

# Messaggio 2420

Relativo alla Legge sull'istituzioni, l'organizzazione, la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza

## PARTE GENERALE

### 1. ESIGENZE DI UNA NORMATIVA

#### 1.1. Aspetti internazionali

In questo ultimo decennio si è sempre più affermato, in Europa soprattutto, e negli Stati Uniti, un importante movimento di opinione che ha dimostrato l'incompatibilità, con i principi della Dichiarazione dei Diritti dell' Uomo, delle condizioni di vita di malati di mente e di disadattati sociali. Socialmente emarginati, giuridicamente discriminati, costretti sovente in situazioni psicologicamente deprimenti, erano e sono tuttora vittime di un circolo vizioso che impedisce loro di tutelare i propri diritti costituzionalmente garantiti.

Il Consiglio d' Europa e l' O.M.S. si sono fatti interpreti dell' esigenza di un profondo rinnovamento in questo campo postulando la realizzazione di strutture terapeutiche adeguate e differenziate, il deciso ridimensionamento degli ospedali psichiatrici, il potenziamento di servizi esterni destinati ad intervenire nel territorio cui l' assistito appartiene e, infine, una sua efficace tutela giuridica 1.

#### 1.1.1. La Convenzione Europea dei Diritti dell' Uomo (CEDU)

La CEDU, all' art. 5, stabilisce il principio di legalità per la privazione della libertà, tra l' altro, di un alienato, di un alcoolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo (art. 5 cifra 1 lett. e) e del minore [lett. d]); prescrive inoltre taluni principi procedurali fra cui, in particolare, l' istituzione di un' autorità giudiziaria e attribuisce (cifra 5) il diritto a una riparazione in caso di detenzione violante i principi suesposti.

La Svizzera, al momento della ratifica della CEDU, avvenuta il 28 novembre 1974, ha dovuto formulare una riserva all' art. 5, resa necessaria dalle notevoli carenze delle legislazioni di quasi tutti i Cantoni, nelle disposizioni... che autorizzano l' internamento di talune categorie di persone per decisione dell' autorità amministrativa 2.

La necessità di sciogliere detta riserva ha indotto il legislatore federale a <<fissare un ordinamento esauriente del codice civile, per la privazione della libertà in accordo con le disposizioni della CEDU >> 3.

#### 1.2. La legge federale (Art. 397 a] seg. CCS)

Fondata su un avamprogetto del 1974, elaborato da una commissione peritale presieduta dal Prof. Schnyder di Friburgo, e su un' ampia consultazione, la legge federale è stata definitivamente approvata dal Parlamento federale il 6 ottobre 1978.

#### 1.2.1. Contenuto

La legge federale ha per oggetto la privazione della libertà (nel senso restrittivo della libertà di movimento) a scopo di assistenza causata da un collocamento o da un trattenimento in uno stabilimento contro o senza

la volontà della persona assistita, maggiorenne o minorenni.

I motivi sono esaustivamente enumerati: sono l' infermità e la debolezza mentali, l' alcoolismo, la tossicomania e lo stato di grave abbandono. Il legislatore cantonale non può prevederne altri, ad eccezione del collocamento di polizia 4.

Criterio di liceità della misura è il principio di proporzionalità, che si esprime nell' esigenza che l' assistenza necessaria non possa essere accordata in altro modo (art. 397 a) cpv. 1, in fine, CCS) tenuto conto dell' onere che può essere imposto a chi è vicino alla persona internata, e della disponibilità di uno stabilimento adeguato.

Competenza per la decisione è attribuita alle Autorità tutorie, riservate le ipotesi di malattia psichica e di urgenza, per le quali il legislatore cantonale può prevedere inoltre altre Autorità.

La legge federale attribuisce inoltre il diritto ad una decisione giudiziaria prolata, cioè, da un' Autorità indipendente dalle parti e legata da una procedura semplice e rapida, assicurante in particolare il diritto di essere sentito e l' assistenza legale.

L' incidenza della nuova normativa federale sul diritto cantonale sarà ripresa nella parte speciale.

### **1.3. Nel Ticino**

#### **1.3.1. Desuetudine della normativa vigente**

Nel Ticino la materia è retta dalla legge sull' internamento amministrativo del 18 febbraio 1929, dal decreto legislativo 21 aprile 1943 sull' organizzazione dell' O.N.C. e dal regolamento interno dell' O.N.C. del 4 gennaio 1944. Deve ancora essere citato l' art. 89 cpv. 2 LOC che prevede la possibilità per il Municipio di ordinare il ricovero provvisorio di mentecatti che pongono in pericolo sé o gli altri.

Questa normativa contrasta con la nuova legge federale (la LIA, ad esempio, prevede quali motivi di internamento l' ozio, l' accattonaggio, il vagabondaggio, ecc., esclusi dall' art. 397 a) CCS).

Essa ha un campo di applicazione insufficiente in quanto le disposizioni sull' O.N.C. regolano principalmente l' aspetto organizzativo ad esclusione di quello medico, strutturale e giuridico (salvo rare eccezioni, comunque probabilmente violanti il principio di legalità 5 oppure evitate da altre disposizioni).

Questa legislazione è quindi totalmente superata 6 e resa inapplicabile dall' evoluzione delle scienze (la sociologia, la psichiatria, il diritto) che ne costituiscono il supporto.

La sua desuetudine crea un pericoloso vuoto normativo che trova riscontro nell' assenza di tutela giuridica dell' assistito e di programmazione che la buona volontà degli operatori non può sempre sanare.

#### **1.3.2. Il gruppo di studio**

La necessità di adattare la legislazione ticinese ai principi sanciti dalle organizzazioni internazionali e affermati dalla recente dottrina psichiatrica e giuridica, ha indotto il Consiglio di Stato, con risoluzione del 10 maggio 1977, a costituire un gruppo di studio diretto dall' Avv. Marco Borghi e dal Dott. Romano Daguet, con l' incarico di elaborare un progetto di legge che tenga conto di questa problematica nella sua globalità.

Esso ha realizzato un' approfondita inchiesta statistico-epidemiologica, resa indispensabile dalla quasi totale carenza di dati in questo campo, nel Ticino; ha analizzato i recenti principi elaborati dalle organizzazioni internazionali e la legislazione più interessante d' altri Stati e Cantoni.

