in possesso dell'attestato che prova il superamento dell'esame federale. Nessun interesse pubblico degno di tale nome giustifica il mantenimento di una discriminazione tra coloro che hanno superato l'esame federale".

T i t o l o VIII

Tasse procedure e contravvenzioni

Si tratta di disposizioni che corrispondono essenzialmente al disciplinamento vigente delle infrazioni alla legislazione sanitaria.

Queste sono classificate come contravvenzioni, punibili con sanzioni pecuniarie, e quindi perseguibili in via amministrativa.

Il limite massimo della multa è stato elevato nell'articolo 96 a 100'000.- franchi. In relazione all'articolo 109 CPS è prevista la punibilità anche del tentativo e dell'istigazione.

L'apparato delle sanzioni è poi completato, come nella Legge in vigore, con gli articoli 97 e 98 che prevedono la possibilità di confisca di cose e oggetti che sono serviti a commettere le contravvenzioni e di adozione, se del caso coattiva, dei provvedimenti necessari al ripristino della legalità, anche indipendentemente della inflizione delle sanzioni pecuniarie di cui all'articolo 96.

La possibilità di devoluzione allo Stato di profitti illeciti è ripresa dall'articolo 58 CPS e ad esempio della legislazione federale in materia di stupefacenti.

L'articolo 98 porta a cinque anni il termine della prescrizione assoluta delle contravvenzioni, che attualmente è di due anni, e che la prassi amministrativa ha spesso portato a ritenere troppo breve.

L'articolo 100 è una norma di polizia che disciplina in modo più restrittivo rispetto alla Legge in vigore, l'accesso ai luoghi in cui si esercita una attività soggetta a vigilanza. Tale diritto è riservato ai soli funzionari designati espressamente dal Consiglio di Stato.

Onorevoli signori, Presidente e Cpsiglieri, tenuto conto di quanto precede vi invitiamo a voler approvare il disegno di Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) qui allegato.

Vogliate gradire, onorevoli signori Presidente e Consiglieri, l'espressione della massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, R. Respini
p.o. Il Cancelliere, A. Crivelli

Disegno di

LEGGE

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

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone del Ticino

visto il messaggio 16 settembre 1986 n. 3083 del Consiglio di
Stato,

d e c r e t a :

TITOLO I - PRINCIPI GENERALI

Articolo 1

Campo d'applicazione

¹ Questa legge definisce e coordina la politica sanitaria del Cantone e stabilisce le disposizioni di polizia sanitaria.

² Sono riservate le leggi speciali, il diritto federale, nonché le convenzioni intercantionali e internazionali in materia sanitaria con effetto normativo.

Articolo 2

Scopo

¹ Lo Stato promuove la salute della popolazione quale bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività nel rispetto della libertà, dignità e integrità della persona umana.

² A tale scopo esso promuove, in modo coordinato, favorendo l'assunzione della responsabilità individuale e collettiva dei cittadini, la prevenzione della malattia, il mantenimento ed il recupero della salute di tutti i cittadini senza distinzione di condizione individuale e sociale, creando le premesse affinché siano garantite prestazioni, servizi ed interventi di qualità a costi economici e finanziari sopportabili.

³ Nell'attuazione di questi scopi lo Stato si avvale della collaborazione dei Comuni, di altri enti pubblici nonché di persone fisiche e giuridiche di diritto privato, in particolare degli operatori sanitari, promuovendo la solidarietà a livello cantonale.

Articolo 3

Mezzi

Nei limiti dell'articolo 4, gli scopi previsti all'articolo 2 sono conseguiti mediante

a) la protezione delle libertà individuali degli utenti e della loro integrità psicofisica;

- b) l'educazione e la promozione della salute della popolazione;
- c) l'immunizzazione volontaria della popolazione e, all'occorrenza, coattiva nonchè la lotta contro le malattie trasmissibili;
- d) la promozione della diagnosi precoce delle malattie facilmente curabili e delle affezioni dell'età prescolare nonchè la lotta alle malattie sociali, a quelle di larga diffusione e alle tossicodipendenze;
- e) la diagnosi e la cura degli stati di morbilità e di invalidità nonchè la riabilitazione;
- f) la vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie e sull'attività dei servizi e delle strutture sanitari nonchè la vigilanza sulla produzione, il commercio, la distribuzione e la vendita al pubblico di agenti terapeutici;
- g) la formazione professionale di base e continua di operatori della salute;
- h) l'adozione di provvedimenti d'urgenza per fronteggiare situazioni di emergenza sanitaria.

Articolo 4
**Coordinamento
 e principi
 pianificatori**

¹Per conseguire gli scopi di questa legge lo Stato assicura il coordinamento ottimale degli strumenti e delle risorse disponibili.

²Esso, nei limiti del cpv. 3 di questo articolo, può sussidiare, partecipare alla gestione e, ove ve ne sia necessità, gestire in modo autonomo servizi e strutture sanitari di prevenzione, di assistenza domiciliare, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, di ricerca e di formazione.

³Esso deve in particolare tenere conto

- a) dei bisogni sanitari effettivi ed accertati della popolazione;
- b) della disponibilità attuale e a medio termine di operatori sanitari, di servizi e di strutture sanitari pubblici, d'utilità pubblica e privati sia a livello regionale, sia cantonale e nazionale nonchè delle risorse autoterapeutiche della popolazione;
- c) delle possibilità di coordinamento e di integrazione territoriale e funzionale dei servizi e strutture esistenti in particolare di quelli gestiti o sussidiati dallo Stato;

d) dei mezzi finanziari a disposizione.

Il Consiglio di Stato deve in particolare stabilire nelle linee direttive le priorità d'intervento, ottimalizzando, per l'insieme delle scelte e per ciascuna di esse, il rapporto tra i costi e i benefici sanitari per la collettività.

Esso tiene conto delle pianificazioni settoriali ed assicura il coordinamento con la pianificazione cantonale.

TITOLO II - DIRITTI INDIVIDUALI

Articolo 5

Generalità

¹Ogni persona, nei limiti degli articoli 2 e 4 di questa legge, ha diritto a prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute.

Esse dovranno essere adeguate alla esigenza di cura nel rispetto dei principi della libertà, dignità e integrità della persona umana e tenere conto, oltre al criterio di efficacia sanitaria, anche del principio dell'economicità.

²Sono riservate le disposizioni concernenti l'immunizzazione, la cura e gli altri provvedimenti coattivi previsti agli articoli 41, 42 e 43 di questa legge.

Articolo 6

Informazione

a) generalità

¹Ogni operatore sanitario, nell'ambito delle proprie competenze professionali, è tenuto a informare l'utente sulla diagnosi, il piano di cura, i possibili rischi nonché su eventuali trattamenti alternativi scientificamente riconosciuti.

L'informazione deve essere data in modo chiaro ed accessibile all'utente e tenere conto, in specie nella comunicazione della diagnosi, della sua personalità.

Essa non deve essere suscettibile di portare pregiudizio allo stato psicofisico dell'utente o compromettere l'esito della cura. In tale caso l'informazione può essere data, quando l'interesse del paziente lo esige, ad una persona prossima.

b) incapace di discernimento

²Se l'utente è incapace di discernimento l'informazione deve essere data al rappresentante legale o, in difetto, ai parenti o alle persone che ne hanno cura.

c) cartella sanitaria

³L'utente ha la facoltà, previa domanda scritta e nei limiti di tempo stabiliti all'art. 68 cpv. 4, di consultare presso ogni operatore sanitario, servizio o altra struttura sanitaria, la cartella sanitaria e gli altri documenti sanitari oggettivi che lo concernono come pure di ottenerne copia. La cartella sanitaria

deve essere tenuta conformemente alle disposizioni dell'art. 68. L'utente ha la facoltà di chiedere la correzione di eventuali errori dei dati e delle informazioni oggettive che lo concernono.

E' riservato il cpv. 4.

⁴L'operatore sanitario non è tenuto a portare a conoscenza o a mettere a disposizione dell'utente le informazioni sanitarie pervenutegli da parte di terzi (ad esclusione dei dati oggettivi di analisi di laboratorio, di accertamenti radiologici o altri) nonché le osservazioni personali.

⁵L'utente ha diritto di conoscere le generalità e le qualifiche professionali di ogni operatore sanitario che partecipa o interviene nella cura o nel trattamento.

Articolo 7

Consenso

a) maggiorenni

¹Il consenso cosciente dell'utente è necessario per qualsiasi prestazione sanitaria (preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa) propostagli. Salvo opposizione manifesta, il consenso è presunto per ogni prestazione sanitaria non invasiva o che non comporta un rischio rilevante per il paziente o che non è suscettibile di invadere la sfera intima dell'utente.

²Il consenso dell'utente incapace di discernimento è dato dal rappresentante legale o dai parenti.

³In caso di imminente pericolo di morte o di grave menomazione per l'utente e di contemporanea incapacità momentanea o durevole di discernimento, il consenso è presunto.

Articolo 8

b) minorenni

¹Le disposizioni previste all'art. 7 sono applicabili anche ai minorenni che hanno compiuto il sedicesimo anno di età.

