

Messaggio

numero	data	Dipartimento
4720	11 febbraio 1998	OPERE SOCIALI
Concerne		

Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)

Onorevole signor Presidente,
onorevoli signore e signori Consiglieri,

ci preghiamo presentarvi il progetto di nuova Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP).

I. INTRODUZIONE

- Il 12 novembre 1979 il Consiglio di Stato presentò un Messaggio molto elaborato che proponeva l'adozione di una "Legge sull'istituzione, l'organizzazione e la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza". Era un tentativo coraggioso e lungimirante di fissare delle normative di carattere generale che avessero quale obiettivo principale quello di regolamentare gli aspetti attinenti ai diritti individuali, alla metodologia delle cure e al finanziamento di attività di persone bisognose di assistenza e/o che necessitano di interventi psicoterapeutici (v. art. 1 e 2 LASP). Fino ad allora la materia era retta in Ticino dalla legge sull'internamento amministrativo (1929) e dal decreto legislativo sull'istituzione dell'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) (1944) e dal regolamento interno dell'ONC (1944). La nuova normativa appariva necessaria anche alla luce delle disposizioni della CEDU, dei nuovi articoli (397a e segg.) del CCS relativi alla privazione della libertà a scopo di assistenza e dell'evoluzione della psichiatria. Nel corso della discussione in Gran Consiglio (1983) venne ipotizzato il rischio di "psichiatrizzazione della società" definito nel rapporto del 2.7.82 come "una situazione nella quale l'assistenza sociopsichiatrica diventa generalizzata e non più finalizzata soltanto a casi specifici". Per evitare questo rischio il titolo venne semplificato in "Legge sull'assistenza sociopsichiatrica" e la legge stessa venne, in parte, modificata. La sua applicazione, come vedremo, fu comunque tale da evitare qualsiasi interpretazione estensiva.
- La nuova legge sociopsichiatrica venne votata il 26.1.83 ed entrò in vigore il 1.1.85. Nei 7 anni successivi (84-91) i servizi ambulatoriali (Servizio Medico Psicologico - SMP- e Servizio Psicosociale -SPS-) registrarono un'impennata del numero di utenti (da 3'467 a 4'234) e di consultazioni (da meno di 32'302 a 58'164). Ovviamente aumentarono anche le uscite che passano da 4,1 mio a 10,5 mio (+ 156%), mentre il

fabbisogno passò da 3,7 mio a 8,8 mio (+138%). L'inflazione in quel periodo fu del 21%.

Nel medesimo periodo aumentarono anche i costi nel settore stazionario (CPE + ONC), ma in modo meno importante. Infatti passarono da **23,7 mio a 39,9 mio (+68%)**. Per contro diminuirono i posti letto all'ONC (547 nel 1984 contro 382 nel 1991), i casi avuti in cura (da 1'511 a 1'268) e i giorni di degenza (da 185'000 a 118'000).

Si registrò quindi un potenziamento importante dei servizi ambulatoriali già funzionanti (in particolare di quello degli adulti) con conseguente aumento dei costi, mentre l'aumento dei costi nel settore stazionario (malgrado la diminuzione delle degenze) fu una conseguenza del miglioramento della qualità delle cure e delle condizioni di degenza che si verificò in tutti gli ospedali (compresi dunque quelli psichiatrici).

Complessivamente (ambulatoriale + stazionario) nel periodo '84-'91 i costi aumentarono dell'**81%** passando da **27,8 mio a 50,4 mio**, e il fabbisogno però da 9.50 mio a 31.00 mio.

3. Nel periodo più recente (1991-1996) i costi aumentano ancora leggermente nel settore ambulatoriale (**da 10,5 a 11,9 mio**) con un incremento nominale del 13% (inferiore al tasso di inflazione nel medesimo periodo del 17%), mentre restano praticamente stabili (in termini nominali) nel settore **stazionario (da 39,9 mio scendono a 39,5 mio)**. Per contro, diminuisce globalmente (OSC) in modo importante (**da 31.00 mio a 24.90 mio**) il fabbisogno a carico dello Stato.

In complesso migliora il rapporto fabbisogno/uscite che scende dal 61% del 1991 al 49% del 1996. Questo grazie alla pianificazione '93-'95, al contenimento dei costi, alla creazione del Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) e alle conseguenti maggiori entrate dalla Confederazione (AI) e al rinnovo delle convenzioni con le casse malati.

I posti letto (da 382 a 288) e le giornate di degenza (da 118'000 a 98'945) continuano a diminuire, mentre aumentano ulteriormente gli utenti di SPS + SMP (da 4'234 a 5'400 ca.) e le consultazioni (da 58'164 a 75'754).

(confr. tabelle allegate)

- 4 Dall'entrata in vigore della LASP si sono quindi ottenuti i seguenti risultati.

- a) Una importante estensione dei servizi ambulatoriali esistenti e una importante riduzione delle degenze ospedaliere.

In questo modo (assieme all'attività della Commissione giuridica) viene realizzato uno dei principali obiettivi della LASP: quello della protezione della libertà individuale con provvedimenti ambulatoriali meno limitativi.

La libertà individuale di persone bisognose di assistenza psichiatrica viene infatti convenientemente protetta solo se si è in grado di evitare internamenti (volontari o coatti) causati dalla mancanza di strutture adeguate di cura a domicilio. A questo proposito il rapporto Commissionale del 1982 affermava:

"La legge non vuole soltanto creare gli strumenti che permettano all'utente di difendersi contro privazioni ingiustificate della libertà.

La sua ambizione è anche quella di porre le premesse concrete affinché il rispetto dei diritti degli utenti entri nella logica dell'assistenza socio-psichiatrica.

Allo scopo si postula una riorganizzazione dei servizi esistenti e l'offerta, nel territorio, di strutture in grado di evitare collocamenti non giustificati e di offrire "un'assistenza adeguata" ai sensi dell'art. 6."

L'obiettivo di diminuire le degenze all'ONC è stato reso possibile anche dallo sviluppo di altre strutture sanitarie non psichiatriche stazionarie e ambulatoriali soprattutto per anziani e invalidi (case per anziani, centri diurni, laboratori protetti, foyers, istituti sociali). Queste strutture spesso, oltre a favorire l'integrazione di chi arrischiava l'emarginazione, hanno certamente contribuito anche alla difesa dei diritti individuali e della dignità delle persone bisognose di cura e di assistenza.

- b) Una adeguata difesa giuridica dei diritti del paziente tramite l'attività della Commissione giuridica.
- c) Il controllo dei costi che, grazie a provvedimenti di razionalizzazione, sono rimasti costanti in termini nominali dal 1991, mentre il disavanzo a carico dello Stato è diminuito nel medesimo periodo ('91-'96) del 20% (da 31.00 milioni a 24.90 mio: - **6.10 mio**).
- d) Una efficace ripartizione di compiti tra pubblico e privato sia a livello stazionario (nella pianificazione ospedaliera i letti del settore psichiatrico pubblico sono il 42% del totale) che a livello ambulatoriale grazie al potenziamento dell'offerta ambulatoriale privata soprattutto per l'approccio individuale.
Il settore pubblico, pur esprimendosi in tutti i campi delle terapie psichiatriche, ha infatti concentrato la propria attività soprattutto in quello della sociopsichiatria e nel rispetto del concetto di settore che garantisce la continuità delle cure. Sia per quanto riguarda attività di gruppo (ergoterapia, laboratori protetti, centri diurni, appartamenti protetti), sia per quanto riguarda l'attenzione che deve essere prestata al vissuto sociale del paziente e al sostegno alle famiglie.
Il successo di questa attività, rilevabile dai dati quantitativi e dalle valutazioni periodiche riassunte nell'allegato alla pianificazione sociopsichiatrica '91-'96, conferma la validità della struttura settoriale voluta dalla LASP, e della conseguente flessibilità e continuità delle cure.
La necessità di disporre di strutture stazionarie e ambulatoriali, tali da rendere minima la necessità di ospedalizzazione in un ospedale psichiatrico, illustrano anche perché non avrebbe senso separare la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) dal servizio psicosociale inserendo eventualmente la Clinica Psichiatrica Cantonale nell'EOC. Da una parte potrebbe compromettere i risultati raggiunti nell'ambito della difesa della libertà individuale (garantendo, nella misura del possibile, l'assistenza a domicilio e la flessibilità e la continuità della cura offerta grazie all'organizzazione settoriale), dall'altra si inserirebbe nell'EOC (che si occupa soprattutto di ospedali per malattie acute limitate nel tempo) una casistica avulsa con periodi di cura molto più lunghi, a volte ininterrotti, a volte caratterizzati da frequenti recidive, che richiede una organizzazione e risposte molto diverse.
- e) Una soluzione adeguata al problema dei "lungodegenti". Questo problema era già stato evidenziato nel Messaggio del 1979 come uno dei "più scottanti e drammatici" segnalando che "oltre il 50% dei pazienti nel '76 è degente da più di un anno (395 su 720) e un quarto (180 su 720) da oltre dieci anni. Pure il rapporto commissionale dell' '82 riprendeva il discorso del rischio di "assuefazione"

definendolo un aspetto "grave e oneroso" che il progetto di legge non aveva la pretesa di risolvere, ma solo di attenuare.

Nel 1994 veniva creato il CARL (Centro abitativo, ricreativo e di lavoro) il cui obiettivo è quello di evitare il decadimento psicofisico, mantenere l'autonomia e valorizzare le risorse di "degenti cronici stabilizzati". A questo scopo l'ospedale acuto (Clinica Psichiatrica Cantonale) e il CARL vengono insediati in edifici differenti. Quelli adibiti al CARL vengono ristrutturati per la nuova, specifica funzione e, per i suoi ospiti sono stati definiti dei progetti di intervento a media e a lunga scadenza con l'ausilio di personale curante appositamente formato e di laboratori protetti.

Grazie a questa nuova organizzazione il 15.12.1995 l'UFAS decideva di aumentare le sovvenzioni alle spese di esercizio e all'acquisto di attrezzature sia per il CARL che per i centri diurni.

Tra il 1982, primo esercizio preso in considerazione, e il 1991, l'AI ha versato all'ex ONC 16 mio per la presa a carico di pazienti invalidi (in media 1.6 mio all'anno).