L' Avv. Borghi ha inoltre partecipato alla commissione, presieduta dal Prof. Schnyder di Friburgo, per lo studio di un Mustererlass betreffend fürsorgerische Freihaitsentziehung che il Dipartimento federale di giustizia ha deciso di nominare, vista la particolare complessità della materia e la difficoltà di attuazione della legge federale che stava per essere approvata dalle Camere.

Il progetto di legge servi da strumento di base per detta commissione e, inviato con il suo memoriale agli altri Cantoni, potrà, per essi, costituire, secondo il Dipartimento federale di giustizia, un ausilio rilevante.

All' inizio del 1978 l' avvanprogetto motivato venne posto in consultazione e interessò i servizi e gli operatori

sociopsichiatrici.

In particolare presso l' O.N.C. ebbero luogo numerose riunioni con la direzione, i medici ed anche la commissione del personale; numerose proposte concrete di modifiche vennero accolte ed inserite nel progetto; delle principali si dirà nella parte speciale. Anche diversi esperti, fra cui i Prof. A. Gebert, A. Macheret, A. Uchtenhagen, B. Schnyder, vennero consultati, sia per l' impostazione e la verifica della ricerca statistico-sociologica, in particolare per la documentazione di base, sia soprattutto per la soluzione dei numerosi problemi posti, oltre che dalla complessità e novità del tema, da alcune peculiarità ed innovazioni contenute nel progetto. I rapporti psichiatrici e giuridici dei periti figurano in annesso (cfr. 4.1.).

Il risultato del lavoro del gruppo di studio, degli operatori dell' ONC e di altri contributi, sono pubblicati nel volume, pubblicato in occasione dell' 80°, cui si farà ampio riferimento, O.N.C. 1898-1978, passato presente e prospettive dell' assistenza sociopsichiatrica nel Cantone Ticino.

La ricerca statistica dovrà essere continuata e ulteriormente approfondita, ai fini soprattutto della elaborazione del regolamento di applicazione della presente legge.

### **1.3.3. Costo della riforma**

La profonda ristrutturazione e la continua ed aggiornata programmazione (cfr. 2.8.; 2.9.) proposte con il disegno di legge rappresentano anche una migliore razionalizzazione degli investimenti che la collettività è chiamata ad operare in questo importante campo.

La settorializzazione e l' intervento nel territorio, preventivo in quanto possibile, garantiscono una migliore efficacia e funzionalità (cfr. 2.5.) il che, evidentemente, rappresenta anche un vantaggio finanziario.

Infatti dalla ricerca statistica, pubblicata nel volume sull' 80° dell' ONC sopraccitato, che ha posto in rilievo la evitabilità dei ricoveri per quasi la metà del numero totale delle ammissioni all' ONC (46,1 %) (cfr. anche punto 2.5 del messaggio) è possibile direttamente desumere l' investimento di mezzi finanziari che l' assistenza a questi pazienti ha dovuto comportare sproporzionatamente ai risultati. Questa affermazione è dimostrabile anche con un altro dato statistico: quello relativo alla percentuale di riammissioni sul numero totale annuale di ammissioni:

per più del 50 % dal 1968 (addirittura il 58,8 % nel 1977 ! - cfr. punto 2.5.1. del messaggio) si può sostenere la non terapeuticità dell' attuale sistema assistenziale, caratterizzato dalla prevalenza della assistenza ospedaliera, stazionaria, su quella territoriale semistazionaria e ambulatoriale.

E' importante sottolineare che nei casi in cui l' assistenza ospedaliera venne ritenuta evitabile, l' alternativa adeguata era costituita (cfr. messaggio punto 2.6.1) nel 32,2 % dei casi, dalla cura ambulatoriale, nel 13,6 % dall' appartamento protetto, nel 10,7 % dall' assistente sociale, in altri termini da quelle. forme di assistenza che, non richiedendo una presa in carico continua, sono già in sè meno costose. Inoltre e a fortiori esse sono per definizione adeguate (saranno infatti realizzate in funzione dei bisogni preventivamente determinati) e quindi terapeutiche, suscettibili quindi di portare l' assistito alla graduale autonomia (anche lavorativa), a differenza del sistema attuale che, non essendo, come visto, terapeutico per una larga parte dei pazienti, ne mantiene la dipendenza dalla struttura assistenziale e, in particolare, i costi relativi. Tuttavia, anche volendo prescindere da questa (comunque decisiva) considerazione, deve essere notato che il costo di un degente in una struttura intermedia è, di regola, notevolmente inferiore al costo del medesimo degente in una struttura ospedaliera; i foyers, gli appartamenti protetti, sono meno medicalizzati di una struttura clinica, richiedono un inferiore impiego di personale specializzato, l' intervento tecnico essendo limitato a sporadiche visite di controllo. Può essere citata a questo proposito l' unica esperienza effettuata finora nel Ticino, il foyer denominato della Brusata, in cui vennero ospitati circa venti pazienti precedentemente degenti all' ONC, che ritrovarono, in breve tempo, un' autonomia personale e un ruolo sociale che rese quasi superflua ogni assistenza infermieristica e medica: gli ospiti della Brusata gestivano da soli il foyer, suddividendosi i compiti all' interno e verso l' esterno e ricevevano un' assistenza infermieristica e medica molto saltuaria. E' stato calcolato che il costo pro capite di ogni ospite della Brusata era pari a circa la metà del costo di un paziente degente all' ONC.

E' infine da considerare, come è stato posto in evidenza nel volume per l' 80° dell' ONC, che lo spostamento dell' asse di intervento sociopsichiatrico dall' ospedalizzazione all' assistenza nel territorio, permetterà il coinvolgimento (gratuito per la collettività) della popolazione, ciò che costituirà un sicuro risparmio e un importante elemento terapeutico, come la recente esperienza, anche nel Ticino, dei club extraospedalieri ha già dimostrato. D' altronde anche all' estero è stato rilevato il minor costo del nuovo sistema assistenziale: nel volume per l' 80° dell' ONC si è evidenziato che Da un' inchiesta svolta in Francia dal Ministero per la sanità pubblica (Le Monde 25 agosto 1976) emerge che i risultati terapeutici e il

rapporto costo-efficienza della nuova organizzazione psichiatrica (modello del settore) dipendono essenzialmente dal grado di sostituzione del tradizionale sistema con delle modalità di cura extraospedaliera. Il rapport sur la situation des malades mentaux del Consiglio d' Europa (Doc. 4014 del 12 settembre 1977) afferma (pag. 14): Cette nouvelle organisation sera sans nul doute adoptée par un grand nombre de pays, non seulement parce qu' elle respecte davantage la liberté individuelle, mais aussi parce qu' elle coûte moins cher.