²Se l'utente è di età inferiore ai sedici anni il consenso è dato dal rappresentante legale.

E' riservato il capoverso 3 di questo articolo.

³Una prestazione sanitaria può essere attuata a un minore di sedici anni senza il consenso del rappresentante legale in caso di imminente o non altrimenti evitabile pericolo di morte o di grave menomazione dell'utente.

Articolo 9

Dimissioni

¹ L'utente capace di discernimento può interrompere in ogni tempo una cura, rifiutare prestazioni sanitarie o dimettersi da una struttura stazionaria.

E' riservato l'articolo 8.

² Se all'interruzione, al rifiuto o alla dimissione ostano motivi di ordine sanitario che possono mettere in pericolo la salute dell'utente, quest'ultimo, su richiesta del o degli operatori sanitari interessati, è tenuto a liberarli per iscritto da ogni responsabilità.

Articolo 10

Ricerca e sperimentazione *a) definizione*

¹ Costituisce sperimentazione e ricerca secondo questa legge ogni prestazione sanitaria la cui efficacia non risulta ancora comprovata scientificamente. Esse devono essere attuate nell'ambito di specifici programmi prospettivi di ricerca.

Questi ultimi devono essere comunicati al Consiglio di Stato che può, all'occorrenza, farne verificare fondamenti etici e scientifici.

² Sono in particolare considerate sperimentazione e ricerca

a) la somministrazione a utenti di medicinali, specialità farmaceutiche o altri agenti terapeutici che non sono al beneficio di una registrazione valida dell'Ufficio intercantonale di controllo dei medicinali

b) la partecipazione a studi e ricerche sperimentali attuati con il metodo del "doppio cieco".

Articolo 11

b) consenso

¹ Per ogni sperimentazione e ricerca sull'uomo sano o ammalato, come pure per la presentazione pubblica a scopo didattico, è necessario il consenso scritto dell'utente.

Egli ha la facoltà di ritirarlo, anche verbalmente, in ogni momento.

² Il consenso è valido solo se l'utente è capace di discernimento ed è stato informato sulla natura, l'importanza, la portata e i rischi conosciuti o ipotizzabili della ricerca o della sperimentazione nonché, in particolare, sulla relazione esistente tra la ricerca e sperimentazione e il suo stato di salute. Per sperimentazioni sulla donna incinta si deve in particolare avere riguardo alle conseguenze sulla salute per il nascituro.

³L'utente incapace di discernimento può essere oggetto unicamente di sperimentazioni suscettibili di migliorare il suo stato di salute. Il consenso previsto ai capoversi 1 e 2 è dato dal rappresentante legale o, in difetto, dai parenti o da chi ne ha cura.

⁴Chi si sottopone alla sperimentazione deve dare il suo consenso gratuitamente. Può essere unicamente riconosciuta una indennità a titolo di rimborso delle spese effettive e per perdita di guadagno.

⁵La cartella sanitaria dell'utente deve menzionare il tipo o il genere di sperimentazione e ricerca cui egli è stato oggetto.

⁶Per quanto non previsto dagli articoli 10 e 12 e da questo articolo, il Consiglio di Stato può dichiarare applicabili, in tutto o in parte, raccomandazioni o direttive approvate dalla Confederazione o dall'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Articolo 12

c) consenso dei minorenni

¹Per sperimentazioni e ricerche diagnostiche e terapeutiche su minorenni il consenso deve essere dato per scritto dal rappresentante legale o, in difetto, da una persona prossima. E' applicabile per analogia l'art. 11 cpv. 1, 2 e 3.

²E' pure necessario il consenso scritto del minore se egli è in grado di riconoscere la natura, l'importanza, la portata e i rischi conosciuti o ipotizzabili della ricerca o della sperimentazione nonché la relazione esistente con il suo stato di salute.

Articolo 13

Inseminazione artificiale

Il Consiglio di Stato può dichiarare applicabili, in tutto o in parte, raccomandazioni o direttive approvate dalla Confederazione o dall'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Articolo 14

Sterilizzazione volontaria a fini contraccettivi

Riservato l'articolo 122 CPS, il Consiglio di Stato può dichiarare applicabili, in tutto o in parte, raccomandazioni o direttive approvate dalla Confederazione o dall'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Articolo 15

Prelievo e tra- pianto di organi e tessuti umani

¹Il donatore deve essere informato sui rischi e le conseguenze del prelievo e sui reali benefici per il ricevente e dare per iscritto il consenso cosciente al prelievo.

² Il consenso scritto del rappresentante legale è necessario per procedere a un prelievo di organi o di tessuti da un minore consenziente. E' escluso il prelievo da una persona incapace di discernimento.

³ E' vietato il prelievo di organi e tessuti non rigenerabili dai minori. Eccezioni possono essere consentite per trapianti tra gemelli monovulari.

⁴ Si può procedere al prelievo di organi o tessuti da un cadavere se il defunto

a) aveva disposto per il prelievo, oppure se

b) non aveva manifestato un'opposizione e una persona prossima ha dato il consenso al prelievo.

⁵ Il certificato di morte deve essere allestito da un medico estraneo all'équipe di prelievo e di trapianto. La constatazione della morte deve essere conforme, salvo diversa decisione del Consiglio di Stato, alle direttive in vigore sulla definizione e la diagnosi della morte dell'Accademia svizzera della scienze mediche.

⁶ La donazione di organi o tessuti deve essere gratuita. Può essere unicamente riconosciuto un indennizzo quale rimborso delle spese effettive e per la perdita di guadagno.

⁷ Per quanto non previsto da questo articolo il Consiglio di Stato può dichiarare applicabili, in tutto o in parte, raccomandazioni o direttive approvate dalla Confederazione o dall'Accademia delle scienze mediche.

Articolo 16

Autopsie

¹ L'autopsia può essere effettuata se.

a) il defunto non aveva manifestato un'opposizione

b) le persone prossime non vi si oppongono.

² Le persone prossime possono ottenere una copia del parere autoptico.

³ Il Medico cantonale può ordinare l'autopsia quanto sussistono fondati motivi dell'esistenza di malattie trasmissibili o dubbi sulla causa della morte. Sono riservate le decisioni dell'autorità giudiziaria.

Articolo 17

*Prestazioni
sanitarie*

- ¹ Le prestazioni sanitarie devono essere date in conformità alle disposizioni previste dagli articoli 5 e 65.
- ² In particolare gli operatori sanitari non possono subordinare la concessione o l'esecuzione di prestazioni sanitarie urgenti a condizioni assicurative, sociali, religiose, di nazionalità o altre degli utenti. Sono riservate le disposizioni dell'articolo 18.

Articolo 18

*Obiezione di
coscienza*

- ¹ Nessun operatore sanitario può essere tenuto ad effettuare o a partecipare a prestazioni o terapie sanitarie incompatibili con le proprie convinzioni etiche o religiose. E' riservato il capoverso 4 di questo articolo.
- ² L'obiettore non può, per questi fatti, essere oggetto di discriminazione, punizione o penalità. All'occorrenza egli ha diritto, tenuto conto dei posti disponibili, al trasferimento presso altro operatore sanitario, servizio o struttura sanitaria ove non sono o non devono essere eseguite le prestazioni oggetto dell'obiezione.
- ³ L'obiettore è tenuto ad informare l'utente sulle possibilità esistenti di accesso alle prestazioni oggetto dell'obiezione.
- ⁴ In caso di grave e imminente pericolo per la salute dell'utente l'operatore sanitario obiettore è, se e è richiesto, comunque tenuto a dare la sua collaborazione.

Articolo 19

*Strutture sa-
nitarie stazio-
narie*

- ¹ Gli utenti di strutture sanitarie stazionarie hanno diritto di riunirsi, di mantenere relazioni personali, di corrispondere liberamente per posta e per telefono, di ricevere visite di parenti ed amici. In particolare essi hanno diritto all'assistenza spirituale e all'accompagnamento alla morte in specie da parte delle persone prossime. La degenza non deve privare l'utente di alcun diritto civile e costituzionale.
- ² Restrizioni concernenti le visite devono essere fondate unicamente su imperiosi motivi sanitari e/o organizzativi.
- ³ L'utente non può essere costretto ad alcuna attività lavorativa.
- ⁴ All'utente che svolge un'attività lavorativa all'interno della struttura sanitaria e per conto di essa deve essere corrisposto un equo salario.

Articolo 20
*Segreto profes-
sionale*

¹ Il segreto professionale ha lo scopo di proteggere la sfera privata dell'utente.

² Ogni operatore sanitario è tenuto, nell'interesse dell'utente, al segreto professionale. I funzionari e i privati che sono a conoscenza di segreti sanitari sono considerati ausiliari conformemente alle disposizioni dell'articolo 321, cpv. 1 del Codice Penale Svizzero e quindi soggetti all'obbligo del segreto professionale.

³ L'operatore sanitario è liberato dal segreto professionale solo con il consenso scritto dell'utente o per decisione del Medico cantonale. Quest'ultimo si pronuncia solo su richiesta scritta del detentore del segreto. Se l'utente è incapace di discernimento l'operatore è liberato su istanza del rappresentante legale.