I sussidi AI all'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC) aumentavano poi come conseguenza della nuova organizzazione di oltre 3.0 milioni l'anno:

Sussidi AI	1992	1.96 mio	1995	5.01 mio
	1993	2.16 mio	1996	5.18 mio
	1994	1.85 mio		

- f) La valorizzazione dell'area di Casvegno, una delle più pregiate del territorio cantonale, che si conferma definitivamente come supporto materiale e simbolico dell'attività di un'organizzazione sociosanitaria di alti contenuti umani. Si tratta di una significativa testimonianza della solidarietà cantonale verso una parte della popolazione particolarmente toccata dalla sofferenza.

Questa valorizzazione è stata riconosciuta recentemente anche dalla Confederazione con un sussidio agli investimenti già iniziati per la risistemazione dell'area di Casvegno che dovrebbe raggiungere circa fr. 20 milioni.

II. LA REVISIONE DELLA LASP

1. La LASP del 1983 è stata quindi uno strumento efficace durante 14 anni per realizzare gli obiettivi che il legislatore si era posto al momento della sua elaborazione. Inoltre il modello ticinese ha suscitato negli altri Cantoni un qualificato interesse scientifico, per l'originalità della sua impostazione interdisciplinare e per le diverse soluzioni giuridiche che hanno anticipato, se non influenzato, l'evoluzione della giurisprudenza cantonale e federale (si vedano ad esempio Ryser-Zwygart F., "Rechts- und sozialstaatliche Aspekte der psychiatrischen Betreuung Dargestellt am BP des Tessiner Gesetzes (LASP)", Diss. Berna 1988 e la ricerca comparativa sostenuta dal FNSR condotta da Marco Borghi e Giorgio Rezzonico in collaborazione con Luisa Biaggini, "Évaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de la liberté à des fins d'assistance". PMS 1991 e RDT 45, 1990 pag. 121 seg.).
2. Gli anni trascorsi dall'entrata in vigore del progetto uscito dai lavori granconsigliari nell' '83 e le esperienze fatte hanno tuttavia permesso di evidenziare anche alcune

lacune e alcune contraddizioni sia in rapporto al prevalente diritto federale, sia interne al testo attuale.

3. Agli aspetti contraddittori con il diritto federale si è in parte ovviato provvisoriamente con l'art. 12 del Regolamento, mentre un ulteriore problema di incompatibilità con la legislazione federale, tuttora irrisolto, si è verificato con la più recente decisione di abrogare le norme sulla responsabilità del Cantone per atto illecito figuranti nella LASP in occasione dell'adozione della legge sulla responsabilità degli enti e degli agenti pubblici (Lresp).

Su tali discrepanze e sulla necessità di correggerle, cfr. Marco Borghi, "Commento alla legge sociopsichiatrica ticinese" ad art. 33; 49; 52; 58; 60, PMS Lugano e, "La responsabilità sanitaria dell'ente pubblico nel cantone Ticino" in "La responsabilità del medico e del personale sanitario fondata sul diritto pubblico civile e penale", Commissione per la formazione permanente dei giuristi, pag. 27 seg..

4. Oltre a discrepanze con la legislazione federale, la LASP contiene alcune contraddizioni intrinseche, che hanno potuto essere risolte solo parzialmente. La più importante è costituita dalla determinazione della portata dell'art. 36. La norma prevede sostanzialmente la competenza della Commissione giuridica di esaminare periodicamente la liceità della degenza di pazienti nelle UTR stazionarie. Trattasi di un impegno notevole, che tuttavia non può essere assolto da una Commissione composta da membri nominati accessoriamente ad altre funzioni prevalenti e il cui Presidente deve essere "scelto nell'ordine giudiziario" (art. 14 cpv. 2). La Commissione giuridica ha pertanto dovuto emanare un'ordinanza relativa all'allestimento ed all'obbligo di trasmettergli i piani terapeutici, limitandolo ai casi di collocamento coatto, mentre per le ospedalizzazioni volontarie l'ordinanza ha istituito il "metodo della prova a caso". Nella prassi si è inoltre posta la questione irrisolta dell'estensione di tale verifica anche nelle strutture terapeutiche private, in base ad un'applicazione sistematica dell'art. 3.

Un'altra lacuna è rappresentata dalla determinazione delle competenze e finalità di alcune strutture organizzative. Ciò vale ad esempio per la carente definizione della nozione di UTR, la cui ambiguità ha suscitato diverse difficoltà di applicazione (in specie in relazione all'inadeguato ruolo del Collegio direttivo, cfr. art. 9 LASP) e per la genericità della funzione assegnata alla Commissione consultiva, ridotta a mero ausilio del CPSC (art. 12 LASP). Di fatto inutilizzata, tranne che per la partecipazione all'ultima fase di elaborazione del progetto di pianificazione.

Il disegno di legge riformula quindi diversi aspetti organizzativi, precisando meglio (ev. potenziando) le competenze di organi funzionanti quali la CPSC e la CG e abrogando gli altri (in particolare la Commissione consultiva e il Collegio direttivo) (v. art. 7 e segg.).

5. Infine la nuova sensibilità che si è sviluppata, a partire dagli anni '60, attorno ai problemi della situazione dei pazienti degenti in ospedali psichiatrici, ai loro diritti e ai rischi connessi con la privazione di libertà a scopo di assistenza ha prodotto una proficua collaborazione tra giuristi e psichiatri. I risultati di questa collaborazione sono apparsi nella copiosa giurisprudenza specifica e sono stati discussi in numerosi congressi interdisciplinari. Di queste analisi e di queste riflessioni il disegno di legge tiene ampiamente conto proponendo miglioramenti significativi rispetto al testo attuale, in alcuni punti divenuto ormai insoddisfacente.

È il caso ad esempio

- ♦ dell'esigenza di assicurare la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle strutture terapeutiche (cfr. art. 6 cpv. 1 del disegno);
- ♦ del divieto di sperimentazione su persone incapaci di discernimento (cfr. art. 39 cpv. 4 LASP), divieto eccessivamente rigoroso, indifferenziato, e eccessivamente restrittivo della ricerca medica (cfr. ad art. 33);
- ♦ della mancanza, nella LASP, di norme specifiche concernenti il delicato settore della protezione dei dati, anche in ragione dei limiti della Legge cantonale sulla protezione dei dati personali del 9 marzo 1987 (cfr. ad art. 38);
- ♦ della rigidità della soluzione prevista nella LASP per le persone (statisticamente numerose) la cui incapacità di discernimento ha carattere ciclico; il disegno prevede la possibilità per il paziente di accettare o di rifiutare preventivamente una terapia, ciò che limita i casi di coazione (cfr. ad art. 34);
- ♦ della contraddittorietà del diritto federale che d'un lato prescrive genericamente che la persona collocata coattivamente deve essere rilasciata non appena lo permetta il suo stato (art. 397a cpv. 3 CCS) ma dall'altro, all'art. 397b cpv. 3, prevede che, se il collocamento è stato ordinato da un'autorità tutoria, questa è pure competente a decidere il rilascio, il che ha comportato ritardi notevoli nell'esecuzione di dimissioni necessarie secondo la direzione medica. Tale incongruenza può essere risolta con la delega, dall'autorità tutoria alla direzione medica, della competenza di decidere le dimissioni (cfr. ad art. 48);
- ♦ dell'esigenza di effettuare regolarmente la valutazione della catamnesi e della necessità di attiva e costante preparazione delle dimissioni, più volte messa in evidenza dalla giurisprudenza cantonale (cfr. ad esempio RDAT I-1991 N. 29 e 1989 N. 37) e dai circostanziati rapporti del Presidente della Commissione giuridica (cfr. ad art. 14);
- ♦ della carenza di disposizioni relative ai doveri dei pazienti (cfr. ad art. 20 cpv. 2), nonché del pagamento della retta nel caso di pazienti lungodegenti (ad esempio per il CARL) (cfr. ad art. 51);
- ♦ dell'assenza di norme relative all'effettività dei diritti dei pazienti, problematica in ragione della restrittività della giurisprudenza federale concernente il riconoscimento dell'assistenza giuridica ai pazienti psichiatrici (cfr. ad art. 45);
- ♦ di diversi altri complementi, a diritti già sanciti (ad esempio, appare utile assicurare la paziente la proprietà intellettuale delle opere realizzate nell'ambito di attività socioterapiche: cfr. ad art. 40);
- ♦ di una certa incongruità formale della vigente LASP, messa in evidenza nella mozione della Commissione speciale per la verifica della Legge cantonale del 6 febbraio 1995, in cui è formulato l'auspicio di "snellimento" della legge.

- 6 Al fine di affrontare le tematiche summenzionate, il Consiglio di Stato, con risoluzione governativa N. 4168 del 18 maggio 1994, ha costituito una speciale Commissione interdisciplinare e rappresentativa per la verifica e l'adattamento della LASP, composta dal prof. dr. Marco Borghi (presidente) e dai membri dott. med. FMH Lorenza Bolzani, avv. Marco Brenni, dott. med. FMH Carlo Calanchini, dott. rer. pol. Riccardo Crivelli, dott. med. FMH Marco Frei, dott. oec. Flavio Gambazzi, Willi Lubrini, infermiere psichiatrico CRS, dott. med. FMH Milan Monasevic. Il segretario e il coordinamento della Commissione è stato assicurato da Laura Lupi, assistente di direzione.

La Commissione si è riunita 14 volte sull'arco di 2 anni, pervenendo ad un accordo unanime sull'esigenza della revisione della legge e sul contenuto dei singoli articoli. Sul piano formale, l'importanza qualitativa e quantitativa delle diverse modifiche ha imposto la decisione di formulare le nuove disposizioni in modo organico, nella forma della revisione totale.

La Commissione ha inoltre

- ♦ sentito il responsabile del Servizio protezione dati personali, avv. Fiorenzo Conti-Rossini, la Presidente e il membro giurista della Commissione di vigilanza sanitaria avv. Patrizia Pesenti-Huber e dott. jur. Paolo Pelli;
- ♦ consultato gli operatori dell'OSC (cfr. bollettino N. 99 e N. 103), la Società ticinese di psichiatri, il Consiglio Psicosociale cantonale e il Consiglio di direzione OSC;
- ♦ espresso parere negativo all'iniziativa parlamentare Remo Pelloni del 14 marzo 1994 relativa all'attribuzione al Gran Consiglio della competenza decisionale in merito alla determinazione dei settori e alla pianificazione sociopsichiatrica.