D' altra parte l' attuazione della legge dovrà avvenire gradualmente ed è a questo scopo prevista una sperimentazione di 5 anni (art. 106); inoltre il ridimensionamento dell' ONC, previsto a medio termine, libererà una sostanziale parte del budget attuale e di personale medico e paramedico, verso la realizzazione di altre strutture.

Un esempio evidente è costituito dalla manifesta inadeguatezza strutturale di alcuni vecchi padiglioni dell' ONC, per la cui riattazione è prevedibile una spesa superiore ai 6 milioni di franchi, certamente riducibile almeno della metà se essi venissero destinati non ad ospitare durevolmente i pazienti, ma ad attività accessorie riabilitative ed anche occupazionali (ad esempio laboratori, ateliers per l' ergoterapia) oppure ad altri scopi, sull' esempio di quanto sta avvenendo negli Stati Uniti e in Italia. Il solo risparmio così ottenuto permetterebbe la realizzazione di numerose strutture intermedie ed il collocamento in esse almeno di parte di quei pazienti di cui si è detto sopra, tuttora degenti all' ONC a causa della mancanza di strutture esterne adeguate e idonee a rispondere ai bisogni da essi espressi.

Unico costo nuovo è rappresentato dall' Autorità giudiziaria: gli altri enti, infatti, sono composti da operatori già operanti all' interno dei servizi e non costituiranno di conseguenza un onere ulteriore.

Ma anche il Consiglio giuridico sociopsichiatrico rappresenterà un costo minimo; i suoi membri, e anche, eventualmente, il Presidente (art. 31 ultimo cpv.) saranno pagati a prestazione, probabilmente con un' indennità giornaliera.

Infine la sua istituzione, come d' altronde la realizzazione di strutture adeguate, sono imposte dalla legge federale (art. 397 d] e 397 a] - Cfr. 1.2.1.).

## **PARTE SPECIALE**

### **2. IL DISEGNO DI LEGGE**

#### **2.1. In generale**

Caratteristica principale del disegno è la scelta di affrontare globalmente il problema dell' assistenza sociopsichiatrica, quindi di considerare al contempo i problemi posti dalla interrelazione, sovente inestricabile, delle varie scienze che principalmente attengono questo tema. Non è infatti possibile risolvere problemi per loro natura complessi con un approccio parziale, solo giuridico o medico o organizzativo. Ad esempio l' adeguatezza di un servizio o di una struttura socioterapeutici è tema giuridico, medico e organizzativo, che coinvolge d' un canto la possibilità della limitazione della libertà personale del paziente, d' altro canto l' indicazione clinica, rapportata alla sua patologia o problematica, infine la possibilità (organizzativa, finanziaria) della collettività di rispondere alle esigenze, ai bisogni, che devono essere statisticamente determinati.

Questa scelta è raccomandata dal Consiglio d' Europa, dall' OMS e dalla più avanzata dottrina giuridica e medica 8.

La legge affronta quindi contemporaneamente i problemi posti dalla tutela giuridica della persona assistita (affermandone i diritti costituzionali e istituendo l' Autorità giudiziaria), gli aspetti medico-giuridici (quali la possibilità di imposizione di una terapia; la vita e l' attività, il rapporto con gli operatori sociopsichiatrici, nell' ambito della struttura terapeutica), gli aspetti medico-organizzativi (quali i rapporti tra i terapeuti, con l' affermazione del principio operativo dell' équipe) e infine organizzativo-strutturali, con la istituzione della Commissione di prevenzione e programmazione e soprattutto con l' introduzione del settore e la previsione di realizzazione di strutture terapeutiche intermedie, alternative all' ospedale psichiatrico, inserite nel

territorio naturale della persona assistita, la cui esigenza è stata confermata dalla ricerca statistica citata che ha, tra l' altro, evidenziato l' anomala esplosione delle degenze all' ONC in questo ultimo ventennio, come risulta dal grafico qui riprodotto.

Evoluzione annuale dei degenti all'ONC dal 1898 al 1977

( inserire pag. 10 )

La ricerca statistica (pubblicata nel volume dell' 80°), oltre ad aver evidenziato la necessità di numerose disposizioni, ha sottolineato talune particolarità nella composizione demografica dell' ONC (ad esempio prevalenza dei celibi e degli anziani), la inevitabilità di numerosi ricoveri all' ONC, le alternative occorrenti (cfr. su questo punto anche 2.5 e 2.6.1).

## **2.2. Finalità della legge e definizioni**

L' art. 2 stabilisce le finalità perseguite dalla legge, la prevenzione dei fattori patogeni, l' istituzione, l' organizzazione e la vigilanza delle strutture terapeutiche e la tutela della libertà personale e del diritto all' assistenza delle persone assistite.

2.2.1. Il termine di assistenza è da interpretarsi genericamente. Comprende (ma non sostituisce!) il concetto di terapia, o di cura, troppo limitativo in considerazione della casistica proposta dalla legge federale (si pensi ai casi meramente sociali, alle persone in grave stato di abbandono: art. 397 a] CCS. Il termine è d' altra parte il medesimo usato dal legislatore federale.

2.2.2. Il termine di UTR è definito all' art. 22, cui si rinvia. Esso è certamente più adeguato di quello di stabilimento, usato, senza convinzione 9, dal legislatore federale, che richiama strutture chiuse, in contrasto con la evoluzione della psichiatria (e che comunque si applica, nella struttura della legge federale, solo in caso di collocamento coattivo).

2.2.3. Il concetto di libertà personale è così definito dalla dottrina giuridica più aggiornata:  
<< zwar bedarf heute nicht nur die physische, sondern eben auch und vielleicht noch mehr die psychische und die geistige Integrität des Menschen eines kräftigen Schutzes vor immer unheilvolleren Bedrohungen >>10.