⁴ Non soggiacciono all'obbligo del segreto professionale,

- a) le denunce obbligatorie previste all'articolo 69 cpv. 1
- b) le dichiarazioni e gli annunci obbligatori alle autorità, segnatamente quelli concernenti le malattie trasmissibili previste da leggi, regolamenti e ordinanze federali e cantonali
- c) le testimonianze obbligatorie secondo il Codice di procedura penale
- d) la raccolta e la comunicazione di dati statistici, epidemiologici, di morbilità o altri semprechè sia garantito l'anonimato degli utenti verso terzi.

Articolo 21
Ricorso e legittimazione

¹ La violazione dei diritti stabiliti da questo Titolo è denunciabile alla Commissione di vigilanza prevista all'articolo 24.

² La denuncia può essere presentata:

- a) dall'interessato
- b) dal suo rappresentante legale
- c) da ogni persona prossima.

TITOLO III - ORGANIZZAZIONE E AUTORITA' COMPETENTI

Articolo 22
*Consiglio di
Stato*

¹ Il Consiglio di Stato
- esercita l'alta vigilanza sull'esecuzione della legge

- assicura il coordinamento di tutta la politica sanitaria verificandone in particolare la compatibilità agli scopi, agli obiettivi e ai mezzi di questa legge
- adotta le decisioni che la legge gli conferisce
- emana i regolamenti di applicazione della legge
- designa il Dipartimento competente (detto di seguito Dipartimento).

² Sono riservate le competenze conferite ad altre istanze da leggi speciali cantonali o federali.

³ Il Consiglio di Stato, ove le circostanze lo richiedono, ha la facoltà di istituire commissioni consultive di coordinamento, di studio, di controllo o di ispezione.

Articolo 23

Dipartimento competente

¹ Il Dipartimento cura l'esecuzione di questa legge e dei regolamenti nonché delle altre leggi, regolamenti, convenzioni e ordinanze federali, intercantionali e cantonali in materia sanitaria.

² Sono riservate le competenze che la legislazione in materia sanitaria federale, intercantonale o cantonale attribuisce al Consiglio di Stato o ad altre autorità e istanze.

³ Il Dipartimento è coadiuvato nelle sue funzioni:

- a) dal Medico, dal Veterinario, dal Chimico, dal Batteriologo, dal Patologo e dal Farmacista cantonali, nonché dai medici delegati e scolastici
- b) dai servizi e strutture sanitari dello Stato, dalle commissioni nonché dalle altre istanze tecniche, consultive o di coordinamento decise dal Consiglio di Stato o previste da questa legge o da leggi speciali
- c) dai Comuni e da altri Enti pubblici che operano in campo sanitario
- d) dagli Ordini e dalle Associazioni degli operatori sanitari
- e) dalle persone fisiche o giuridiche di diritto privato previste all'articolo 31.

⁴Il Dipartimento, nel conseguimento degli obiettivi previsti dalla legge, assicura il coordinamento e promuove l'integrazione territoriale e/o funzionale dei servizi, delle strutture e delle prestazioni dei diversi settori d'intervento direttamente dipendenti o convezionati o sottoposti a vigilanza.

Articolo 24

Commissione di vigilanza

a) competenze

La Commissione di vigilanza è competente a:

- a) accertare la fondatezza delle denunce previste dall'articolo 21 di questa legge;
- b) proporre all'Autorità competente, con sollecitudine, i provvedimenti necessari a prevenire o a far cessare le violazioni dei diritti individuali previsti da questa legge;
- c) segnalare alle Autorità competenti le infrazioni penali e disciplinari che le sono state denunciate o di cui ha avuto notizia durante la sua attività.

Articolo 25

b) composizione

¹La Commissione di vigilanza, nominata dal Consiglio di Stato, si compone di 5 membri e da altrettanti supplenti.

²Ne devono far parte un rappresentante degli utenti e un rappresentante degli operatori sanitari, del servizio o della struttura sanitaria parte in causa.

Articolo 26

Medico cantonale

¹Il Medico cantonale è l'istanza medica consultiva del Consiglio di Stato e del Dipartimento.

²Egli è l'Autorità competente a liberare gli operatori sanitari dal segreto professionale giusta l'articolo 321, cpv. 2, del CPS.

³Ha le competenze attribuitegli dalla legislazione federale e cantonale segnatamente in materia di malattie trasmissibili e d'interruzione terapeutica della gravidanza.

⁴Vigila sull'attività dei medici delegati e scolastici.

Articolo 27

Medici delegati

¹Il medico delegato

- veglia sulle condizioni igienico sanitarie del circondario di cui è responsabile
- esegue le prestazioni di polizia sanitaria previste dalla legge e dai regolamenti
- presta la sua opera per compiti di medicina legale e ufficiale
- collabora con il Medico cantonale nel campo delle malattie trasmissibili.

² I circondari sono stabiliti dal Consiglio di Stato al quale compete la nomina dei medici delegati. Esso stabilisce parimenti i compiti e la retribuzione. Il mandato è, di regola, di quattro anni.

Articolo 28

Medici scolastici

¹ Il medico scolastico

- veglia sulle condizioni igienico sanitarie degli istituti scolastici di cui è responsabile
- esegue le prestazioni di medicina scolastica previste dalla legge e dai regolamenti
- collabora con il Medico cantonale e il Medico delegato nel campo delle malattie trasmissibili.

² Il medico scolastico è nominato di regola per quattro anni dal Consiglio di Stato che ne stabilisce i compiti e la retribuzione.

³ Il medico scolastico è di regola il medico delegato del circondario ove è sito l'Istituto scolastico.

Articolo 29

Comuni

¹ I Comuni hanno le competenze espressamente loro attribuite da questa legge o da leggi speciali.

² Compete inoltre ai Comuni

- a) la vigilanza sull'osservanza delle leggi e regolamenti in materia sanitaria e la denuncia al Dipartimento delle trasgressioni che non comportano sanzioni di competenza comunale
- b) promuovere in modo autonomo o d'intesa con il Dipartimento provvedimenti di prevenzione e di educazione sanitaria della popolazione
- c) collaborare con il Medico cantonale e i medici delegati e scolastici nell'ambito della lotta alle malattie trasmissibili
- d) partecipare all'attuazione dei provvedimenti sociosanitari in grado di rispondere ai bisogni di assistenza domiciliare, ambulatoriale e istituzionale della popolazione del Comune.

³ I Comuni possono sussidiare, partecipare alla gestione e, ove ve ne sia necessità, gestire autonomamente, in modo coordinato, servizi e strutture sanitari di prevenzione, di assistenza domiciliare e ambulatoriale, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di formazione.

Articolo 30

Ordini

¹ Gli operatori sanitari previsti all'articolo 55 possono organizzarsi nella forma della corporazione coattiva di diritto pubblico (di seguito Ordine).

² La decisione di organizzarsi nella forma dell'Ordine deve essere presa, per ciascuna categoria di operatori sanitari, da una maggioranza qualificata dei due terzi degli operatori autorizzati ad esercitare in modo indipendente la professione.

³ Gli statuti, i regolamenti e le norme deontologiche degli Ordini devono essere approvati dal Consiglio di Stato.

Articolo 31

Persone di diritto privato

¹ Lo Stato nell'adempimento dei compiti e delle finalità di questa legge collabora con persone fisiche e giuridiche di diritto privato che operano nel campo della protezione e del promovimento della salute quando il loro programma d'intervento coincide con gli obiettivi della politica sanitaria del Cantone.

² Le modalità della collaborazione sono stabilite tramite speciale convenzione che indicherà in modo particolare il campo di attività, le funzioni pubbliche attribuite e il grado di autonomia riservato.

TITOLO IV - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

CAPO 1. GENERALITA'

Articolo 32

Nozione

E' considerato preventivo ogni provvedimento inteso

- a promuovere la responsabilità, l'informazione e le conoscenze dei cittadini nella salvaguardia della salute individuale e collettiva
- a diminuire l'incidenza di una malattia nella popolazione riducendo i rischi di apparizione di nuovi casi
- a diminuire lo sviluppo di una malattia nella popolazione riducendone la diffusione e la durata
- a diminuire lo sviluppo delle invalidità croniche della popolazione riducendo al minimo le invalidità funzionali conseguenti alla malattia.

Articolo 33

Provvedimenti

Lo Stato promuove, sostiene e attua la prevenzione tramite:

- il promovimento di studi epidemiologici sulla diffusione e l'incidenza delle malattie e dei fattori di rischio nella popolazione

- l'educazione alla salute della popolazione
- la promozione dell'immunizzazione volontaria e la lotta alle ma'attie trasmissibili
- la protezione sanitaria della popolazione scolastica
- la lotta alle malattie sociali, a quelle di larga diffusione, alle tossicodipendenze e agli incidenti
- l'adozione di misure atte a valutare l'efficacia degli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi proposti e/o attuati.