Il Presidente della Commissione ha altresì coordinato i lavori della Commissione stessa con i progetti di altri settori dell'amministrazione interessati alla revisione e ha inoltre rielaborato con il responsabile dell'Ufficio di legislazione, avv. R. Keller, la prima stesura del progetto di legge.

La Commissione ha consegnato il proprio rapporto accompagnato dal progetto di revisione della legge il 5.1.1998.

Con questo Messaggio proponiamo al Gran Consiglio l'approvazione del testo di revisione della LASP studiato.

III. IL CONTENUTO DELLA REVISIONE

Come visto, la revisione ha formalmente carattere di revisione totale, ma non tutte le norme della LASP vigente sono state sostanzialmente modificate. Il presente commento, articolo per articolo, deve dunque essere considerato un complemento del messaggio del Consiglio di Stato 12 novembre 1979 succitato e degli atti parlamentari successivi.

Verrà invece evidenziata, in quanto necessario, la relazione tra la LASP e la legislazione sanitaria, applicabile a titolo sussidiario (art. 59).

1. Il titolo della legge, in particolare il termine "sociopsichiatrico" ha dato luogo ad un'approfondita discussione in seno alla Commissione. In sostanza, alcuni psichiatri membri della Commissione hanno sottolineato che tale termine è ambiguo e fuorviante perché potrebbe implicitamente essergli attribuita un'accezione medica e quindi escludere altre modalità o altre tecniche di intervento psichiatrico che non avessero carattere sociale, secondo una ben precisata branca della psichiatria. Occorre quindi formalmente precisare che il termine "sociopsichiatrico" ha esclusivamente carattere giuridico e non esclude alcuna tecnica terapeutica particolare.
2. Il campo di applicazione e lo scopo sono definiti agli art. 1 e 2, che corrispondono sostanzialmente agli art. da 1 a 3 LASP.

Sul piano terminologico, il progetto mantiene il termine di "utente" che sottolinea simbolicamente e utilmente il carattere di servizio pubblico dell'OSC (e, per certi aspetti, della psichiatria privata) non essendo ancora del tutto scomparsi i retaggi deteriori di una psichiatria custodialistica. Inoltre, ad onta della sua connotazione burocratica e riduttiva, appare comunque il meno inadeguato: occorre infatti ricordare che la legge non si applica solo a casi psichiatrici ma anche a casi sociali (le persone in "grave stato di abbandono" comprese nell'art. 397a CCS, cfr. RDAT 1991 N 29) per cui occorre comunque adottare un termine sufficientemente generico. Il disegno di legge prevede peraltro una soluzione di compromesso, nel senso che il termine "utente" è usato solo quando la singola norma presuppone la duplice connotazione (generica e di "servizio pubblico").

Il cpv. 2 dell'art. 1 precisa l'applicabilità delle disposizioni intese a proteggere i diritti dei pazienti, a tutti gli enti o persone di diritto privato, indipendentemente dal fatto che con gli stessi lo Stato abbia concluso un rapporto di collaborazione ai sensi dell'art. 3.

3. L'art. 3 riprende il principio stabilito all'art. 4 LASP, precisando tuttavia al cpv. 3 che la concessione di sussidi a una UTR privata è subordinata all'interesse generale rappresentato dall'attività di essa valutata nel contesto globale della pianificazione (cfr. art. 13). Questa precisazione permette altresì di distinguere il sussidiamento dalla possibilità di sottoscrivere convenzioni e di riconoscere UTR private indipendentemente dal sussidiamento. D'altra parte è evidente che la norma non può essere interpretata nel senso che tutto quanto è escluso dalla pianificazione non è di interesse generale.

Per quanto attiene alla portata e alla natura (di diritto pubblico) delle convenzioni di collaborazione in campo psichiatrico tra ente pubblico e privati, cfr. DTF 122 I 153, 156 seg.

4. Gli art. 4 e 5 costituiscono una riformulazione semplificata dei vigenti art. 5 e 6 LASP. Da notare che tali norme completano, dal profilo sociopsichiatrico, l'art. 5 Lsan.

5. L'art. 6 ha essenzialmente valore di norma programmatica ma sottolinea in modo comunque vincolante il compito per l'OSC di attivare la ricerca epidemiologica e sulla qualità delle cure, da intendersi in senso lato, comprendente anche la ricerca sull'efficacia e l'efficienza delle UTR riconosciute. Inoltre evidenzia l'esigenza che tale ricerca attenga anche al settore solitamente trascurato dell'efficacia e dell'effettività dei diritti dei pazienti (su tale tematica, cfr. gli atti del convegno interdisciplinare tenutosi a Mendrisio il 7/8 novembre 1991, La legislazione sociopsichiatrica, un bilancio, edito dall'Istituto di federalismo dell'Università di Friburgo, PIFF 6).

Ciò vale anche in particolare per l'interazione causale esistente tra la disponibilità e l'efficacia delle risorse attribuite all'OSC e l'esigenza di adottare misure coattive per la presa in carico dei pazienti, ad esempio per le disposizioni relative alla costrizione fisica (art. 39), il cui mantenimento nella legge non deve costituire mera legalizzazione di misure "indispensabili" solo a causa dell'inadeguatezza delle strutture terapeutiche, dovute in particolare alla mancanza di personale o a carenze

nella formazione dello stesso. Soprattutto, questi aspetti dovranno essere valutati costantemente.

La norma impone inoltre il coordinamento della ricerca fra tutti i servizi interessati (di cui il regolamento di applicazione stabilirà nel dettaglio le competenze e le modalità, in relazione in particolare al cpv. 3).

Essa si configura quindi quale ausilio, ma anche quale precisazione della finalità e dei contenuti per il Centro di documentazione e ricerca istituito in seno all'OSC.

Infine, per ogni ricerca devono naturalmente essere rigorosamente salvaguardati i precetti dei nuovi art. 33 e 38 (cfr. infra).

6. Gli art. 7-15 contengono le norme organizzative essenziali e costituiscono il frutto di una discussione approfondita e articolata avvenuta in seno alla Commissione. Confermano il principio della settorializzazione, le modalità operative delle UTR, conferiscono adeguato assetto legislativo all'OSC (finora previsto solo dal regolamento del Consiglio di Stato) e riducono agli aspetti essenziali la regolamentazione del CPSC. Da sottolineare la formalizzazione al cpv. 2 art. 9, della funzione di Responsabile medico dell'OSC.

Il regolamento di applicazione stabilirà le modalità di coinvolgimento delle UTR private. In particolare, il coordinamento potrà essere fondato su convenzioni.

Infine, adottando il regolamento, il Consiglio di Stato veglierà affinché nell'ambito di ogni settore sia promossa la coerenza e la continuità delle modalità operative.

Sono state inoltre precisate le norme relative alla competenza della Commissione giuridica, in particolare per quanto attiene alle modalità di integrazione funzionale con le altre autorità competenti in ambito sociopsichiatrico.

- 6.1 Il disegno di legge conferma il principio operativo della collaborazione orizzontale dell'"équipe interdisciplinare" (art. 8 cpv. 3, cfr. art. 15 LASP) ma precisa la "responsabilità" del direttore del settore (art. 8 LASP) a seguito dell'esperienza fatta nell'applicazione di questo peraltro originale ed apprezzato modello.

La soluzione è sancita all'art. 10 e prevede il principio per cui le UTR sono attribuite alla responsabilità *ultima* del direttore di settore (cpv. 1), che può delegare competenze gestionali e terapeutiche ai propri subordinati (cpv. 4). Il cpv. 3 dell'art. 10 attribuisce inoltre direttamente la delega per la responsabilità medica della clinica psichiatrica a un direttore specialista in psichiatria e psicoterapia. Il regolamento, come nel caso di altre eventuali deleghe, preciserà le competenze del direttore della clinica psichiatrica e, più in generale, permetterà al Consiglio di Stato di attribuire direttamente compiti specifici a singoli ospedali sanitari.

Le altre competenze del direttore possono essere determinate dal regolamento di applicazione e dai diversi "cahiers des charges"; in particolare, il regolamento potrà prevedere che nel caso in cui la direzione del settore fosse assicurata da uno specialista senza il titolo FMH, il caposervizio dovrà essere specialista FMH in psichiatria e psicoterapia per garantire la formazione.

Precisata in questo modo la struttura organizzativa, si è potuto rinunciare a stucchevoli e comunque solo esemplificative definizioni delle diverse UTR, attribuendo tale competenza legislativa al Consiglio di Stato, che riprenderà, dettagliandoli ulteriormente, gli art. 16 seg. LASP.

- 6.2. Per quanto attiene alla composizione del CPSC, l'esperienza ha mostrato l'utilità di coinvolgere altre persone e altri enti sia per assicurare carattere interdisciplinare al processo decisionale, sia per assecondare la funzione di coordinazione degli interventi, in particolare con la psichiatria privata.

L'art. 12 aggiunge quindi allo scarso elenco dell'art. 10 LASP un rappresentante della psichiatria privata, un rappresentante dei pazienti (cfr. art. 45 cpv. 2) e il direttore dell'OSC.

Da notare in particolare che tale estensione rende superflua la funzione della Commissione consultiva istituita dal vigente art. 12, che può quindi essere abrogato.

Non si è ritenuto opportuno aggiungere all'elenco il Presidente della Commissione giuridica, al fine di salvaguardarne l'indipendenza; la legge conferisce tuttavia al CPSC la facoltà di invitarlo a presenziare alle sedute con voce consultativa.

- 6.3. La funzione principale di quest'ultima ha carattere giudiziario (si ricorda al proposito che essa è istituita ai sensi dell'art. 397a seg. CCS); e può essere adita su ricorso ai sensi degli art. 52 seg. (cfr. infra).

A tale competenza si aggiunge quella di vigilanza, funzione peraltro necessariamente limitata stante i limiti del suo organico, e la verosimile improponibilità di un aumento dello stesso (o della trasformazione del carattere accessorio dell'attività dei membri della Commissione in una funzione permanente).

Abrogato l'art. 36 LASP per i motivi suddetti, il disegno di legge non mantiene tuttavia nemmeno la competenza minima della Commissione giuridica di verifica perlomeno dei lungodegenti coattivi (come appare auspicabile anche in ragione della giurisprudenza della Corte Europea fondata sull'art. 5 § 4 CEDU, cfr. *Affaire Megyeri c. Germania*, 12 maggio 1992 Serie A N. 237-A N. 22 e rif.). Tale funzione dovrebbe essere svolta dalla Commissione di vigilanza istituita dalla Lsan. E' importante assicurare tale funzione non solo per le UTR, bensì in generale per tutte le strutture sanitarie assistenziali.