Inoltre, secondo il Tribunale federale 11:

<< protège l' homme contre les atteintes qui tendraient, par un moyen quelconque, à restreindre ou supprimer la faculté, qui lui est propre, d' apprécier une situation donnée et de se déterminer d' après cette appréciation >>.

E' questo il concetto che il legislatore cantonale deve considerare, più vasto di quello applicato, come visto, dalla CEDU, limitato alla libertà di movimento.

Questo concetto ricopre quindi totalmente ogni possibile lesione dei diritti degli assistiti che lo Stato con i suoi organi (Autorità ordinanti il collocamento; personale terapeutico da esso dipendente o perlomeno oggetto di sorveglianza) potrebbe altrimenti operare, soprattutto trattandosi di persone sovente inermi e prive di potere contrattuale già in forza della loro peculiare situazione, personale o oggettiva.

2.2.4. Il termine di utente accentua il concetto di utilizzatore delle strutture istituite dalla legge, sottolineandone la intenzione: le UTR, in altri termini, sono un servizio di pubblica utilità, destinate a chi le usa e non ad altri fini (ad esempio collettivi, secondo retri meccanismi difensivi, oppure all' ente stesso, secondo dinamiche istituzionali autoconservative).

Riassume:

2.2.4.1. le categorie sancite dall' art. 397 a) Codice civile svizzero: gli infermi di mente, le persone in grave stato di abbandono, gli etilisti, i tossicomani.

Il loro inserimento è necessario in quanto previsto da normativa federale cui la legislazione cantonale deve

adeguarsi.

2.2.4.2. Le persone che compromettono gravemente la salute di terzi.

La normativa federale non si occupa del collocamento per motivi di polizia stricto sensu: esso è compito dei Cantoni e la presente legge istituisce condizioni severe per un tale collocamento e per la sua esecuzione. D'altro canto però riconduce l'internamento di queste categorie di persone nell'ambito della legalità (la clausola generale di polizia avendo infatti carattere eccezionale).

2.2.4.3. Le persone oggetto di una misura ai sensi degli art. 43, 44 CP.

Anche il CP stabilisce infatti il principio della cura, la pena restando sospesa fino a valutazione da parte del giudice dell'esito della terapia e della necessità di eseguirla. D'altronde anche la legge sull'esecuzione delle pene (1974) prevede che attualmente le misure fondate sugli art. 43 e 44 devono essere eseguite all'O.N.C. (art. 14 lett. c).

D'altra parte la costruzione di appositi padiglioni suggerita dalla legge cantonale citata, anche se discutibile, dovrà pur sempre avere principalmente una finalità terapeutica, per cui si giustifica anche sotto questo profilo l'inserimento di questa problematica nella legge.

Giova comunque ricordare che, in caso di contrasto, applicabile è la normativa federale (quo ad esempio alla competenza dell'Autorità collocante) e non la presente legge.

2.2.4.4. I minorenni. L'esplicita menzione dell'applicabilità della legge anche ai minorenni è formalmente necessaria, in quanto l'art. 397 a) si riferisce unicamente ai maggiorenni, interdetti o n. Questa estensione, peraltro proposta dal messaggio federale.12 e recepita dalla commissione del Consiglio Nazionale che, con la proposta Pagani, ha ottenuto l'inserimento principalmente degli art. 314 a) e 405 a), appare estremamente opportuna, in considerazione della finalità della legge, la tutela giuridica del diritto dell'utente all'assistenza adeguata ed alla libertà personale, riguardo a cui l'età dello stesso non ha alcun valore discriminante. La tutela giuridica offerta dalla legge si applica quindi direttamente ai minorenni, in ossequio anche allo spirito della nuova normativa federale che li concerne, che assicura loro l'esercizio della libertà corrispondentemente alla loro maturità 13 e riafferma il diritto della personalità del figlio 14. Se quindi deve essere prevista l'applicazione diretta di tutti i capitoli della presente legge ai minorenni bisognosi di assistenza un'eccezione deve essere prevista per il capitolo III, riferito all'organizzazione delle UTR. Questo capitolo si applica solo per analogia al fine di tenere conto della peculiarità dell'intervento assistenziale riferito a minorenni, per i quali si pongono problemi di natura educativa, scolastica e terapeutica specifici.

Il Regolamento speciale, previsto all'art. 29 cpv. 4, dovrà quindi enucleare questa peculiarità, unitamente alla necessità di appropriata coordinazione dei diversi organismi preposti all'aiuto della gioventù 15, esigenza riassunta nell'art. 317 CCS rev. del seguente tenore:

<< I Cantoni assicurano con appropriate prescrizioni l'acconcia cooperazione fra Autorità ed uffici nel campo della protezione dell'infanzia secondo il diritto civile, in quello del diritto penale per gli adolescenti ed in genere dell'aiuto alla gioventù >>.

2.2.4.5. Ogni altra persona bisognosa di assistenza. Si rinvia a questo proposito al punto 2.4. in cui si tratta del diritto all'assistenza.

### **2.3. Persone di diritto privato**

Trattasi di medici o di personale curante o anche solo riabilitativo (ad esempio assistenti sociali) non alle dipendenze dello Stato, oppure di enti gestiti da privati, ad esempio appartamenti protetti o foyer, gestiti da privati o da associazioni di diritto privato (art. 60 seg. CCS), di cliniche psichiatriche o specializzate appartenenti a privati, ecc.

Ratio della norma, ovvio, è la necessità di proteggere indiscriminatamente la libertà personale di ogni persona bisognosa di assistenza, indipendentemente dalla proprietà giuridica dell'ente. E' noto d'altra parte che la ricchezza e l'appartenenza ad una classe sociale privilegiata (che normalmente avrebbe tendenza ad utilizzare cliniche od enti privati) non sono fattori di certo sufficienti a tutelare la persona collocata.

Giuridicamente la norma è necessaria

<< Das Privatrechtsverhältnis Patient-Arzt (Spital) wird durch das öffentliche Recht mitgestaltet. Das öffentliche Recht nimmt um der öffentlichen Ordnung willen Einfluss auf private Lebensverhältnisse, wenn es gilt, unter Beschränkung der Vertragsfreiheit zwingende öffentlichrechtliche Zielsetzungen durchzusetzen. Das öffentliche Gesundheitsrecht der Kantone wirkt zum Schutze polizeilicher Rechtsgüter Leben und Gesundheit des Patienten auf das Leistungsverhältnis Patient-Arzt (Spital) ein 16 >>.