CAPO 2. EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Articolo 34

Scopo

¹ L'educazione alla salute deve favorire l'autonomia e l'assunzione della responsabilità personale nella salvaguardia della salute individuale e collettiva.

² Essa ha lo scopo di dare alla popolazione

- a) le conoscenze e le competenze idonee a scegliere un modo di vita sano e a valutare criticamente l'esistenza di pericoli per la salute nonché ad utilizzare convenientemente le risorse individuali e collettive atte al promuovimento e al mantenimento della salute
- b) le conoscenze di base per l'uso e l'acquisizione di semplici e collaudati strumenti e mezzi di automedicazione
- c) un'informazione oggettiva sulle risorse e sui limiti delle possibilità diagnostiche e terapeutiche.

Articolo 35

Compiti, coordinamento e collaborazione

¹ Il Dipartimento è l'istanza competente a promuovere e coordinare gli interventi, i programmi e le azioni di educazione per la salute nel Cantone.

² Esso collabora con gli altri Dipartimenti e segnatamente, con quello della pubblica educazione per gli interventi nel settore scolastico.

L'educazione per la salute deve essere integrata nella formazione scolastica obbligatoria e postobbligatoria.

Articolo 36

Programma d'intervento

Il Dipartimento presenta ogni anno al Consiglio di Stato per approvazione il programma degli interventi previsti per l'anno successivo.

CAPO 3. PROTEZIONE SANITARIA

A. Salubrità dell'ambiente

Articolo 37

*Pericolo
imminente*

¹Ove sia accertato e documentato un imminente grave e non altrimenti evitabile pericolo per la salute, il Consiglio di Stato può decidere ogni provvedimento indispensabile, in particolare

- a) il divieto, la sospensione, l'annullamento o la chiusura temporanea o definitiva di attività, esercizi, manifestazioni e processi produttivi,
- b) il divieto temporaneo di vendita di sostanze, prodotti, derrate alimentari, utensili, apparecchiature,
- c) il trasferimento e lo sgombero coatti, temporaneo o definitivo, di popolazione e animali,
- d) il divieto di accesso, di transito, di passaggio o di circolazione temporaneo o definitivo in aree pubbliche o in quelle private
- e) l'inabitabilità e l'inagibilità di edifici e costruzioni pubblici e privati.

²Contro le decisioni del Consiglio di Stato è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Il ricorso non ha effetto sospensivo.

³Sono riservate le competenze di polizia sanitaria dei Comuni previste dalla Legge organica comunale.

Articolo 38

*Stabili,
costruzioni,
agibilità*

¹Le norme particolari e i requisiti di igiene per le nuove costruzioni, ricostruzioni, riattazioni e ampliamenti di edifici sono stabiliti da regolamento, riservate le disposizioni della legge edilizia.

²Compete al Dipartimento l'accertamento dell'abitabilità e dell'agibilità degli stabili di uso pubblico e collettivo, al Municipio per tutte le altre costruzioni.

Articolo 39

Acqua potabile

¹Ogni edificio adibito ad abitazione dev'essere allacciato a spese del proprietario ad una rete di distribuzione d'acqua potabile con l'impianto di almeno un rubinetto per ogni famiglia che vi risiede.

²I Comuni devono provvedere affinché alla popolazione sia assicurato un servizio, pubblico o privato, di distribuzione di acqua potabile. Essi possono provvedervi direttamente oppure tramite concessione a enti pubblici o privati in regime di privativa.

³Due o più Comuni possono essere riuniti in Consorzio secondo la Legge sul consorziamiento di Comuni, per l'esecuzione di impianti e per la distribuzione di acqua potabile.

⁴Il Dipartimento assicura la vigilanza sugli acquedotti nonchè sulle modalità di distribuzione per il tramite del competente servizio tecnico del Dipartimento che, segnatamente, provvede ai controlli batteriologici e chimici dell'acqua potabile nonchè alla tenuta del casellario tecnico-sanitario delle acque potabili del Cantone.

Articolo 40

*Cimiteri e
aziende di
onoranze fune-
bri*

¹Deve essere assicurata la sepoltura o la cremazione di tutte le persone morte nel Cantone.

²Ogni comune deve disporre di un cimitero. Con il consenso del Dipartimento possono essere creati cimiteri consortili che servono a più Comuni.

³Le disposizioni di polizia mortuaria sono stabilite dal regolamento.
Il Dipartimento assicura la vigilanza sui cimiteri e sulle aziende di onoranze funebri.

B. Immunizzazione e malattie trasmissibili

Articolo 41

*Vaccinazioni
facoltative*

¹Lo Stato promuove l'immunizzazione volontaria della popolazione dalle malattie.

²Allo scopo di limitare la diffusione delle malattie trasmissibili il Consiglio di Stato, su proposta del Medico cantonale, può ordinare vaccinazioni obbligatorie locali, regionali o per l'intero territorio del Cantone quando la salvaguardia della salute pubblica lo impone.

³L'ammissione a scuole, colonie, case per bambini o altri istituti, l'occupazione in strutture sanitarie, nell'industria alimentare e alberghiera, l'esercizio di attività a contatto con il pubblico o particolarmente esposte a pericolo di contagio, possono essere subordinate alla presentazione di certificati di vaccinazione.

Articolo 42
Provvedimenti
coattivi

¹ Il Medico cantonale può ordinare all'utente infettivo o contagioso e alle persone che hanno avuto con lui contatto, misure di profilassi, di cura, di isolamento, di controllo, di disinfezione, e di restrizione della libertà personale.

Esso può parimenti vietare all'utente l'esercizio di determinate attività e professioni.

² Se l'utente non dà seguito alle misure previste al capoverso precedente, il Medico cantonale può disporre provvedimenti coattivi segnatamente l'isolamento obbligatorio. Egli può avvalersi della forza pubblica.

³ L'utente ha la facoltà di ricorrere contro i provvedimenti del Medico cantonale al Tribunale cantonale amministrativo.
Il ricorso non ha effetto sospensivo.

Articolo 43
Divieti
generali

¹ Al fine di prevenire la diffusione di malattie trasmissibili, il Medico cantonale può vietare o limitare manifestazioni, chiudere scuole o altri stabilimenti pubblici e aziende private, vietare l'accesso a determinati edifici e l'uscita dagli stessi come pure stabilire divieti di balneabilità.

² Esso si avvale della collaborazione dei Comuni, dei medici delegati e della forza pubblica.

³ Contro le decisioni del Medico cantonale è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

C. Protezione sanitaria nella scuola

Articolo 44
a) Medicina
scolastica

¹ Il medico scolastico vigila sulla salubrità e sicurezza delle scuole, degli istituti di educazione, delle case dei bambini pubblici e privati del proprio circondario.
La vigilanza si estende

a) agli scolari, agli insegnanti e agli inser-
vienti

b) agli edifici, ai locali, ai servizi e
agli arredamenti scolastici, alle mense
e ai dormitori nonché alle strutture sporti-
ve e ricreative annesse.

² Gli allievi di tutti gli ordini di scuola come pure i docenti, i supplenti e gli inser-
vienti possono beneficiare delle visite e
prestazioni del medico scolastico stabilite
dalla legge e dai regolamenti.

Articolo 45

b) Servizio dentario scolastico

¹ Il servizio dentario scolastico ha lo scopo di promuovere la prevenzione e la cura dentaria degli allievi in obbligo scolastico delle scuole pubbliche e private.

² L'organizzazione e la vigilanza del servizio è affidata al Dipartimento.

Articolo 46

Servizi dentari comunali e consortili

¹ I servizi dentari scolastici comunali e consortili sono riconosciuti nel quadro dell'organizzazione cantonale; essi godono delle stesse facilitazioni previste per il servizio cantonale purchè le prestazioni date corrispondano a quelle previste dalla legge e dai regolamenti di applicazione.

² I Comuni e i Consorzi devono nominare con pubblico concorso i medici dentisti scolastici.

Articolo 47

Partecipazione dei Comuni e delle famiglie

¹ I Comuni partecipano nella misura minima del 20 e massima del 70% alle spese per le visite e le prestazioni dei medici scolastici e per il servizio dentario scolastico secondo la loro forza finanziaria.

² La ripartizione dell'onere a carico dei Comuni è fatta tenendo conto della popolazione scolastica e, per quanto attiene il servizio dentario, degli allievi curati domiciliati in ogni singolo Comune.

³ I Comuni possono, sulla quota di partecipazione comunale al servizio dentario scolastico, fare partecipare le famiglie degli allievi curati in misura proporzionale al reddito imponibile.

La tavola di partecipazione delle famiglie deve essere approvata dal Dipartimento.

D. Malattie sociali, di larga diffusione, tossicodipendenze e incidenti

Articolo 48

Nozione

Sono segnatamente considerate malattie sociali o di larga diffusione le affezioni e i problemi sanitari legati

a) alla riproduzione, in particolare le affezioni congenite e quelle ereditarie

b) all'ambiente sociale di vita e di lavoro e al comportamento, segnatamente la bronchite cronica, il diabete, il reumatismo, le affezioni tumorali, cardiocircolatorie, psichiche, l'alcoolismo, il tabagismo, la farmacodipendenza e le altre tossicomanie

- c) alla modifica della struttura della popolazione, segnatamente le affezioni legate all'invecchiamento.