Il progetto precisa inoltre la competenza della Commissione giuridica di segnalare anche casi singoli suscettibili di ledere i diritti dei pazienti alle autorità competenti pervenuti a sua conoscenza casualmente, o su denuncia di terzi o nell'ambito di una procedura ricorsuale o anche a seguito di un'indagine promossa d'ufficio.

In particolare tali segnalazioni potranno essere indirizzate alla Commissione di vigilanza istituita dalla Lsan. La delimitazione delle competenze con tale autorità è stata discussa in modo approfondito con la Presidente e il giurista della stessa. Considerato che il campo di intervento della Commissione di vigilanza comprende l'esercizio di qualsiasi attività sanitaria e che un progetto di revisione parziale della Lsan (messaggio 4544 del 26 giugno 1966) intende estendere le competenze della Commissione di vigilanza e accordare anche ai denunciati la legittimazione ricorsuale contro le decisioni della Commissione stessa, appare superfluo istituire ulteriori autorità (quali ad esempio un vero e proprio "tribunale del malato") o prevedere ulteriori raccordi fra le due leggi, fermo restando che una denuncia alla Commissione di vigilanza può essere presentata anche dal paziente psichiatrico, dal suo rappresentante legale o da persona a lui prossima, indipendentemente da un eventuale ricorso alla Commissione giuridica istituita dalla LASP (e, inoltre, eventualmente, con il concorso e la consulenza dell'ente previsto all'art. 45 cpv. 2).

Il cpv. 3 dell'art. 14 del disegno riprende il vigente art. 14 cpv. 3 LASP ma aggiungendo l'obbligo per il Consiglio di Stato di prendere in considerazione le proposte formulate dalla Commissione giuridica nella pianificazione

sociopsichiatrica: in sostanza, se non le accoglie, il Consiglio di Stato deve motivare il rifiuto, ciò anche al fine di permettere alla Commissione giuridica di verificare l'avvenuto coordinamento tra le diverse istanze amministrative coinvolte.

Analoga funzione svolge il cpv. 4 dell'art. 14: ad esempio, la Commissione giuridica, accogliendo il ricorso, sovente richiede all'OSC l'adozione di misure assistenziali particolari configurabili quali condizione irrinunciabile della validità della dimissione e che devono perdurare anche dopo l'esecuzione della dimissione stessa (cfr. RDAT 1990 N. 32 e 1990 N. 34). Il cpv. 4 dell'art. 14 conferisce formalmente alla Commissione giuridica la competenza di verificare a posteriori l'avvenuto ossequio della prescrizione assegnata all'OSC.

La composizione interdisciplinare ha dato ottimi risultati, confermati dalla ricerca per il FNSR menzionata supra sub. 1. Anche il Tribunale federale ha evidenziato l'opportunità che il perito sia membro dell'autorità giudicante (DTF 115 II 134 e 110 II 122) in ragione dell'esigenza imprescindibile di audizione personale del paziente (che, al fine anche di assicurare una contestuale valutazione interdisciplinare, deve essere effettuata dal Tribunale in corporee); da notare che tale sistema ha garantito nel cantone Ticino la celerità della procedura, celerità che l'esigenza di far capo alla nomina di un perito non garantirebbe (contrariamente al caso anomalo del Canton Zurigo, cfr. DTF 122 I 18).

- 6.4. La competenza "per discussione" del Gran Consiglio in merito alla pianificazione sociopsichiatrica prevista all'art. 13 è conforme alle diverse peculiarità dell'Esecutivo e del Legislativo, corrisponde alla situazione negli altri Cantoni (cfr. il Rapport du 10 mars 1986 concernant la participation du Parlement à la planification politique, FF 1986 II pag. 1 seg.) ed è coordinata con la normativa relativa alla pianificazione cantonale (cfr. il parere in merito del Consulente giuridico del Consiglio di Stato in RDAT II-1995 N. 1 pag. 227 seg., pag. 238). Per questi motivi, la Commissione ha deciso di proporre di non dar seguito all'iniziativa parlamentare Pelloni.

7. Anche il capitolo III è stato riformulato tenendo conto delle indicazioni del Centro di legislazione; sono state eliminate alcune ripetizioni e abrogati o semplificati alcuni capoversi.

Poche le modifiche aventi portata materiale:

all'art. 20 cpv. 2 il disegno di legge prevede esplicitamente la possibilità di ordinare un trattamento ambulatoriale coattivo. E' un'espressione del principio di proporzionalità (applicabile anche alla privazione della libertà a fini di assistenza, cfr. DTF 114 II 213), che esclude di per sé la possibilità di un collocamento coattivo se sono date soluzioni terapeutiche alternative, meno restrittive della libertà personale di un collocamento (cfr. ad esempio RDAT 1987 N. 33 e la sentenza del Tribunale amministrativo 15.1.1987 in RDAT 1987 N. 32). Ma l'ambito di tale competenza è limitato all'applicazione della legislazione sulla privazione della libertà; la giurisprudenza cantonale ha evidenziato recentemente che, per poter imporre un trattamento ambulatoriale indipendentemente da una procedura di ricorso, occorre una chiara base legale cantonale (cfr. la sentenza del Tribunale amministrativo argoviese 2.4.1996, pubblicata in ZBI 11/1996 pag. 505; cfr. anche DTF 118 II 248 e Extraits ATC, FR 1985, pag. 9).

L'art. 22 riprende la formulazione dell'art. 28 LASP aggiungendo tuttavia la condizione che il collocamento sia suscettibile di favorire l'adozione di interventi terapeutici o riabilitativi; occorre in sostanza evitare che l'OSC assuma un ruolo

esclusivamente custodialistico: tale ruolo compete ad altre autorità in applicazione di altra legislazione, in specie penale.

Il disegno di legge rinuncia a prevedere sanzioni in caso di inosservanza, da parte dei medici, delle rigorose esigenze di motivazione della decisione di collocamento sancite all'art. 23. L'OSC organizzerà comunque dei corsi di formazione in collaborazione con l'Ordine dei medici.

8. Le disposizioni concernenti il piano terapeutico, l'informazione e il consenso per qualsiasi prestazione sanitaria o riabilitativa non sono state sostanzialmente modificate (ad eccezione dei nuovi art. 33 e 34: infra 3.8.2 e 3.8.3).

- 8.1. Alcune sono state tuttavia precisate, al fine di migliorarne l'integrazione sistematica con la Lsan.

L'art. 28 riprende la nozione di cartella clinica prevista dalla Lsan, che ne definisce e regola il contenuto all'art. 67 (e all'art. 6 cpv. 3, 4, per quanto attiene al diritto di consultarla).

Anche l'art. 30 del disegno recepisce, per quanto di pertinenza della sociopsichiatria, gli art. 6 cpv. 1 e 2 Lsan, norme conformi alla giurisprudenza più recente (DTF 122 I 154).

Le norme generali concernenti il consenso (art. 31, 32, 35 e 36) riprendono sostanzialmente il tenore rispettivamente degli art. 38 (con la sola aggiunta del riferimento all'art. 45 cpv. 2), 39 (salvo il cpv. 4, infra 3.8.2), 40 e 41 LASP.

- 8.2. L'art. 39 cpv. 4 LASP prevede che "in nessun caso l'utente incapace di discernimento può essere fatto oggetto di ricerca sperimentale". Il Tribunale federale, in una sentenza posteriore all'adozione della LASP, ha, in un caso ginevrino, pronunciato testualmente: "le représentant légal ne saurait de toute façon consentir à livrer son protégé à une expérimentation scientifique" (DTF 114 Ia 350). Inoltre, il rapporto del "Comité d'experts pour le développement des droits de l'Homme" del 14-18 dicembre 1992 sul "projet de protocole à la CEDH concernant certains droits des personnes privées de liberté" che, all'art. 4 prevede che "une personne privée de sa liberté ne peut être soumise à une expérimentation médicale sans son consentement libre et éclairé et que s'il en est raisonnablement attendu un bénéfice pour sa santé". In linea di principio, il vigente art. 39 cpv. 4 LASP ha quindi addirittura anticipato la rigorosa opinione del Tribunale federale e degli esperti del Consiglio d'Europa.

Un divieto assoluto, quale quello sancito dalla LASP vigente, appare ciononostante inopportuno (se non inapplicabile e discriminatorio): infatti, apparirebbe paradossale escludere legislativamente la ricerca scientifica per le patologie più gravi (per quelle per le quali è particolarmente necessaria); inoltre, tale limitazione non è prevista per le patologie non aventi carattere psichiatrico. D'altro canto occorre sottolineare il fatto che nel settore della ricerca sono in gioco rilevanti interessi economici e pertanto proprio in questo campo le persone particolarmente vulnerabili appaiono bisognose di un'accresciuta protezione legislativa.

Il disegno di legge contempera tali contrapposte esigenze prevedendo l'abrogazione del divieto e il rinvio alla legge sanitaria. L'esperienza positiva e la prassi rigorosa del Comitato etico istituito dall'art. 10 Lsan, unitamente alle modifiche previste nel progetto 26 giugno 1996 di revisione parziale della Lsan (art. 10a e 10b) offrono la tranquillante certezza che un organo adeguato e competente valuterà attentamente ogni singolo protocollo di ricerca in campo psichiatrico e tutelerà adeguatamente i

10. L'art. 40 è completato da un nuovo cpv. 4 che, quale conseguenza del riconoscimento del valore intrinseco (sia affettivo che economico) di ogni espressione e esperienza artistica del paziente psichiatrico, obbliga l'OSC a riconoscere e in quanto possibile salvaguardare la proprietà intellettuale delle opere prodotte nell'ambito di attività socioterapiche (si rinvia, su questi aspetti, alla tesi di *Laurent Schweitzer*, "Le statut des oeuvres d'art créés en établissement psychiatrique", Collection "Etudes en droit de l'art" vol. 7, Schulthess, 1996).
Allo sfruttamento commerciale, come pure alla semplice divulgazione, ostano pure le disposizioni relative al segreto medico e di funzione (art. 320 seg. CPS) e le disposizioni sulla protezione dei dati (cfr. ad art. 38).