Il confine tra ente privato e pubblico è peraltro estremamente difficile da tracciare, il criterio essendo difficilmente individuabile 17.

La delega legislativa espressa al Consiglio di Stato è necessaria: sarebbe infatti insufficiente la norma di cui all' art. 103, in quanto il principio della separazione dei poteri permette di dedurre da quest' ultima norma solo una competenza regolamentare intra legem 18.

## **2.4. Principi**

### **2.4.1 Il diritto all' assistenza**

Sono elencate, al cap. II, le norme che esprimono i principi cardine della nuova legge.

L' art 4 stabilisce il diritto all' assistenza esplicitando i dettami fissati dalle organizzazioni internazionali e dalla dottrina giuridica più avanzata.

Questo diritto deve ovviamente essere indiscriminato, in forza anche dei principi scatenati dall' art. 4 Cost Fed e dal diritto alla libertà personale.

In particolare la norma non opera la discriminazione presente in numerose legislazioni di altri Cantoni, fra persone domiciliate nel Cantone che deve prestare l' assistenza terapeutica ed i domiciliati o cittadini di altri Cantoni e gli stranieri. Una simile distinzione, che avvantaggia in modo più o meno incisivo i cittadini del Cantone a cui viene richiesto l' intervento terapeutico o assistenziale, non si giustifica innanzitutto per motivi di ordine etico, in quanto contrasta non solo con il principio sempre più importante della solidarietà sociale, nazionale ed internazionale (tanto più importante se si pensa che sovente il bisogno di cura è oggetto di precisi rapporti funzionali fra cittadini di diversi Stati o Cantoni) ma anche con una precisa norma deontologica che obbliga non solo il medico, ma ogni istanza sanitaria, a prestare la propria opera senza distinzione riguardo alle condizioni personali del richiedente.

Da notare inoltre che il diritto alla adeguatezza e continuità della cura conferisce comunque una tutela particolare alla persona che non fosse protetta dalle norme sull' assistenza: dal momento in cui una persona entra in rapporto con un ente od un servizio previsto dalla legge (ad esempio uno straniero collocato per motivi di polizia) le sono per questo stesso fatto attribuiti tutti i diritti, anche positivi, stabiliti dalla legge: ha, ad esempio, il diritto di essere collocato nell' ente più adeguato, anche se più costoso (cfr. 2.4.3.). Il termine di assistenza corrisponde a quello usato dal legislatore federale ed è da intendersi nel senso più ampio, come detto sub 2.2.1.

L' esigenza di personale qualificato prevista al cpv. 2 è ripresa nell' art. 6, relativo alla formazione.

L' assistenza deve essere però prestata solo in quanto necessaria, non deve trasformarsi in una forma più o meno implicita di controllo dell' utente o nell' occultamento di problemi di altra natura; l' intervento sociopsichiatrico deve essere mantenuto, secondo il cpv. 2 in fine, solo fintanto che sussiste il suo bisogno di assistenza.

### **2.4.2. Alleanza terapeutica**

L' art. 5, proposto nella procedura di consultazione, rappresenta il criterio che informa il rapporto tra l' operatore sociopsichiatrico e l' utente. Esso deve essere fondato su un principio di reciprocità e di contrattualità, nel senso psichiatrico e giuridico del termine.

L' affermazione di questo principio non vuole ovviamente misconoscere la realtà dell' esistenza dei collocamenti coatti che, come si vedrà, rappresentano una parte ancora cospicua dei ricoveri. Il cpv. 2 è ispirato all' art. 1 della recente legge italiana n. 180 che propone una fra le soluzioni più avanguardistiche.

### 2.4.3. Adeguatezza della terapia

Si tratta di un' importante esplicitazione dell' art. 4. Viene istituito il principio per cui ogni forma di internamento, anche quello coattivo, deve indissolubilmente essere associato ad una precisa, individuale terapia, non unicamente a tecniche custodialistiche.

Hug 19 ricorda che:

<< die gesetzliche Ermächtigung zur Freiheitsentziehung enthält auch gleichzeitig das Recht zu zweckentsprechender ärztlicher Behandlung >>.

e Bersier ribadisce 20:

<< Cependant, le but d' une loi permettant d' interner les aliénés n' est pas limité à l' élimination de personnes dangereuses pour la société et aux précautions garantissant contre d' éventuels abus de cette mesure. L' internement doit rendre possible l' application d' une thérapeutique propre à réintroduire dans la vie sociale les aliénés dont l' état avait motivé cette mesure >>.

### 2.4.4. Piano terapeutico

L' obbligo di allestire, aggiornare ed ogni volta motivare il piano terapeutico è occasione per il terapeuta di precisi momenti di riflessione e ne facilita il controllo da parte dell' Autorità di ricorso.

Il piano terapeutico individuale intende dare maggiore peso alle misure riabilitative ed impedire il prolungamento non necessario della degenza istituzionale. Si vuole con questo evitare che il malato venga relegato e dimenticato in una istituzione ed assicurare la continuità della cura attraverso tutte le UTR unendo in modo organico ed articolato i diversi momenti della riabilitazione, secondo un procedimento scalare, graduale e differenziato, adattato alle particolarità del caso ed alla situazione esistenziale e personale dell' assistito. Contenuto e dettaglio sono stabiliti agli art. 54 seg.

Da più parti, durante la consultazione, è emersa l' impossibilità pratica di inscrivere nel piano terapeutico ogni restrizione della libertà (anche se giuridicamente questa esigenza apparirebbe fondata).

La scelta proposta dall' art. 9 contempera le esigenze della pratica con quelle poste dal diritto.

### 2.4.5. Proporzionalità

Il principio di proporzionalità, di cui si è già detto precedentemente, era ancorato, secondo la concezione riprodotta nell' art. 10, anche nell' avanzi progetto del 1974 del Consiglio federale 21 dove si può tra l' altro leggere:

<< l' existence d' un établissement approprié est aussi une condition matérielle du placement... l' absence d' établissement approprié peut conduire à renoncer au placement en estimant que c' est là le moindre mal >>.