Articolo 49
Provvedimenti

¹ Lo Stato promuove la lotta contro le malattie sociali o di larga diffusione, le tossicomanie e gli incidenti tramite l'educazione sanitaria della popolazione in generale e dei gruppi sottoposti a rischi particolari.

² Su proposta del Dipartimento il Consiglio di Stato può sostenere e partecipare all'attività di enti e associazioni di diritto pubblico e privato che si occupano di prevenzione, ricerca, diagnosi e riabilitazione nel campo delle malattie sociali, di larga diffusione e delle tossicomanie.

³ Il Consiglio di Stato può parimenti attuare, su proposta del Dipartimento, azioni di profilassi per la diagnosi precoce delle affezioni curabili limitatamente ai gruppi a rischio e nel rispetto delle libertà individuali.

⁴ Il Consiglio di Stato può imporre, su proposta del Dipartimento, misure e provvedimenti atti a prevenire gli infortuni e a salvaguardare l'incolumità pubblica. Essi devono essere conformi al principio delle proporzionalità. E' riservato il diritto federale e speciale.

Articolo 50
Tossicomanie

¹ Il Consiglio di Stato, oltre a quelle previste agli articoli 5¹ e seguenti della legge, può imporre restrizioni e divieti alla pubblicità, al consumo e alla vendita di bevande alcoliche, tabacco, agenti terapeutici e altre sostanze che creano dipendenza nel rispetto delle disposizioni costituzionali e della legislazione federale e cantonale.

² E' riservato l'articolo 94 di questa legge.

Articolo 51
Consumo di bevande alcoliche

¹ Nei commerci, nei negozi e negli esercizi pubblici del Cantone è vietata la vendita e il consumo di bevande alcoliche ai minori di 18 anni.

² Tutti gli esercenti sono tenuti a mettere a disposizione della clientela almeno tre bevande analcoliche ad un prezzo inferiore di quello della bevanda alcolica più economica.

Articolo 52
Consumo di tabacco
a) generalità

E' considerato atto pregiudizievole alla salvaguardia della salute imporre, in luogo chiuso pubblico, di uso pubblico o collettivo, l'aspirazione del fumo della combustione del tabacco a un non fumatore.

Articolo 53

b) divieti

¹ Il Consiglio di Stato stabilisce per regolamento i luoghi e gli spazi pubblici e di uso pubblico e collettivo ove è vietato fumare.

² Esso può inoltre disciplinare le modalità di vendita dei prodotti di tabacco ai minori di 18 anni.

TITOLO V - OPERATORI SANITARI

CAPO 1. DISPOSIZIONI COMUNI

Articolo 54

Vigilanza

¹ L'esercizio nel Cantone di un'attività sanitaria è sottoposto a vigilanza.

² Il Consiglio di Stato disciplina per regolamento l'attività degli operatori sanitari previsti all'articolo 55.

Esso può sottoporre ad autorizzazione e vigilanza altre professioni e attività sanitarie non previste da questa legge.

Articolo 55

Operatori
sanitari

¹ Sono operatori sanitari secondo questa legge le persone qualificate nelle professioni di

a) formazione universitaria: medico, medico dentista, medico veterinario, farmacista, assistente farmacista, chiropratico, psicologo clinico, psicoterapeuta

b) altra formazione: levatrice, infermiere, fisioterapista, igienista dentaria, odontotecnico, ottico, pedicure, estetista.

² L'esercizio delle professioni previste al capoverso precedente è subordinato ad autorizzazione.

Articolo 56

Autorizzazione

a) autorità
competente

¹ Il Dipartimento è l'autorità competente a concedere l'autorizzazione all'esercizio indipendente (di seguito libero esercizio) o dipendente delle professioni previste all'art. 55. E' riservato il capoverso 2.

² Per l'esercizio dipendente delle professioni previste alla lettera b) dell'art. 55 sono applicabili le disposizioni dell'art. 59.

³ Sono riservate le norme particolari previste agli art. 63 e 64 per gli operatori sanitari ausiliari e guaritori.

Articolo 57

b) requisiti

¹ L'autorizzazione è concessa alle persone che

- sono titolari di un diploma, di un attestato o di un certificato di un istituto universitario o scuola svizzeri riconosciuti dal Dipartimento
- godono di buona reputazione
- possiedono i requisiti psichici e fisici necessari all'esercizio della professione.

² Per i medici, i medici dentisti, i medici veterinari, i farmacisti e gli assistenti farmacisti il diploma riconosciuto è quello federale. L'attestato che certifica il superamento dell'esame finale degli studi di medicina rilasciato da un'Università svizzera è considerato equivalente al diploma federale per gli stranieri cresciuti e domiciliati nel Cantone Ticino.

³ Ove le circostanze lo esigono l'autorità competente al rilascio dell'autorizzazione può chiedere, prima di concedere il libero esercizio di una professione sanitaria, l'assolvimento di un periodo di pratica professionale quale operatore sanitario dipendente. E' riservato il diritto federale.

⁴ I requisiti di cui al capoverso 1 sono documentati

- dall'originale del diploma, dell'attestato o del certificato di capacità
- dall'estratto del casellario giudiziale. E' riservato l'art. 60 cpv. 1
- da un certificato medico.

Sono riservati altri accertamenti da parte dell'autorità competente.

Articolo 58

c) eccezione

¹ Ove le circostanze lo richiedono, e accertata la mancanza di portatori di diplomi, attestati o certificati di capacità di istituti universitari o scuole svizzeri riconosciuti, possono essere autorizzati all'esercizio indipendente o dipendente di una professione sanitaria operatori in possesso di diplomi, attestati o certificati conseguiti all'estero.

² L'autorizzazione può essere limitata nel luogo e/o nel tempo ed è concessa dal Consiglio di Stato.

Articolo 59

d) esercizio dipendente

¹ L'autorizzazione all'esercizio dipendente di una professione prevista alla lettera b) dell'art. 55 è presunta se ossequiate le disposizioni di questo articolo.

²L'operatore sanitario titolare oppure la direzione di un servizio o struttura sanitari devono, prima di assumere un operatore in forma dipendente, procedere alla verifica delle condizioni e dei requisiti conformemente alle disposizioni dell'art. 57 cpv. 1 e 4 e articolo 60.

³Per la verifica dei requisiti il titolare o la direzione possono avvalersi della collaborazione del Dipartimento.

⁴L'assunzione di operatori con diplomi e certificati esteri è ammessa solo dopo comprovata verifica della mancanza di diplomati svizzeri. E' riservato l'art. 58.

⁵Il titolare o la direzione sono tenuti ad informare immediatamente il Dipartimento se l'assunzione è stata rifiutata o se il contratto è stato revocato per motivi previsti ai capoversi 1 e 2 dell'art. 60.

⁶Il titolare o la direzione sono tenuti in ogni tempo a mettere a disposizione del Dipartimento, per ogni operatore sanitario dipendente, i documenti previsti all'art. 57 cpv. 4.

⁷Il Dipartimento può, ove le circostanze lo richiedono, sottoporre all'autorizzazione prevista all'art. 56 cpv. 1 anche operatori sanitari dipendenti.

Articolo 60

e) rifiuto e revoca

¹L'autorizzazione è rifiutata se non sono soddisfatte le condizioni previste all'art. 57. In particolare l'autorizzazione può essere negata se il richiedente è stato oggetto in altri Cantoni di revoca dell'autorizzazione.

²L'autorizzazione è revocata per tempo determinato o indeterminato

a) se le condizioni previste per la concessione non sono soddisfatte

b) in caso di grave negligenza, di azioni immorali o di rilascio di certificati falsi, di ripetuta inosservanza dei doveri professionali oppure per continuate gravi violazioni delle disposizioni di legge, segnatamente quelle previste al Titolo II., nonché delle norme deontologiche.

Nei casi di lieve entità può essere pronunciato l'ammonimento.

³ Il rifiuto, la revoca e l'ammonimento sono pronunciati dal Dipartimento dopo aver sentito l'avviso della Commissione di vigilanza prevista all'art. 24. E' riservato il cpv. 4 di questo articolo.

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

⁵ Contro la decisione del Dipartimento è data facoltà di ricorso entro 15 giorni al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso contro la decisione prevista al cpv. 4 non ha effetto sospensivo.

Articolo 61

f) durata

¹ L'autorizzazione è valida fino al compimento del settantesimo anno di età.

² Essa è in seguito rinnovata ogni due anni se l'istante giustifica, con certificato al Medico cantonale, l'idoneità psicofisica all'esercizio della professione.

Articolo 62

g) iscrizione all'albo

¹ Gli operatori della salute ammessi al libero esercizio sono iscritti d'ufficio nell'albo degli operatori sanitari tenuto e aggiornato periodicamente dal Dipartimento.

² L'albo è pubblicato in estenso periodicamente sul Foglio Ufficiale e gli aggiornamenti ogni 6 mesi. Esso deve pure menzionare le revocche dell'autorizzazione per i motivi previsti all'art. 60 cpv. 2 cresciute in giudicato.