11. Le disposizioni concernenti il diritto di voto, hanno potuto essere messe in vigore validamente e applicate correttamente per oltre un decennio. La prassi ha mostrato non solo l'applicabilità di tali norme ma anche l'importanza che le persone cui la LASP è applicabile attribuiscono all'esercizio del diritto di voto, segno concreto del riconoscimento del loro statuto di cittadini e di una certa relativizzazione della stigmatizzazione che l'esclusione sociale comporta. Non sorprende quindi la controversia sorta in Parlamento in occasione dell'adozione della revisione totale della Costituzione cantonale a proposito della proposta della Commissione speciale parlamentare di reintrodurre (contrariamente al messaggio del Consiglio di Stato) l'esclusione dal diritto di voto delle persone interdette secondo l'art. 369 CCS. Gli argomenti invocati dal rapporto (cfr. pag. 36 nell'edizione speciale della RDAT settembre 1997) sono inconsistenti, sia quello riferito ai rischi di abusi (come detto, il sistema funziona da un decennio e non ha mai dato adito a lagnanze) sia quello relativo alla supposta discriminazione che il sistema attuale instaurerebbe a seguito di un supposto "trattamento differenziato nell'ambito delle votazioni federali e cantonali": infatti, a quest'ultimo proposito basta osservare che il "trattamento differenziato" è imposto dal diritto federale per le votazioni federali e che la proposta di aggiungere l'esclusione anche a livello cantonale (e comunale e patriziale, cfr. RDAT 1987 N. 34) altro non fa che estendere la discriminazione nei confronti di chi, pure degente in strutture psichiatriche, non è stato oggetto di interdizione (a fortiori, è noto che sovente, in campo psicogeriatrico, le autorità rinunciano a pronunciare tale misura in quanto costituisce un onere sostanzialmente inutile; altrettanto vale nell'ambito della privazione della libertà a fini di assistenza, misura ritenuta, in applicazione del principio di proporzionalità, alternativa e sufficiente rispetto alla più severa interdizione).

Il dibattito in Gran Consiglio, avvenuto il 1° ottobre 1997, relativo all'emendamento concernente l'art. 26 cpv. 2 del disegno di revisione totale della costituzione, permette di ricomporre la controversia nel senso previsto dalla LASP vigente, riassumibile nella determinazione del criterio decisivo costituito dall'incapacità di discernimento quale unico motivo di esclusione, valido per chiunque, e dunque l'unico non discriminatorio: in tal senso deve essere interpretata la decisione del Gran Consiglio a seguito dell'emendamento proposto dall'On. Carlo Verda, perlomeno nell'ambito di un'interpretazione conforme all'art. 4 della Costituzione federale. E' anche il criterio adottato dalla LASP, per cui non occorre modificarne gli art. 42 seg.

12. La giurisprudenza restrittiva del Tribunale federale relativa al diritto all'assistenza giudiziaria, fondato sull'art. 397f cpv. 2 CCS (cfr. DTF 107 II 314) e, d'altro lato (oltre al problema della violazione del principio di forza derogatoria del diritto federale in caso di privazione della libertà e non di semplice restrizione) l'inopportunità di imporre un difensore d'ufficio per ogni misura coattiva (per l'inefficacia di un tale sistema, eccessivamente rigido ed oneroso) fondano la soluzione proposta nel disegno di legge di completare la possibilità comunque esistente per l'utente di richiedere l'assistenza giudiziaria (cfr. la giurisprudenza evolutiva del Tribunale federale relativa all'art. 4 della Costituzione federale e l'interpretazione estensiva dell'accessoriamente applicabile procedura amministrativa cantonale, cfr. DTF 118 II 248 e Extraits ATC FR 1985, pag. 5 e *Marco Borghi/Guido Corti*, Compendio di procedura amministrativa ticinese, ad art. 30 LPamm, pag. 151 seg.) con un servizio di consulenza e di mediazione gestito da un ente indipendente dall'OSC.

Una soluzione analoga è stata positivamente sperimentata nel Canton Ginevra ed è istituzionalizzata dal 1992 all'art. 1B della Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques.

Un simile istituto è suscettibile di favorire l'alleanza terapeutica, di ridurre la conflittualità di procedure giudiziarie, di collaborare in genere alla ricerca di soluzioni adeguate ai problemi che quasi endemicamente la degenza e soprattutto il momento sempre traumatico del collocamento in una UTR producono, ma al contempo, se necessario, anche di stimolare tale conflittualità, ad esempio consigliando l'utente sulle pratiche amministrative o giudiziarie da intraprendere e informando il Consiglio di Stato sulle carenze riscontrate nello svolgimento della propria attività (svolgendo così anche il ruolo di verifica delle situazioni di cronicizzazione dovute a patologie istituzionali, coadiuvando così la Commissione giuridica, cfr. supra ad art. 14).

Per quanto attiene alla garanzia di indipendenza e di oggettività nell'esercizio di tale funzione, la legge prevede, sul modello di analoga normativa federale (si pensi ad esempio all'art. 12 della Legge federale sulla protezione della natura) che l'ente delegatario di tale funzione pubblica abbia dimensione nazionale, sia dedito da almeno 10 anni al promovimento dello statuto dei malati psichici e alla loro assistenza e non abbia scopo di lucro.

Il finanziamento dovrebbe equivalere alla spesa per lo stipendio di 0.5-1 unità di personale.

Da notare comunque a questo proposito che motivi di ordine finanziario non possono, già in linea di principio, essere contrapposti all'esigenza di verifica costante e indipendente delle strutture psichiatriche, esigenza sottolineata recentemente dalla Corte europea dei diritti dell'uomo: nella sentenza 24.9.1992, affaire Herczegfalvy c. Austria (48/1991/300/371), la Corte ha infatti tra l'altro stabilito: "Selon la Cour, la situation d'infériorité et d'impuissance qui caractérise les patients internés dans des hôpitaux psychiatriques appelle une vigilance accrue dans le contrôle du respect de la Convention. S'il appartient aux autorités médicales de décider - sur la base des règles reconnues de leur science - des moyens thérapeutiques à employer, au besoin de force, pour préserver la santé physique et mentale des malades entièrement incapables d'autodétermination et dont elles ont donc la responsabilité, ceux-ci n'en demeurent pas moins protégés par l'art. 3, dont les exigences ne souffrent aucune dérogation."

Un ente suscettibile di adempiere a questi requisiti è ad esempio la Fondazione svizzera Pro Mente Sana.

13. Il problema posto dalla rigidità dell'art. 397b cpv. 3 CCS (cfr. supra 1.4) è risolto dall'art. 48 cpv. 2 nei limiti esigui della competenza legislativa che il diritto federale concede ai cantoni. La soluzione proposta riprende le conclusioni di un parere giuridico che il Prof. *Bernhard Schnyder* ha rilasciato al Dipartimento di giustizia zurighese ("Zur Frage der Entlassungskompetenz bei der fürsorgerischen Freiheitsentziehung, Art. 397b Abs. 3 ZGB", RDT 48/1993 pag. 173). Occorre sottolineare il fatto che la norma cantonale non intende proporre una soluzione divergente o complementare rispetto a quella adottata dal legislatore federale, bensì unicamente evidenziare che il diritto federale permette, in concreto, la delega di competenza ad autorità diverse da quella che ha deciso il collocamento e precisare a chi compete tale decisione.
14. L'art. 51 colma una lacuna che ha posto difficoltà non indifferenti alla direzione dell'OSC che, dopo l'entrata in vigore della LASP, ha introdotto criteri moderni di gestione amministrativa; la norma tiene comunque conto della finalità sociale dell'assistenza sociopsichiatrica, prevedendo che se le rette e gli onorari sono richiesti direttamente all'utente, l'OSC deve commisurarli alle condizioni di reddito e di sostanza di quest'ultimo.
15. Il capitolo V tiene conto sia dell'evoluzione della giurisprudenza federale, sia della positiva prassi instaurata dalla Commissione giuridica, riformulando in modo organico le diverse disposizioni.
In particolare l'art. 55 corregge l'incongruenza con il diritto federale figurante all'art. 58 LASP (cfr. supra 1.2) e precisa la competenza per la Commissione giuridica di emanare provvedimenti cautelari diversi dalla concessione dell'effetto sospensivo (ma nei limiti della competenza assegnata dalla LASP, cfr. ad esempio RDAT II-1992 N. 25);
l'art. 56 cpv. 2 legalizza la prassi instaurata spontaneamente dalla Commissione giuridica di effettuare un'udienza conciliativa in tempi molto brevi e che ha permesso "contrattualizzando" la degenza, di risolvere definitivamente situazioni conflittuali che una procedura formale difficilmente avrebbe potuto sanare efficacemente (cfr., su questo punto, lo studio citato sub 1.1).
Il cpv. 3 dell'art. 56 rispetta la severa esigenza posta dalla giurisprudenza federale in particolare per quanto attiene al principio per cui l'audizione orale deve avvenire in presenza di tutti i membri del collegio giudicante (DTF 115 II 129); da notare che la composizione interdisciplinare della Commissione giuridica (cfr. supra ad art. 14) permette di evitare il ricorso ad un perito esterno (DTF 110 II 122) ciò che favorisce anche il rispetto dell'esigenza di celerità previsto all'art. 397f cpv. 1;
l'art. 57 (unitamente all'art. 58) corregge le incongruenze con il diritto federale e cantonale summenzionate (supra e sub 2 in fine). In sostanza, l'abrogazione degli art. 60 seg. LASP, rendendo applicabile l'art. 7 LResp, ha introdotto il requisito della gravità dell'atto illecito, violando così il prevalente diritto federale (analogamente vale per gli art. 10 e 11 cpv. 2 LResp); ha inoltre ingenerato l'esigenza di distinguere tra situazioni e casistiche sovente nella realtà indistricabili (come determinare ad esempio se la somministrazione coatta di un farmaco è connessa ad una privazione della libertà ai sensi degli art. 397a seg., oppure è indipendente da tale misura [cfr. DTF 121 III 201 pag. 208/209]).

L'art. 58 prevede di conseguenza l'abrogazione dell'art. 31 lett. c LResp; non appare necessario richiamare esplicitamente nella LASP la riserva dell'art. 57 LASP, quest'ultima essendo applicabile quale *lex specialis* già in forza del diritto federale.

IV. RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E CONSEGUENZE SUL PIANO FINANZIARIO

Con la presentazione di questa modifica il Consiglio di Stato dà seguito a quanto indicato nell'allegato 4 del secondo aggiornamento delle Linee Direttive 1996-1999 (novembre 1997).