L' attuazione di questo principio richiede, a livello organizzativo, l' unità funzionale del sistema di cura come proposto nel modello del settore (art. 11 seg.).

Le diverse UTR che compensano il settore diventano così dei centri specializzati di terapia e di riabilitazione coordinati fra di loro in modo organico.

## 2.5. Settore

Uno dei dati più significativi emersi dal lavoro del gruppo di studio è quello relativo alla necessità ed alla evitabilità dei ricoveri all' ONC. In un questionario compilato dai medici dell' ONC, per ogni ammissione dal 1. luglio al 31 dicembre 1977, alle domande se il medico riteneva il ricovero necessario oppure evitabile, e in questa seconda ipotesi se lo riteneva probabilmente utile o inutile, oppure controindicato (nocivo) le risposte riassunte dal grafico qui riprodotto, appaiono estremamente significative, anche perché formulate dal medico istituzionale.

( inserire grafico pag. 17 )

La evitabilità e, in taluni casi, la nocività dei ricoveri, impone l' esigenza di una radicale ristrutturazione dell' organizzazione psichiatrica cantonale che non potrà avvenire per compartimenti stagni (servizi esterni, ospedale) bensì dovrà coinvolgere ed organizzare tutta la rete dell' offerta di servizi sociopsichiatrici.

Il sistema organizzativo, proposto dalle organizzazioni internazionali e dalla letteratura psichiatrica dominante in questo ultimo decennio, è il settore, che privilegia l' esigenza di mantenere l' assistito nel suo ambiente naturale in cui sono situati i servizi sociopsichiatrici, differenziati a seconda dei bisogni.

Nel suo contributo R. Daguet 22 rileva che:

<< L' ospedale diventa così un centro specializzato di cure, ove il malato rimane per un periodo limitato. La presa in carico è continua ed assunta, se necessario, da altre strutture come gli ospedali di giorno ed i servizi ambulatoriali. Si assicura in questo modo la continuità della presa in carico attraverso tutte le istituzioni terapeutiche, favorendo il coordinamento funzionale di tutti i servizi.

La settorializzazione permette di unire in modo organico ed articolato i momenti fondamentali dell' intervento psichiatrico: la prevenzione, la cura e la post-cura. La collocazione dell' équipe a contatto diretto con l' ambiente originario del malato, favorisce una migliore comprensione delle interconnessioni fra malato e mondo circostante. Psichiatri orientati allo studio delle relazioni interpersonali hanno dimostrato infatti in modo convincente il rapporto che esiste fra sintomo e situazione (Haley) >>.

Questa scelta è anche propugnata dalla sala medica dell' ONC che ha tra l' altro scritto 23 il seguente passaggio che qui giova riprodurre in estenso:

<< Per quanto concerne il principio del settore, esso corrisponde pienamente alle esigenze degli operatori e degli utenti dell' ONC. La prospettiva dell' intervento territoriale dovrebbe portare al superamento della logica istituzionale secondo talune caratteristiche qualificanti:

a) La non separazione. Il soggetto che esprime un disagio non viene considerato un' entità nosografica separata dal proprio contesto socio-culturale, bensì parte di un tutto al quale va costantemente riferito. Ed è solo in una diversa sistemazione del tutto che questa persona può trovare un' alternativa alla propria condizione di sofferenza.

b) Il controllo della delega. Delegare totalmente ad altri e cioè al tecnico significa deresponsabilizzare se stessi, contribuendo a compiere un' azione di scarico di chi non ha funzionato secondo taluni schemi di comportamento socialmente accettabili e incrementando la probabilità di rendere irreversibile questo non funzionamento che diventa patrimonio stabile della persona nel processo di cronicizzazione progressiva.

c) Il non anonimato. Allontanare dal proprio contesto socio-culturale l' individuo in disagio significa, spesso, non vedendolo più, dimenticare questo soggetto che in tal modo tende a scivolare nell' anonimato, mentre altrettanto anonimo diventa chi, persona, gruppo o sistema, ha effettuato questa azione emarginante.

d) La gestione diretta dei servizi da parte della comunità. Il singolo settore si costituisce i servizi secondo schemi propri adatti ai bisogni locali, superando una logica di tipo verticistico e realizzando nello stesso tempo una continuità organizzativa tra i diversi servizi.

e) La partecipazione dei membri della comunità alla gestione dei servizi. Si attuano modelli e momenti di controllo democratico, finalizzato tra l' altro a garantire una possibilità di continuo adeguamento dei servizi alla dinamicità del bisogno.

f) La continuità terapeutica. La modalità operativa del continuum terapeutico si rende necessaria dal momento che il disturbo psichico concerne la relazione interpersonale e sociale e non il disturbo di un oggetto ammalato. Non si tratta di un rapporto soggetto-oggetto, bensì di una relazione intersoggettiva. Anche se il compito dello psichiatra, di tecnico neutrale può essere molto difficile, è sicuramente antieconomico trasferire i risultati di un' azione intersoggettiva, e dei relativi rilevamenti e strategie di intervento, ad altre persone che a loro volta dovranno ricominciare da capo a creare nuove relazioni e a strutturare nuovi programmi di intervento.

.....  
In accordo con il progetto di legge, gli operatori dell' ONC - fatto salvo la gradualità e la necessità di sperimentazione - hanno quindi preso posizione per una settorializzazione integrale dell' assistenza psichiatrica in Ticin. L' ospedale si deve aprire sul territorio spostando il baricentro dell' intervento socio-psichiatrico dall' ospedale al territorio ed ai relativi servizi extramurali. L' apertura dell' ospedale sul territorio implica però il netto superamento dei vecchi schemi di organizzazione sanitaria soprattutto nei suoi aspetti gerarchici ed amministrativi, ed un orientamento verso la formazione di équipes che svolgono il lavoro dentro e fuori l' ospedale senza schemi rigidi ma adeguandosi duttilmente ai bisogni emergenti dal settore >>.