Articolo 63

Operatori sanitari ausiliari

¹ Sono operatori sanitari ausiliari le persone che non dispongono dei requisiti richiesti per l'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio di una professione prevista all'art. 55 di questa legge, e che, a titolo oneroso o gratuito, distribuiscono prestazioni o attuano terapie quali lavoratori dipendenti presso operatori autorizzati, servizi, ambulatori o strutture sanitarie autorizzate.

² Essi possono distribuire 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. Quest'ultimo ne assume la responsabilità.

³L'operatore ausiliario è sottoposto, nell'esercizio delle attività previste al cpv. 2 di questo articolo, a tutte le pertinenti disposizioni di questa legge e dei regolamenti.

Articolo 64

Guaritori

¹Sono considerati "guaritori", secondo questa legge, tutte le persone che, senza disporre delle qualifiche e dei requisiti specifici per l'esercizio di una qualsiasi professione sanitaria prevista da questa legge, distribuiscono e/o attuano, occasionalmente o con regolarità, a utenti consenzienti, prestazioni e terapie comunemente accettate dalla tradizione locale e popolare, comunque non invasive e non pericolose, per loro stessa natura, all'incolumità psicofisica dell'utente.

²Il guaritore

- a) prima di dare una prestazione o attuare una terapia è tenuto ad informare l'utente in modo chiaro e comprensibile della sua qualifica in modo tale da escludere qualsiasi confusione con gli altri operatori sanitari autorizzati
- b) deve astenersi da qualsiasi forma di pubblicità. Eventuali targhe e iscrizioni di identificazione devono essere comunicate al Dipartimento.
- c) non può utilizzare attrezzature e apparecchiature ottiche, meccaniche, a corrente forte e debole o che emettono radiazioni ionizzanti, ed altre assimilabili
- d) non può prescrivere medicinali o altri agenti terapeutici

³Il guaritore è sottoposto, nell'esercizio della sua attività a tutte le pertinenti disposizioni di questa legge e dei regolamenti.

Articolo 65

Limiti di competenza a dare le prestazioni

¹Nel rispetto dei diritti individuali (Titolo II. della Legge) ogni operatore sanitario è tenuto a dare le prestazioni nei limiti delle proprie capacità e conoscenze professionali e personali collaudate nonché dei mezzi tecnici e delle strutture a disposizione. Esse devono essere contenute nel campo d'attività usualmente riconosciuto alla professione esercitata tenuto conto delle specializzazioni acquisite e documentabili.

²Ogni operatore sanitario ha la responsabilità di aggiornare costantemente le proprie conoscenze professionali in particolare sugli sviluppi, sui limiti, sull'efficacia e sulle

controindicazioni delle prestazioni e terapie distribuite ed attuate.

³ Sono riservate le disposizioni particolari concernenti la delimitazione del campo di attività di singoli operatori previste da questa legge e dai regolamenti.

Articolo 66

Identificazione

¹ L'ambulatorio, di un operatore autorizzato è identificato dalle generalità e dalle qualifiche dell'operatore sanitario che ne assume la responsabilità.

Articolo 67

Obbligo di presenza

¹ L'ambulatorio di un operatore sanitario autorizzato all'esercizio indipendente può essere aperto al pubblico solo se il titolare è in servizio.

² Ove le circostanze lo richiedono il Dipartimento può consentire, per brevi periodi, eccezioni segnatamente quando un altro operatore autorizzato nella medesima specialità è presente.

Articolo 68

Cartella sanitaria

¹ Ad eccezione del farmacista, dell'assistente farmacista e dell'odontotecnico, ogni operatore autorizzato, come pure ogni responsabile sanitario di servizi o strutture sanitarie che distribuiscono prestazioni o attuano terapie sono tenuti a compilare, per ogni paziente, una cartella sanitaria nella quale devono essere almeno indicati

- le generalità
- il tipo di trattamento seguito
- le prestazioni effettuate
- 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.
E' riservato l'art. 10 cpv. 5.

² Le informazioni di cui all'art. 6 cpv. 4 possono essere menzionate su un documento separato dalla cartella sanitaria.

³ Per ogni intervento chirurgico devono essere documentate, oltre alle generalità dell'utente e alle informazioni cliniche e tecniche sull'intervento, anche le generalità del o degli operatori e dell'anestesista, delle altre persone coinvolte nell'intervento, nonché il genere, la durata e l'ora dell'intervento chirurgico e dell'anestesia.

- ⁴La cartella e gli altri documenti sanitari devono essere conservati per almeno dieci anni dalla conclusione del trattamento. E' riservato il diritto dell'utente ad accedere alla cartella sanitaria conformemente all'art. 6 cpv. 3 e 4.

Articolo 69

Obbligo di denuncia

- ¹Ogni operatore sanitario è tenuto ad informare il Dipartimento di qualunque fatto che possa mettere in pericolo la salute pubblica.

- ²Chiunque esercita una professione sanitaria a titolo indipendente o dipendente ha l'obbligo di informare la competente procura pubblica di ogni caso di malattia, di lesione o di morte per causa certa o sospetta di reato venuto a loro conoscenza nell'esercizio della professione.

- ³Le procure pubbliche sono tenute a segnalare al Dipartimento l'apertura di procedimenti penali nei confronti di operatori sanitari per i casi aventi rilevanza ai fini dell'esercizio dell'attività sanitaria.

Articolo 70

Servizio notturno e festivo

- ¹Gli Ordini e/o le Associazioni professionali dei medici, medici dentisti e farmacisti sono tenuti a organizzare un servizio di picchetto notturno e festivo a livello regionale e, ove occorra, locale.

- ²In caso di inadempienza il Dipartimento può disporre i provvedimenti necessari a garantire il servizio.

- ³Se le circostanze lo richiedono il Dipartimento può estendere questo obbligo ad altri Ordini o Associazioni professionali.

- ⁴Il Medico cantonale può, per motivi di salute o altri, dispensare un operatore dal partecipare al servizio di picchetto.

Articolo 71

Pubblicità

- ¹La pubblicità deve essere fatta in modo corretto e misurato. E' vietato l'uso di denominazioni e diciture suscettibili di trarre in inganno il pubblico.

- ²Sulle targhe professionali e sulla carta personale e nella pubblicità consentita deve essere indicata unicamente la qualifica professionale nonché gli eventuali titoli accademici.

- ³La menzione di un titolo di specialista deve essere autorizzata dal Dipartimento. L'indicazione delle specialità FMH, FVH e SSO sono autorizzate d'ufficio.

⁴ Inserzioni o comunicati pubblicitari sono ammessi unicamente al momento dell'apertura, del trasferimento o della chiusura dello studio come pure in occasione di assenze prolungate. Non sono ammessi annunci pubblicitari periodici nonchè la distribuzione di prospetti. E' in particolare vietato l'uso dell'autorizzazione all'esercizio a fini pubblicitari.

⁵ Le disposizioni di questo articolo sono applicabili per analogia alle strutture sanitarie previste al Titolo VI di questa legge.

⁶ E' riservato l'articolo 64, cpv. 2, lett. b).

Articolo 72

Comparaggio

¹ E' vietata ogni forma di contratto o accordo tra operatori sanitari che limiti la libertà di scelta dell'utente o che lo esponga a uno stato di dipendenza.

² Sono parimenti vietati accordi o contratti con laboratori di analisi, farmacie, altre strutture sanitarie o aziende che espongono l'operatore sanitario a obblighi e situazioni di dipendenza incompatibili con la dignità professionale o con l'interesse sanitario o economico dell'utente.

³ Sono riservate

a) le disposizioni degli articoli 76 e 78 concernenti gli assistenti dei medici dentisti e dei farmacisti

b) i contratti per l'assolvimento di periodi di pratica e perfezionamento professionale previsti dai regolamenti o autorizzati dal Dipartimento.

Articolo 73

Assenze, sostituzioni

¹ Ove le circostanze lo richiedono, avuto riguardo a situazioni di disservizio, il Dipartimento può autorizzare un operatore della salute con libero esercizio ad assumere, durante le assenze, un sostituto. Esso può sentire l'avviso dell'Ordine o dell'Associazione professionale interessati.

² Il Dipartimento stabilisce la durata della sostituzione e, ove occorre, altre condizioni.

CAPO 2. DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Articolo 74

Medici

a) medicinali e altri agen- ti terapeutici

¹ Ai medici è vietata, la vendita o la dispensazione all'utenza di medicinali e degli agenti terapeutici previsti all'art. 90.

² Sono riservati i casi d'urgenza e la dispensazione, da parte dei medici veterinari di medicinali di prescrizione veterinaria.

³ Ove le circostanze lo richiedono il Dipartimento può autorizzare la dispensazione di medicinali e agenti terapeutici da parte dei medici qualora il disservizio per l'utenza è manifesto e documentato.

Articolo 75

b) ambulatori secondari

¹ La gestione privata di ambulatori secondari può essere autorizzata quando il disservizio per la popolazione è accertato e manifesto. Essi possono essere aperti all'utenza solo se il titolare è presente.