1. Spese d'investimento

Nessuna spesa prevista.

2. Spese correnti annue

È previsto il versamento di un sussidio all'ente privato incaricato dell'assistenza e consulenza agli utenti secondo l'art. 45 "Assistenza agli utenti".

L'importo annuo massimo è di fr. 60'000.--. Trattasi di una spesa nuova rispetto alla legge vigente, attinente esclusivamente alla retribuzione della persona incaricata di tale compito. Occorre tuttavia sottolineare che l'intervento in veste di mediatore dell'incaricato dell'ente che sarà designato, avrà sovente l'effetto di prevenire o ricomporre conflitti legati alla restrizione o alla privazione della libertà personale, riducendo di conseguenza gli oneri finanziari delle relative procedure di ricorso.

3. Enti subalterni e Comuni

Nessuna conseguenza.

4. Effettivo del personale

Nessun aumento.

Vogliate gradite, onorevoli signor Presidente, onorevoli signore e signori Consiglieri, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, G. Buffi

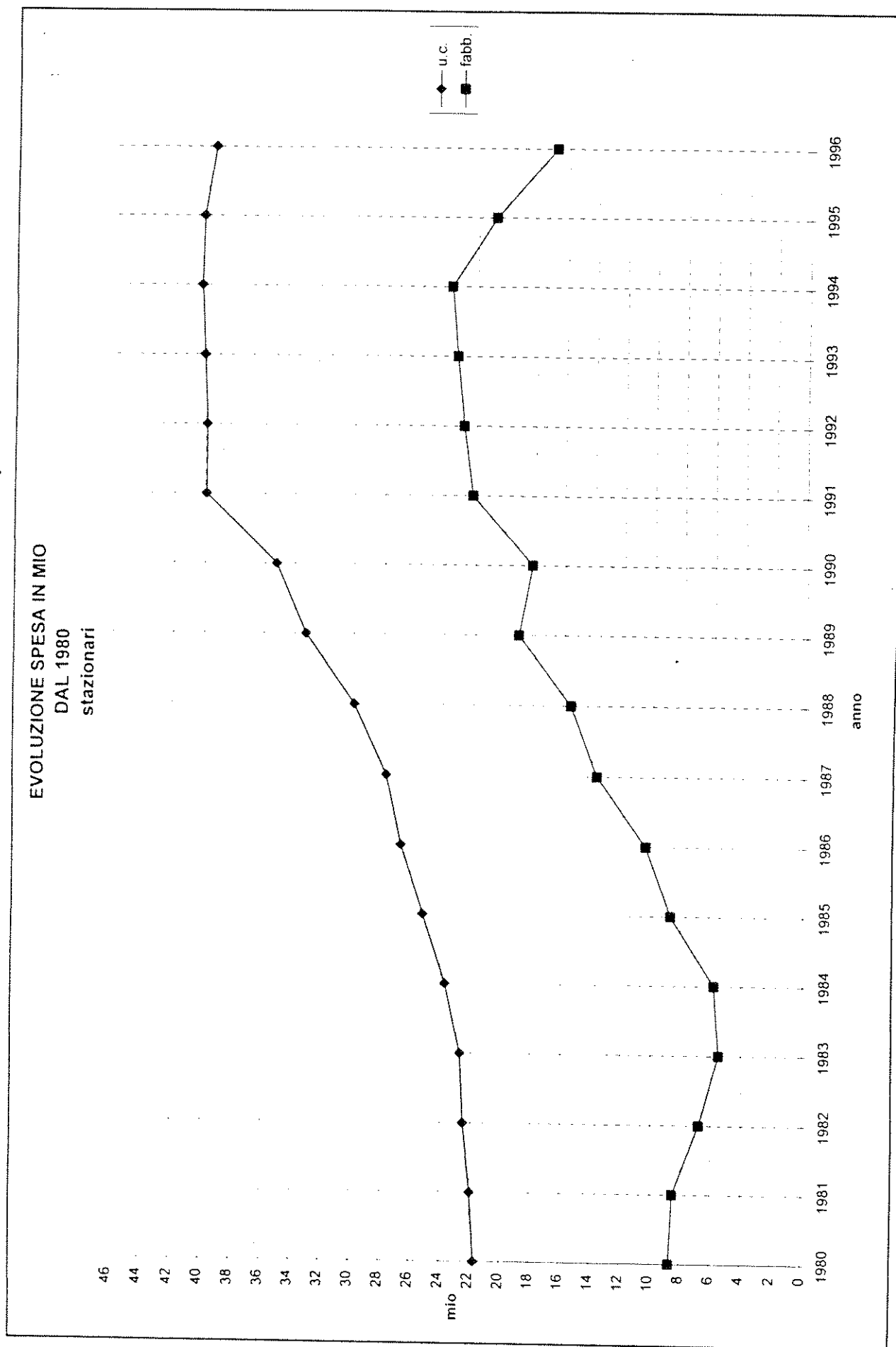
p.o. Il Cancelliere, G. Gianella

**EVOLUZIONE SPESA - IN MIO
DAL 1980**

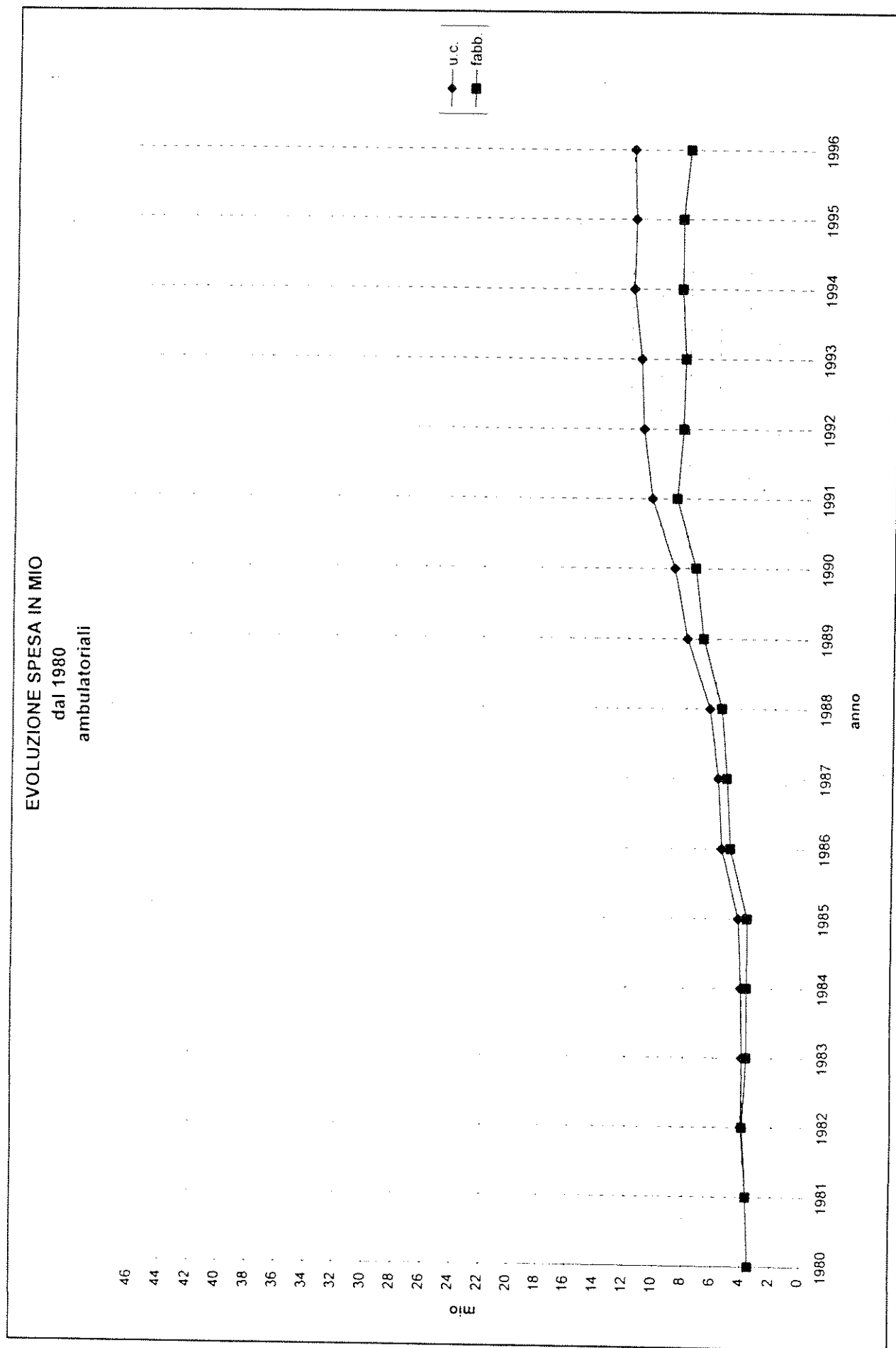
	1 SMP (minori)			2 SPS (adulti)			1 + 2 AMBUL			3 CPE (minori)			4 ONC (adulti)			3 + 4 STAZ			5 TOTALE		
	u.c.	e.	fabb.	u.c.	e.	fabb.	u.c.	e.	fabb.	u.c.	e.	fabb.	u.c.	e.	fabb.	u.c.	e.	fabb.	u.c.	e.	fabb.
1980	2.20	0.00	2.20	1.30	0.00	1.30	3.50	0.00	3.50	2.20	1.30	0.90	19.50	11.70	7.80	21.70	13.00	8.70	25.20	13.00	12.20
1981	2.20	0.00	2.20	1.50	0.00	1.50	3.70	0.00	3.70	2.20	1.00	1.20	19.80	12.50	7.30	22.00	13.50	8.50	25.70	13.50	12.20
1982	2.50	0.00	2.50	1.60	0.10	1.50	4.10	0.10	4.00	2.20	1.20	1.00	20.30	14.50	5.80	22.50	15.70	6.80	26.60	15.80	10.80
1983	2.40	0.00	2.40	1.60	0.30	1.30	4.00	0.30	3.70	2.00	1.60	0.40	20.70	15.60	5.10	22.70	17.20	5.50	26.70	17.50	9.20
1984	2.40	0.10	2.30	1.70	0.30	1.40	4.10	0.40	3.70	2.20	1.60	0.60	21.50	16.30	5.20	23.70	17.90	5.80	27.80	18.30	9.50
1985	2.30	0.20	2.10	2.00	0.40	1.60	4.30	0.60	3.70	2.50	1.40	1.10	22.70	15.10	7.60	25.20	16.50	8.70	29.50	17.10	12.40
1986	2.80	0.20	2.60	2.70	0.40	2.30	5.50	0.60	4.90	2.50	1.90	0.60	24.20	14.40	9.80	26.70	16.30	10.40	32.20	16.90	15.30
1987	2.90	0.20	2.70	2.90	0.40	2.50	5.80	0.60	5.20	2.60	1.60	1.00	25.10	12.40	12.70	27.70	14.00	13.70	33.50	14.60	18.90
1988	3.10	0.30	2.80	3.30	0.50	2.80	6.40	0.80	5.60	2.70	1.50	1.20	27.20	12.90	14.30	29.90	14.40	15.50	36.30	15.20	21.10
1989	3.70	0.30	3.40	4.30	0.80	3.50	8.00	1.10	6.90	3.10	1.70	1.40	30.10	12.40	17.70	33.20	14.10	19.10	41.20	15.20	26.00
1990	4.10	0.40	3.70	4.80	1.00	3.80	8.90	1.40	7.50	3.30	1.70	1.60	31.90	15.30	16.60	35.20	17.00	18.20	44.10	18.40	25.70
1991	4.60	0.40	4.20	5.90	1.30	4.60	10.50	1.70	8.80	3.70	1.60	2.10	36.20	16.10	20.10	39.90	17.70	22.20	50.40	19.40	31.00
1992	4.70	0.50	4.20	6.40	2.20	4.20	11.10	2.70	8.40	3.90	1.80	2.10	36.00	15.30	20.70	39.90	17.10	22.80	51.00	19.80	31.20
1993	4.70	0.70	4.00	6.60	2.30	4.30	11.30	3.00	8.30	3.90	2.00	1.90	36.20	14.80	21.40	40.10	16.80	23.30	51.40	19.80	31.60
1994	4.80	0.60	4.20	7.10	2.70	4.40	11.90	3.30	8.60	4.00	2.00	2.00	36.30	14.60	21.70	40.30	16.60	23.70	52.20	19.90	32.30
1995	4.70	0.60	4.10	7.10	2.60	4.50	11.80	3.20	8.60	4.00	2.40	1.60	36.20	17.00	19.20	40.20	19.40	20.80	52.00	22.60	29.40
1996	4.80	0.80	4.00	7.10	3.00	4.10	11.90	3.80	8.10	3.50	2.50	1.00	36.00	20.20	15.80	39.50	22.70	16.80	51.40	26.50	24.90
1997	4.70	0.70	4.00	7.10	2.90	4.20	11.80	3.60	8.20	3.80	2.30	1.50	35.60	19.50	16.10	39.40	21.80	17.60	51.20	25.40	25.80
1998																					