### 2.5.1. Rapporto con i servizi esterni esistenti

Questa ristrutturazione permetterà finalmente di perseguire adeguatamente la finalità storicamente attribuita ai servizi esterni, di promozione delle dimissioni, soprattutto dei lungodegenti, oggi ancora sovrarappresentati all' ONC (cfr. 2.12) e di freno delle riammissioni che costituiscono una parte molto rilevante del totale delle ammissioni.

( inserire grafico pag. 20 )

La profonda ristrutturazione è stata propugnata, nella procedura di consultazione, anche dalla sala medica dell' ONC, che ha lamentato la situazione di dualismo fra struttura ospedaliera e servizi esterni, determinata dall' attuale organizzazione, peraltro non fondata su disposizioni legislative.

Il settore supera questa dicotomia con il principio della continuità della cura, con l' abolizione della separatezza organizzativa e della distinzione della responsabilità della presa in carico.

Le norme del cap. III si applicano, come visto sub 2.2.4.4. al servizio medico psicologico solo per analogia (art. 28) a causa della specificità dell' intervento nel campo dell' assistenza sociopsichiatrica infantile.

Il servizio sociale mantiene le sue funzioni nei campi di intervento cui la presente legge non si applica. E' importante comunque sottolineare come, nell' ambito della procedura di consultazione, sia emersa la necessità di attribuire alle UTR, anche amministrativamente, gli assistenti sociali operanti nelle UTR istituite dalla presente legge.

### 2.5.2. Distribuzione regionale

Non esiste un modello di settore che sia riproducibile in termini quantitativi, se non nei limiti di grandi approssimazioni: ad esempio, i settori, negli altri paesi, oscillano tra 80 e 200.000 abitanti, ma ne esistono anche di 60.000 o men.

Il concetto di settore non è quindi qualcosa di statico, nemmeno nella sua estensione e concretizzazione: anzi esso è un oggetto dinamico basato principalmente sull' intervento terapeutico e riabilitativo direttamente legato alla realtà in cui l' intervento avviene.

Schematicamente il concetto di settore implica la necessità che ogni settore sia autosufficiente ed autonomo, destinato a rispondere ad una soglia minima di bisogni psichiatrici intervenendo nel territorio, in una realtà quindi spaziale, geografica, ma soprattutto storica, culturale, socio-economica. Bisogna quindi fare i conti con questa realtà, individuandone le differenze e le omogeneità tali da creare le esigenze di settori separati, tenendo inoltre conto delle strutture già esistenti.

Nel nostro Cantone, nella scelta del numero di settori e di ripartizione territoriale, sono teoricamente difendibili varie alternative:

a) Da un punto di vista storico, tradizionale, il Cantone può essere diviso in due grandi aree, il Sopraceneri ed il Sottoceneri. Questa suddivisione storica potrebbe benissimo essere riproposta quale base per due settori. Essa è difendibile anche a livello di dimensioni in quanto si avrebbero, secondo i dati del 1976, circa 147.000 abitanti residenti nel Sottoceneri, circa 122.000 nel Sopraceneri. Queste cifre rientrano, come visto, nell' ampio arco di dimensioni sopradescritte.

b) La sezione della pianificazione, in una lettera al delegato nazionale alla pianificazione, fa per contro riferimento alla suddivisione del Cantone in 5 regioni (con in più le valli: Blenio, Leventina, Riviera), auspicando che su questa base siano affrontati i vari problemi strutturali. Se questa suddivisione appare comprensibile, in quanto basata su una realtà economico-sociale, essa non sembra però utilizzabile per i fini preposti alla presente legge, perché, con questa suddivisione, si otterrebbero due settori molto piccoli, le tre valli, con poco meno di 27.000 abitanti, e Bellinzona con circa 38.000: sono unità troppo piccole per garantire, in termini di bisogni effettivi, di strutture, di personale, la sufficiente autonomia dei servizi, la cui realizzazione comporterebbe inoltre un costo sproporzionato.

c) L' avamprogetto proponeva la suddivisione in tre settori; due mediamente grandi, i cui bisogni reali di intervento psichiatrico sono sufficientemente elevati per costituire un settore (Sopraceneri 122.000 abitanti e Lugano con 104.000); Mendrisio, con 43.000 abitanti, più ridotto. Questa suddivisione, in realtà, creerebbe, a lunga scadenza, con il ridimensionamento relativo dell' ONC, una sproporzione sempre più evidente.

d) Si è infine deciso per la proposta, scaturita durante la procedura di consultazione, che appariva, anche a prima vista, più logica: la suddivisione in quattro regioni: Mendrisiotto, Luganese, Bellinzonese e Locarnese. Questa suddivisione comporta:

-- un settore sufficientemente grande, Lugano, con 104.000 abitanti, che da solo fornisce poco meno della metà degli ammessi all' ONC durante il 1977 (oltre 460) con un tasso di ospedalizzazione nettamente superiore a quello medio cantonale (125 contro 100 come indice) e dei casi dello psicosociale;

-- due settori di dimensioni più ridotte (Locarno e Bellinzona), al limite minimo delle ipotesi di settore come popolazione, che inviano rispettivamente circa 150-200 pazienti all' anno all' ONC, giustificabili però dalla notevole estensione territoriale e dalla presenza delle valli;

-- un settore ancora più piccolo in termini di popolazione, Mendrisio (solo 43.000 abitanti), ma all' interno del quale si trova la struttura del Neuro, la cui organizzazione richiede evidentemente un notevole sforzo.

Questa soluzione garantisce la decentralizzazione massima ed il miglior temperamento delle necessità strutturali e delle possibilità finanziarie del Cantone. Il grafico seguente illustra la ripartizione dei degenti dell' ONC per regione 24 di residenza nel 1964, 1972 e 1976.

( inserire grafico pag. 23 )

## **2.6. Le UTR (Unità terapeutiche riabilitative)**

Le principali sono riassunte all' art. 22.

Si tratta in particolare delle strutture intermedie, alternative o complementari alla cura in Ospedale psichiatrico, la cui necessità, posta in evidenza dalle organizzazioni internazionali, fu affermata nel 1975 anche dalla Commissione della gestione 25:

<< oltre ai centri di assistenza ambulatoriale occorrerebbero infatti dei laboratori protetti, dei foyer, degli appartamenti protetti. Questo tipo di struttura è stato promesso ma vi sono notevoli ritardi nella sua realizzazione >>.