² Il Dipartimento nel concedere l'autorizzazione può stabilire le condizioni di gestione segnatamente gli orari e i tempi di apertura al pubblico.

Articolo 76

Medici den- tisti

¹ Un medico dentista autorizzato all'esercizio indipendente può assumere, quale lavoratore dipendente, un altro medico dentista in qualità di assistente.

² Il Consiglio di Stato stabilisce con regolamento le condizioni e modalità di assunzione.

³ Sono applicabili per analogia ai medici dentisti le disposizioni degli art. 74 cpv. 1 e 75.

Articolo 77

Farmacisti

a) esclusività

¹ La dispensazione e la vendita al pubblico dei medicinali, delle specialità farmaceutiche e delle specialità di banco è permessa ai soli farmacisti ad eccezione dei prodotti di libera vendita giusta la Convenzione intercantonale sul controllo dei medicinali (di seguito Convenzione intercantonale).

² I farmacisti devono, per ogni medicamento o specialità farmaceutica, attenersi al modo di vendita previsto dalla Convenzione intercantonale o dal Dipartimento giusta l'art. 94 cpv. 3.

³ E' riservato l'art. 74 cpv. 2 e 3.

Articolo 78

b) *assistenti*

Il farmacista con libero esercizio può, se autorizzato dal Dipartimento, assumere quali lavoratori dipendenti uno o più farmacisti o assistenti farmacisti.

Articolo 79

Odontotecnici

¹ Prestazioni di odontotecnica possono essere eseguite solo su ordinazione o sulla base di un'impronta fornita da un medico dentista autorizzato.

² All'odontotecnico è proibito qualsiasi intervento o semplice manipolazione nella bocca dell'utente.

TITOLO VI - STRUTTURE SANITARIE

Articolo 80

*Nozione e
vigilanza*

¹ Sono strutture sanitarie secondo questa legge gli immobili, i locali, i vani o gli ambienti, anche mobili

a) ove sono distribuite o attuate, a utenti degenti o ambulanti e ad animali prestazioni sanitarie o terapie in vista della promozione, della protezione, del mantenimento o del ristabilimento della salute

b) ove hanno luogo attività di produzione, di commercio o di distribuzione di medicinali e specialità farmaceutiche, agenti terapeutici, principi attivi, materiale e attrezzature sanitarie, prestazioni analitiche, di accertamento diagnostico o terapeutiche, come pure di ogni altro bene o servizio assimilabile

c) ove hanno luogo attività di ricerca o didattiche, di insegnamento e di apprendimento di conoscenze teoriche o pratiche sanitarie.

² Il Dipartimento esercita la vigilanza sulle strutture e attività previste al cpv. 1. Esso può segnatamente imporre l'adozione di tutti i provvedimenti e le misure atti a garantire le premesse di sicurezza per gli utenti, di qualità delle prestazioni, dei beni e dei servizi distribuiti, commerciatati o prodotti nonchè la validità dei diplomi e dei certificati distribuiti.

Sono riservate le competenze del Consiglio di Stato previste agli articoli 82, 83 e 84.

³ In particolare l'impiego di apparecchiature tecnico scientifiche altamente sofisticate o che impiegano radiazioni ionizzanti possono essere utilizzate solo se accertata e documentata la disponibilità di operatori qualificati e competenti.

⁴ I responsabili delle strutture che distribuiscono prestazioni sanitarie e/o attuano terapie devono tenere, per ciascun utente, la cartella sanitaria prevista all'art. 68.

⁵ Il Consiglio di Stato può disciplinare e sottoporre ad autorizzazione l'esercizio di altre strutture oltre quelle previste agli articoli 82 e seguenti.

Articolo 81

Statistiche

¹ Allo scopo di disporre delle basi statistiche necessarie alla conoscenza della distribuzione e dell'incidenza delle malattie e dei fattori di rischio nella popolazione nonché alla valutazione dei bisogni sanitari, alla elaborazione della pianificazione ed alla definizione delle priorità d'intervento come pure allo scopo di disporre delle informazioni indispensabili all'organizzazione del servizio sanitario coordinato e in caso di catastrofe, le strutture sanitarie previste all'art. 82 sono tenute a mettere a disposizione, su richiesta e secondo modalità stabilite dal Dipartimento, i dati statistici sul movimento degli ospiti, sulla classificazione delle malattie, sul numero e il tipo di prestazioni, sul numero e le qualifiche del personale impiegato, sul numero dei letti, la dotazione di attrezzature e sui costi totali d'esercizio.

² Ove la situazione epidemiologica lo richieda il Consiglio di Stato può estendere questo obbligo anche a operatori sanitari previsti all'art. 55.

Articolo 82

Ospedali, Cliniche, Case di cura, altre strutture assimilabili

a) autorizzazione

¹ Per l'esercizio di un ospedale, di una clinica, di un cronicario, di un convalescenziario, di una casa di cura o di riposo per anziani, di un istituto di riabilitazione come pure per ogni altra struttura assimilabile che distribuisca prestazioni sanitarie a utenti degenti è necessaria l'autorizzazione del Consiglio di Stato.

² L'autorizzazione deve menzionare il campo d'attività, i limiti e le condizioni che ne hanno determinato la concessione.

Articolo 83

b) requisiti

¹ La concessione dell'autorizzazione d'esercizio è subordinata all'accertamento della disponibilità di una direzione sanitaria e amministrativa responsabili, di un numero adeguato di operatori sanitari, di strutture, servizi e attrezzature sanitarie, e di un'organizzazione interna idonei a garantire le premesse di sicurezza degli utenti, di qualità delle prestazioni e delle cure distribuite nonché di risposta alle richieste interne e, ove

occorra, esterne di intervento d'urgenza.

²La disponibilità di cui al cpv. 1 sarà determinata dall'indirizzo e dal genere d'attività, dal numero e dall'età degli ospiti nonché dal tipo di casistica curata.

³E' applicabile, per analogia, l'art. 17.

⁴Il Consiglio di Stato, può, in ogni tempo, chiudere o limitare l'attività di strutture sanitarie che più non rispettano le condizioni che hanno determinato l'autorizzazione ed i requisiti necessari ad un regolare esercizio.

⁵Contro la decisione di revoca, di rifiuto o di limitazione dell'autorizzazione è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

Articolo 84

Farmacie

a) autorizzazione

¹L'apertura al pubblico di una farmacia è subordinata ad un'autorizzazione del Dipartimento.

²L'autorizzazione è concessa se

- a) il responsabile sanitario è un farmacista autorizzato giusta l'art. 56 cpv. 1 all'esercizio indipendente della professione. E' riservato l'articolo 58 della legge
- b) è accertata l'idoneità dei locali, dell'arredamento e dello strumentario.

³Durante le ore di servizio deve essere presente costantemente in farmacia il responsabile sanitario o un altro farmacista o assistente farmacista autorizzato.

⁴Il Consiglio di Stato può in ogni tempo chiudere una farmacia quando le condizioni ed i requisiti necessari ad un regolare esercizio non sono più ossequiati.

⁵Contro la decisione di chiusura della farmacia, di revoca o di rifiuto dell'autorizzazione è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Articolo 85

b) preparazioni

La preparazione di medicinali può essere eseguita solo da un farmacista o da un assistente farmacista sotto la direzione di un farmacista.

Articolo 86

Laboratori d'analisi sanitarie

¹ Per l'esercizio di un laboratorio privato di analisi sanitarie, compresi i laboratori degli ambulatori medici, è necessaria l'autorizzazione del Dipartimento.

² L'autorizzazione è concessa dopo verifica

- a) dei diplomi, dei certificati di specializzazione e di pratica nonché della buona condotta della persona responsabile della conduzione tecnico-scientifica del laboratorio
- b) della disponibilità e delle qualifiche dell'altro personale occupato
- c) dei locali, dell'arredamento e dello strumentario.

³ L'autorizzazione menziona il campo di attività e le altre condizioni alle quali essa è concessa.

⁴ Se le condizioni stabilite nell'autorizzazione non fossero rispettate o quando le circostanze lo esigono il Dipartimento può, in ogni tempo, revocare temporaneamente o definitivamente l'autorizzazione come pure limitare il campo di attività di un laboratorio di analisi sanitarie.

⁵ Contro il rifiuto, la revoca o la limitazione dell'autorizzazione è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

⁶ I laboratori possono essere tenuti a sottoporsi a controlli ufficiali di qualità.

Articolo 87

Commercio all'ingrosso

a) nozione e autorizzazione

¹ Per commercio all'ingrosso si intende la vendita, la detenzione e la consegna di medicinali e altri agenti terapeutici a farmacisti, a grossisti autorizzati o ad altre persone abilitate a fornire medicinali per uso professionale, esclusa la vendita diretta o indiretta al pubblico.

² Oltre alle disposizioni di questa legge e dei regolamenti il commercio all'ingrosso soggiace alle pertinenti prescrizioni della legislazione intercantonale in materia e necessita, per essere esercitato, dell'autorizzazione del Dipartimento.