u.c. uscite correnti
e. entrate
fabb. fabbisogno

SPESE.XLS



SPESE.XLS



SPESE.XLS

1. Variazione in % uscite correnti per il periodo 1980-1984, 1984-1991, 1991-1996

periodo	anni	indice costo vita	1 SMP		2 SPS		1+2 AMUBUL		3 CPE		ONC		3 + 4 STAZ		TOTALE	
			nom	real	nom	real	nom	real	nom	real	nom	real	nom	real	nom	real
1980-1984	4	21%	9%	-10%	31%	8%	17%	-3%	0%	-17%	10%	-9%	9%	-10%	10%	-9%
1984-1991	7	21%	92%	59%	247%	186%	156%	112%	68%	39%	68%	39%	68%	39%	81%	50%
1991-1996	5	17%	4%	-11%	20%	3%	13%	-3%	-6%	-20%	-1%	-15%	-1%	-15%	2%	-13%
1980-1996	16	71%	118%	27%	446%	319%	240%	99%	59%	-7%	85%	8%	82%	6%	104%	19%
base annua		3.40%	5.00%	1.50%	11.10%	9.40%	8.00%	4.40%	2.90%	-0.50%	3.90%	0.30%	3.80%	0.30%	4.60%	1.10%

2. Rapporto fabbisogno-uscite correnti

1980	100%	160%	100%	41%	40%	48%
1984	96%	82%	90%	27%	24%	34%
1991	91%	78%	84%	57%	56%	62%
1996	83%	58%	68%	29%	43%	49%

CONFRONTO PREVISIONI PIANIFICAZIONE-CONSUNTIVI

	1992		1993		1994		1995	
	u.c.	fabb.	u.c.	fabb.	u.c.	fabb.	u.c.	fabb.
Pianificazione 1993-1995 con riorganizzazione	50.99	-31.18	52.66	-32.93	54.48	-32.63	56.28	-33.67
Consuntivi	50.99	-31.18	51.40	-31.60	52.20	-32.30	52.00	-29.40
Totale	-	-	- 1.26	+ 1.33	- 2.28	+ 0.33	- 4.28	+ 4.27

u.c. uscite correnti
fabb. fabbisogno

ATTIVITÀ SETTORI STAZIONARIO E AMBULATORIALE

		1984	1991	1996
Settore. stazionario	(CPE/CPC/CARL)	letti giorni di degenza	388 133'097	288 98'945
Settore ambulatoriale	(SMP/SPS)	utenti consulenze consultazioni, ore numero	4'300 19'500 58'200	5'400 29'000 75'800

SMP	SPS
scuole sostegno pedagogico scuole speciali istituti AI minorili istituti sociali foyers asili nido ospedali (pediatria) antenne e CTT diversi	PCT case per anziani delegazioni tutorie istituti adulti laboratori protetti, centri diurni foyers, appartamenti protetti DIC ospedali antenne e CTT + STCA diversi

SUDDIVISIONE ONC IN CPC E CARL

1995	giorni di cura	letti	pazienti
CPC	58'000 63%	183 65%	855 89%
CARL	34'000 37%	99 35%	107 11%
TOTALE (ONC)	92'000 100%	282 100%	962 100%

PERSONALE

	1. gennaio 1993	1. gennaio 1997	
Direzione + servizi centrali OSC	21.75	-1.70	-8%
Economato + Logistica	129.35	-20.00	-15%
Infermieri CPC + CARL	154.00	-3.00	-2%
Ergoterapia + Laboratori protetti	36.34	-0.14	-0%
Direzioni mediche di settore	6.80	-0.80	-12%
In clinica (CPC)	21.00	-2.50	-12%
Nei servizi ambulatoriali per adulti (SPS + CD)	43.50	-1.80	-4%
Nei servizi ambulatoriali per minori (SMP)	36.10	-4.10	-11%
Nei Centri psico educativi (CPE)	37.50	-3.60	-10%
Servizio medico (CPL)	0.00	+2.50	
Totale	486.34	-35.14	-7%

Disegno di

LEGGE

sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone del Ticino

visto il messaggio 11 febbraio 1998 no. 4720 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Capitolo I - Generalità

Articolo 1

Scopo

¹La presente legge ha lo scopo:

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

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

Articolo 2

Campo di
applicazione

Sono bisognose di assistenza le persone (in seguito dette utenti):

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

Articolo 3

Collaborazione

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

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

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

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

Articolo 4

Diritti degli utenti

a) Libertà personale

Ogni limitazione della libertà personale è ammessa solo a scopo terapeutico e assistenziale, riservato l'art. 22.

Articolo 5

b) Assistenza adeguata

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

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

Articolo 6

Ricerca epidemiologica e di qualità delle cure

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

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

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

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

⁴Sono riservati gli artt. 33 e 38.

Capitolo II - Organizzazione

Articolo 7

Settori

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

²Ogni settore è dotato di UTR, settoriali o intersettoriali, commisurate alle esigenze della sua popolazione; è favorita la collaborazione con gli enti e le persone di diritto privato (art. 1).

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

Articolo 8

Unità terapeutiche riabilitative (UTR)

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

²Il Regolamento d'applicazione ne specifica le caratteristiche ed i compiti.

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

Articolo 9

Organizzazione sociopsichiatrica (OSC)

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

Ha un Direttore ed un Consiglio di Direzione.

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

³Le competenze sono determinate dal Regolamento d'applicazione.

Articolo 10

Direzione del Settore e della Clinica psichiatrica cantonale (CPC)

¹Le UTR pubbliche del settore sono in genere affidate alla responsabilità ultima del Direttore di settore, medico specialista FMH in psichiatria e psicoterapia o persona con titoli di studio equivalenti.

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

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

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

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

Articolo 11

Consiglio psicosociale
cantonale (CPSC)

a) Competenze

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

- a) elabora e propone al Consiglio di Stato la pianificazione sociopsichiatrica fissando l'ordine delle priorità;
- b) applica la presente legge nei casi in cui essa gli attribuisce speciale competenza e ne verifica l'attuazione generale;
- c) definisce e autorizza, nell'ambito di un catalogo costantemente aggiornato, le terapie intense e rischiose avvalendosi del consulto dell'ordine dei medici e conformemente all'art. 32.

Articolo 12

b) Composizione

¹Il CPSC è composto da:

- i direttori di settore e della CPC
- un membro nominato dal Consiglio di Stato
- un responsabile di un'UTR per minorenni
- due rappresentanti degli operatori sociali, di cui uno del personale dell'OSC e l'altro da designare tra gli operatori della psichiatria privata sentiti gli enti e le associazioni professionali interessate
- un rappresentante dell'Ente menzionato all'art. 45 cpv. 2
- uno psichiatra e psicoterapeuta FMH privato, designato dall'Ordine dei medici
- I Direttore OSC.

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

Articolo 13

Pianificazione

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

Articolo 14

Commissione
giuridica (CG)
a) Competenze

- ¹La Commissione giuridica (CG) è un organo giudiziario competente per:
- dirimere i ricorsi presentati sulla base della presente legge ed in modo particolare quelli attinenti al rispetto della libertà individuale degli utenti;
 - espletare l'attività di vigilanza di cui ai cpv 2, 3 e 4.

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

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

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

Articolo 15

b) Composizione

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

Capitolo III - Ammissione e collocamento nelle UTR

Articolo 16

Ammissione
volontaria
a) Principio

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

Articolo 17

b) Procedura

¹La richiesta formulata dall'utente è presentata al responsabile dell'UTR.