Articolo 88

b) requisiti

¹ L'autorizzazione è concessa o rinnovata, annualmente, dopo verifica dei locali e dell'arredamento del deposito nonché dei requisiti professionali e della buona condotta del responsabile tecnico e amministrativo dell'azienda.

² Contro il rifiuto, la revoca o la limitazione dell'autorizzazione è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Articolo 89
Fabbricazione

¹ Per la fabbricazione di medicinali, specialità farmaceutiche, vaccini, sieri e altre sostanze o agenti terapeutici è necessaria l'autorizzazione del Dipartimento.

² L'autorizzazione è concessa per cinque anni e può essere rinnovata dopo verifica delle condizioni previste dalla speciale legislazione intercantonale in materia e, in particolare,

- a) dei diplomi, dei certificati di specializzazione e di pratica nonché della buona condotta della persona alla quale è affidata la conduzione tecnica, organizzativa e scientifica della produzione e della ricerca nonché del controllo di qualità interno,
- b) della disponibilità e delle qualifiche dell'altro personale tecnico occupato,
- c) dei locali, dell'arredamento, delle attrezzature, dello strumentario utilizzati per la ricerca e la produzione nonché del piano organizzativo indispensabile ad assicurare le premesse di qualità e sicurezza del prodotto finito.

³ L'autorizzazione può limitare il campo di attività e contenere altre condizioni alle quali essa è concessa.

⁴ Se le condizioni stabilite nell'autorizzazione non fossero rispettate o quando le circostanze lo richiedono il Dipartimento può, in ogni tempo, ordinare la revoca, temporanea o definitiva, dell'autorizzazione, come pure porre delle limitazioni al campo di attività.

⁵ Contro il rifiuto, la revoca o la limitazione dell'autorizzazione è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

TITOLO VII - AGENTI TERAPEUTICI

Articolo 90
Nozione

¹ Sono agenti terapeutici secondo questa legge

- a) i medicinali e le specialità farmaceutiche
- b) gli apparecchi ed articoli medici
- c) i vaccini e i sieri
- d) il sangue umano e i suoi derivati

e) gli altri agenti che hanno proprietà curative, preventive o diagnostiche delle malattie umane o di quelle animali.

²Gli agenti di cui alle lettere a), b) e c) sono riconosciuti dalla definizione loro attribuita dalla speciale legislazione intercantonale in materia e dalla legislazione federale.

Articolo 91

Vigilanza - autorizzazione

¹Gli agenti terapeutici soggiacciono alla vigilanza del Dipartimento.

²Esso può in particolare vietare la produzione, la messa in commercio o in vendita nel Cantone di agenti terapeutici quando è messa in pericolo la sicurezza o la salute degli utenti oppure quando non è documentata l'efficacia terapeutica.

³Per la produzione, il commercio, nonché la distribuzione e la vendita al pubblico di agenti terapeutici è necessaria l'autorizzazione del Dipartimento conformemente alle disposizioni previste al Titolo VI della legge.

⁴E' riservata la legislazione federale sui sieri e vaccini e sugli stupefacenti.

Articolo 92

Vendita, pubblicità

¹Nessun agente terapeutico può essere venduto al pubblico senza l'autorizzazione del Dipartimento.

²E' autorizzata d'ufficio la messa in vendita nel Cantone degli agenti terapeutici che sono al beneficio di una registrazione valida dell'Ufficio intercantonale di controllo dei medicinali.

³E' vietata, senza l'autorizzazione del Dipartimento, ogni pubblicità destinata al pubblico di agenti terapeutici.
Quella concernente gli agenti terapeutici previsti al cpv. 2 di questo articolo è autorizzata d'ufficio se conforme alle prescrizioni e direttive intercantionali.

⁴Sono riservati gli articoli 91 cpv. 2 e 94 cpv. 3.

Articolo 93

Convenzioni intercantionali

Il Consiglio di Stato è autorizzato a dare adesione alle convenzioni intercantionali elaborate nell'ambito dell'Unione intercantionale sul controllo dei medicinali.

Articolo 94

Modalità di vendita

¹ Il modo di vendita al pubblico degli agenti terapeutici è stabilito dal Dipartimento.

² Per gli agenti terapeutici registrati dall'Ufficio intercantonale di controllo, il modo di vendita è quello proposto dall'istanza intercantonale competente.
E' riservato il capoverso 3.

³ Ove le circostanze lo giustificano, in particolare per lottare contro farmacodipendenze, il Dipartimento può stabilire modi di vendita più severi di quelli proposti dall'Ufficio intercantonale.

TITOLO VIII - TASSE, PROCEDURE E CONTRAVVENZIONI

Articolo 95

Tasse

¹ Per la concessione e il rinnovo delle autorizzazioni previste da questa legge, come pure per compiti speciali di visita, di controllo e di ispezione da parte delle istanze previste dalla legge possono essere percepite delle tasse.

² Le tasse devono essere commisurate all'entità e al costo reale della prestazione fornita.

³ Il Consiglio di Stato stabilisce con regolamento l'ammontare delle singole tasse.

Articolo 96

Multa

¹ Le contravvenzioni alle disposizioni di questa legge e dei regolamenti di applicazione sono punite con una multa fino a 100'000.- franchi.

² La complicità e l'istigazione a commettere una contravvenzione sono parimenti punibili.

³ Le multe sono inflitte dal Dipartimento conformemente alla legge di procedura per i reati di competenza del pretore e le contravvenzioni. Sono riservate le disposizioni delle leggi federali, speciali e del Codice Penale Svizzero.

Articolo 97

Confisca e Devoluzione

¹ Il Dipartimento può ordinare la confisca o la distruzione di attrezzi, merci o di qualunque cosa mobile che ha costituito oggetto di contravvenzione o che ha servito a commetterla.

² Gli oggetti confiscati sono devoluti allo Stato.

³ I vantaggi pecuniari illeciti sono devoluti allo Stato.

Articolo 98

Altre misure,
spese

¹ In caso di contravvenzione il Dipartimento ordina tutte le misure atte a far cessare uno stato di fatto contrario alla legge, segnatamente la chiusura di strutture sanitarie.

² Il Dipartimento può addebitare al contravventore la totalità o parte delle spese che si sono rese necessarie per accertare o documentare la contravvenzione, segnatamente le spese d'ispezione, di analisi, di perizie, ecc.

³ E' applicabile l'art. 34 della Legge sulle cause amministrative.

Articolo 99

Prescrizione

Le contravvenzioni alle disposizioni di questa legge si prescrivono nel termine di cinque anni dal giorno dell'atto punibile.

Articolo 100

Accesso ai
locali

¹ Le persone e i funzionari a cui è affidata l'esecuzione e la vigilanza sull'esecuzione della legge avranno libero accesso in ogni tempo durante l'esercizio a tutti i locali dove si esercita un'attività sottoposta a controllo come pure agli stabilimenti annessi. Al fine di accertare l'esistenza di una contravvenzione possono procedere ad ogni altra indagine ritenuta necessaria.

² Il Consiglio di Stato designa i funzionari e le persone di cui al capoverso 1.

TITOLO IX - DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Articolo 101

Ordini
professionali

Gli ordini delle arti sanitarie maggiori istituiti dalla Legge sanitaria del 18 novembre 1954 devono, entro un anno dall'entrata in vigore di questa legge, indire una consultazione tra tutti i loro membri allo scopo di decidere, conformemente all'articolo 30, se mantenere lo statuto di corporazione coattiva di diritto pubblico.

Articolo 102

Operatori
sanitari

Gli operatori sanitari che all'entrata in vigore di questa legge hanno compiuto il settantesimo anno di età sono tenuti a chiedere, entro un anno, il rinnovo dell'autorizzazione conformemente alle disposizioni dell'art. 61.

Articolo 103

Strutture
sanitarie

Le strutture sanitarie di cui all'articolo 82 non al beneficio di autorizzazione d'esercizio conformemente alla Legge sanitaria del 18 novembre 1954 devono chiedere l'autorizzazione prevista all'art. 82 entro due anni dalla data d'entrata in vigore di questa legge.

Articolo 104

*Laboratori di
analisi degli
ambulatori
medici*

I titolari di ambulatori medici con laboratorio di analisi devono chiedere l'autorizzazione prevista all'articolo 86 entro due anni dalla data di entrata in vigore di questa legge.

Articolo 105

*Regolamenti di
applicazione*

I regolamenti di applicazione, le ordinanze, i decreti e le prescrizioni del Consiglio di Stato e del Dipartimento emanati giusta la Legge sanitaria del 18 novembre 1954 rimangono in vigore, per quanto non in contrasto con questa legge, fino all'adozione della nuova regolamentazione esecutiva stabilita dal Consiglio di Stato.

Articolo 106

*Entrata in
vigore*

Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum il Consiglio di Stato stabilisce l'entrata in vigore.

Articolo 107

*Disposizioni
abrogate*

Con l'entrata in vigore di questa legge è abrogata la Legge sanitaria del 18 novembre 1954 e ogni altra disposizione legislativa od esecutiva cantonale contraria o incompatibile.