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

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

Articolo 18

c) Ricorso

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

Articolo 19

Collocamento coattivo I. Principio

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

Articolo 20

II. Collocamento coattivo non urgente (ordinario)

¹Il collocamento o il trattenimento in una UTR avviene per decisione:

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

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

³Se la decisione non emana da un giudice penale, essa deve essere motivata e corredata dal piano terapeutico e deve fare esplicito riferimento alla possibilità di ricorso (art. 52 segg.) indicando termine e autorità.

Articolo 21

III. Collocamento coattivo urgente

1. Competenza

¹In caso di urgenza la decisione di collocamento coattivo giusta gli art. 20 lett. b) e c) e 22 è di competenza, oltre che delle Autorità ivi designate, anche della delegazione tutoria del luogo di residenza della persona oppure di un medico abilitato all'esercizio in Svizzera.

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

³Per il trattenimento susseguente fa stato l'art. 20.

Articolo 22

2. Collocamento coattivo per motivi di polizia

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

Articolo 23

3. Decisione, forma

La decisione deve contenere:

- a) la sintomatologia, con l'esposizione dettagliata dei fatti che rendono necessario il collocamento coatto;
- b) la giustificazione della indifferibilità e della insostituibilità della misura;
- c) il luogo ed il tempo della visita personale dell'utente;
- d) la fonte di altre informazioni, almeno in modo generico;
- e) ogni altro elemento su cui il medico o l'Autorità ha fondato la propria decisione;
- g) il riferimento all'Autorità e al termine di ricorso (art. 52).

Articolo 24

4. Ratifica

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

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

Articolo 25

5. Non accettazione

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

Articolo 26

6. Informazione

La delegazione tutoria del luogo di dimora, le Autorità previste all'art. 21, o, se da queste Autorità appositamente delegato, il responsabile dell'UTR presso cui l'utente è collocato o trattenuto, informano la delegazione tutoria del luogo di domicilio quando collocano o trattengono in una UTR una persona interdetta oppure quando ritengono che altre misure siano necessarie nei confronti di altri utenti.

Articolo 27

7. Esecuzione

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

Capitolo IV - Assistenza e diritti degli utenti

Articolo 28

Piano terapeutico e cartella clinica

¹Il piano terapeutico è elaborato dall'équipe che assiste l'utente.

²Se non lo giustificano motivi d'urgenza la privazione o la restrizione grave della libertà personale può essere attuata solo dopo l'elaborazione del piano o la sua iscrizione in esso.

³Il medico curante elabora la cartella clinica.

⁴Tali atti sono allestiti non appena possibile e sono costantemente aggiornati.

Articolo 29

Contenuto del piano terapeutico

Il piano terapeutico contiene in termini essenziali;

- a) la descrizione della natura dei problemi socio-psicopatologici dell'utente;
- b) la descrizione e la giustificazione delle misure privative o restrittive della libertà personale, della loro necessità e proporzionalità;
- c) gli obiettivi terapeutici e riabilitativi a media e lunga scadenza e la prognosi, con valutazione delle risorse socio-familiari e personali dell'utente;
- d) osservazioni importanti concernente l'utente.

Articolo 30

Informazione dell'utente

¹Il piano terapeutico deve essere discusso con l'utente.

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

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

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

Articolo 31

- Consenso dell'utente**
- ¹ Il consenso dell'utente è necessario per qualsiasi terapia.
- ² Il consenso deve essere formulato per iscritto nel caso di terapie intense e rischiose.
- ³ All'utente deve essere data la possibilità di consultare una persona di sua fiducia, in particolare la persona designata ai sensi dell'art. 45 cpv. 2, e la CG.

Articolo 32

- Consenso per persone incapaci di discernimento**
- ¹ Il consenso dell'utente incapace di discernimento per le terapie intense e rischiose è dato dal suo rappresentante legale e confermato dai medici componenti il CPSC che valuta la richiesta dal profilo medico e dopo aver accertato l'inadeguatezza di altre terapie meno intense e rischiose.
- ² In caso di contrasto fra il rappresentante legale e i medici componenti il CPSC prevale la decisione di questi ultimi, riservato il ricorso all'Autorità competente.
- ³ Per le terapie non intense o non rischiose il consenso dell'utente incapace di discernimento è dato dal suo rappresentante legale e, se negato, dal CPSC su istanza del responsabile dell'UTR.

Articolo 33

- Consenso per la ricerca scientifica**
- ¹ Per la ricerca scientifica su persone scelte in funzione di una loro patologia psichiatrica è applicabile la Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria), ritenuto che, in tali casi, la ricerca deve essere autorizzata dal Comitato etico istituito dalla Legge sanitaria, che decide dopo avere raccolto il parere motivato del CPSC.
- ² E' vietata la ricerca scientifica su persone incapaci di discernimento oggetto di una misura privativa della libertà.

Articolo 34

- Accettazione o opposizione preventiva**
- ¹ L'utente capace di discernimento può formalmente notificare al CPSC, preventivamente ad un suo eventuale collocamento futuro, la sua accettazione o la sua opposizione preventiva all'uso nei suoi confronti di determinate terapie; ciò vale anche per la ricerca scientifica.
- ² Contro il rifiuto del CPSC di accettare tale notifica è dato ricorso alla CG che può sentire il medico curante.
- ³ In caso di inderogabili necessità terapeutiche, il responsabile dell'UTR può prescindere da tale opposizione, notificandone immediatamente i motivi al CPSC e alla CG.

Articolo 35

Consenso per persone
collocate
coattivamente

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

²E' riservato il diritto di ricorso alla competente autorità.

Articolo 36

Consenso: casi
speciali

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

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

Articolo 37

Libertà personale

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

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

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

Articolo 38

Protezione dei dati

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

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

³Sono in particolare applicabili gli artt. 35 e 36 della Legge sulla protezione dei dati personali.

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

Articolo 39

Costrizione

¹L'isolamento in luogo chiuso è vietato, riservate giustificate esigenze terapeutiche.

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

³Salvo casi di urgenza la decisione è di competenza medica.

Articolo 40

Attività lavorativa

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

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

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

⁴L'OSC riconosce all'utente la proprietà intellettuale delle opere realizzate nell'ambito di attività socioterapiche o lavorative svolte in seno ad una UTR.

Articolo 41

Integrazione professionale

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

²Sono applicabili per analogia gli art. 9 e 10 della Legge cantonale sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi.

Articolo 42

Diritto di voto a) Principio

¹Le persone tutelate dalla presente legge, anche se malate di mente o interdette, hanno il diritto di voto.

²Esso può essere loro tolto solo in caso di incapacità di discernimento (art. 43).

Articolo 43

b) Incapacità di discernimento

L'accertamento della capacità di discernimento avviene d'ufficio:

- a) in caso di collocamento in una UTR, dall'équipe interdisciplinare;
- b) in caso di interdetto non collocato, dal direttore del settore se richiesto dalla delegazione tutoria competente.

Articolo 44

c) Competenze del Consiglio di Stato

Nel caso in cui è accertata l'incapacità di discernimento ai fini di esprimere il diritto di voto, l'incarto è trasmesso in tempo utile al Consiglio di Stato che decide, sentito l'interessato.

Articolo 45

Assistenza agli utenti

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

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

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

Articolo 46

Dimissioni

¹ L'utente ammesso volontariamente può lasciare l'UTR in ogni momento.

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

Articolo 47

Dimissioni degli utenti coatti
a) Principio

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

Articolo 48

b) Competenze per il rilascio

¹Competente per il rilascio di utenti coattivamente collocati dalle autorità e persone previste dagli art. 20 lett. b) e c); 21 e 22 è il direttore del settore o persone da lui designate, responsabili di UTR e aventi un titolo medico. E' riservato il diritto federale (art. 397 b cpv. 3 CCS); nella decisione di collocamento dell'autorità tutoria può essere prevista la delega di competenza per il rilascio al direttore di settore.

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

³Il responsabile dell'UTR è pure competente per congedi temporanei dall'UTR.

Articolo 49

c) Domanda di rilascio

¹L'utente, o il suo rappresentante legale o la persona prossima, può in ogni tempo inoltrare all'Autorità prevista dall'art. 48 una domanda di rilascio.

²La decisione deve essere intimata entro 10 giorni.

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

Articolo 50

Informazione per gli utenti

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

²L'utente deve essere informato sul diritto di ricorso.

Articolo 51

Rette e onorari

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

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

³Il Regolamento d'applicazione ne stabilisce i limiti e le modalità.

Capitolo V - Ricorso e risarcimento

Articolo 52

Ricorso

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

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

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

⁴La procedura è, di regola, gratuita.

Articolo 53

Forma

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

Articolo 54

Legittimazione

Sono legittimati a ricorrere:

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

Articolo 55

Provvedimenti cautelari e sospensivi

¹Il ricorso non ha effetto sospensivo.

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

Articolo 56

- Procedura di ricorso**
- ¹Ricevuto il ricorso, il Presidente lo intima al responsabile dell'UTR e/o all'autorità che ha ordinato la misura, che sono tenuti a fornire le proprie osservazioni entro tre giorni.
- ²Di regola la CG effettua entro breve un'udienza conciliativa. Sente personalmente l'utente, i medici curanti nonché altri membri dell'équipe terapeutica appartenenti all'UTR competente. L'udienza conciliativa è, in linea di principio, effettuata da una delegazione della CG.
- ³In caso di mancata conciliazione l'ulteriore audizione dell'utente e la decisione della CG in materia di privazione e di restrizione grave della libertà, devono avvenire in tempi brevi, a composizione piena del collegio giudicante.
- ⁴La decisione della CG fa espresso riferimento alla facoltà di ricorrere al Tribunale cantonale amministrativo.

Articolo 57

- Responsabilità**
- ¹La privazione e la restrizione della libertà personale, avvenuta in violazione delle norme della presente legge, conferisce il diritto ad un risarcimento del danno e, se giustificata dalla gravità del pregiudizio, a un'indennità di riparazione morale (art. 429a CCS).
- ²L'azione spetta all'utente o alle persone prossime per il danno o torto morale da esse effettivamente subiti.
- ³Per il resto è applicabile la Legge sulla responsabilità degli enti pubblici e degli agenti pubblici (Lresp).

Capitolo VI - Disposizioni finali e transitorie

Articolo 58

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

Articolo 59

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

Articolo 60

Nuove disposizioni

¹La legge sulla responsabilità degli enti pubblici e degli agenti pubblici è modificata come segue:

art. 31 lett. c)

c) abrogata

²È abrogata la Legge sociopsichiatrica del 26 gennaio 1983.

Articolo 61

Entrata in vigore

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