Anche i rendiconti riportano le medesime constatazioni 26. La possibilità concreta di trattare casi anche difficili all' esterno è stata dimostrata da una lunga serie di studi scientifici che hanno comprovato l' efficienza delle nuove forme di cura soprattutto se confrontate alla modalità tradizionale di intervento. Con Benedetti 27 si può concludere che:

<< Sicher ist es, dass wir in der Aufnahme und Integrierung des Schizophrenen in unsere Gesellschaft, durch Spitalreform und soziale Einrichtungen, einen Schritt Vorgekommen sind. Ich sehe in der weiteren Entwicklung der Rehabilitation und Sozial-psychiatrie den wichtigsten praktischen Fortschritt der Berichtsperiode >>.

### **2.6.1. Necessità di strutture intermedie nel Ticino**

L' inchiesta statistica ha confermato queste esigenze. In tutti i casi in cui il ricovero venne definito non necessario dal medico dell' ONC, questi doveva anche pronunciarsi su quella che sarebbe stata la struttura o servizio sociopsichiatrico più adeguati.

Il grafico qui riprodotto è significativo al riguardo:

( inserire grafico pag. 24 )

Da notare e nella categoria altro, il 5 % è rappresentato dal centro tossicomani (sul totale dei casi esaminati).

L' art. 21 esprime l' impegno programmatico per lo Stato alla realizzazione di UTR differenziate, decentralizzate, secondo le necessità espresse dal territorio, che dovranno essere preventivamente approfonditamente analizzate nell' ambito del centro di ricerca (cfr. 2.9.) che dovrà continuare nel dettaglio la ricerca statistica riassunta nel volume dell' 80°. Il programma di realizzazione di UTR cliniche stazionarie nei diversi settori rappresenta l' affermazione, a lunga scadenza, della settorializzazione integrale.

### 2.6.2. Organizzazione delle UTR

Ogni UTR è affidata alla responsabilità di un medico (se ha prevalentemente carattere clinico) oppure di una persona particolarmente competente nell' area dei bisogni cui l' UTR è destinata a rispondere (si pensi soprattutto ai casi principalmente sociali).

Il responsabile dell' UTR dipende, anche se non gerarchicamente, e, salvaguardata la propria autonomia operativa, dal direttore del settore, le cui competenze ed attribuzioni sono specificate all' art. 13.

#### 2.6.2.1. L' équipe

Principio operativo e organizzativo dell' UTR (art. 18) è la équipe terapeutica, composta da tutti gli operatori dell' UTR, e che, nell' ambito dei suoi compiti (art. 20), assume collettivamente la presa in carico dell' utente ed elabora ed attua il piano terapeutico.

La sua istituzione corrisponde alle esigenze poste dalla letteratura psichiatrica che ha affermato la sua necessità, constatandone la funzione di realtà mediatrice tra i pazienti e il collettivo istituzionalizzato che li accoglie, di fattore terapeutico e specifico, sia sul versante dei pazienti, sia sul versante dell' istituzione, infine di occasione continua di formazione permanente. Nell' équipe non solo si conduce un aggiornamento professionale sul campo, insostituibile, in cui il ruolo del medico dell' UTR assume una posizione significativa, ma pure essa, riesce a trasmettere in uno sforzo di omogeneità e coesione del lavoro, quella che si può chiamare con Oury la cultura psichiatrica del padiglione. Essa rappresenta fenomeni come l' ospitalità nella funzione dell' accettazione del malato, la disponibilità con la sua empatia, l' intensività dell' approccio terapeutico, la solidarietà.

Attraverso queste funzioni, viene dato contenuto nuovo alla professionalità dell' infermiere, viene definito meglio in un lavoro non solo di custodia ma anche di terapia il suo campo specifico di intervento e di competenza. Vengono così poste le basi per un progetto terapeutico che usi della collettività per la messa in luce più trasparente della singolarità del fatto psicopatologico del paziente e quindi di una più effettiva pratica di incontro personale tra terapeuta e paziente.

### 2.6.3. L' O.N.C.

Attraverso l' introduzione del settore, che parte dalle strutture del territorio fino ai padiglioni dell' ONC, quest' ultimo si trova ad essere profondamente modificato nella sua organizzazione, nei suoi obiettivi, così come nelle sue espressioni direzionali.

L' unità topografico-terapeutico-amministrativa di oggi, viene a trovarsi suddivisa in tre parti diverse:

#### 1. I vari padiglioni dell' Ospedale verranno assegnati ai settori: questo implica:

- a) sul piano dei pazienti: che in essi verranno accolti solo i pazienti inviati dal settore relativo (è ovvio che si dovrà presto o tardi affrontare il problema della mixité di queste unità e di cui l' influsso fortemente positivo è stato ultimamente confermato da uno scritto del Dr. Miéville, Presidente della Società svizzera di psichiatria);
- b) sul piano del personale terapeutico, medico e infermieristico: che in queste unità opereranno delle équipes a stretta dipendenza della direzione medica del settore, vista la necessità di avere delle équipes omogenee con costanza di personale, completamente integrate nel territorio a loro assegnato, nell' ambito del quale solo risulteranno possibili e praticabili le rotazioni che le esigenze quotidiane imporranno.

Tutto ciò vuol dire che all' interno dell' ONC si troveranno delle unità (UTR) che sul piano delle decisioni terapeutiche riguardanti i pazienti e per quanto riguarda la realizzazione del piano terapeutico generale, risulteranno godere di autonomia rispetto al resto dell' ONC.

2. Un secondo spazio sarà occupato dalle strutture o unità (UTR) extra-settoriali, quali ad esempio il laboratorio di ergoterapia, i luoghi di socioterapia come il Club, il bar, la mensa, la chiesa, il parco stesso in cui i pazienti passeggiano. Sono inoltre da aggiungere padiglioni come quello per tossicomani o più spiccatamente di orientamento psicoterapico per casi di grave scompenso psicotico, ecc.

### 2.6.3.1. Direzione

La direzione dell' ONC é affidata al direttore del settore di Mendrisio, settore, come visto, di dimensioni più ridotte degli altri. Nell' ambito della procedura di consultazione è emersa l' esigenza di specificare, nella legge, le competenze ed il ruolo della direzione dell' ONC. Gli art. 24 e 25 suddividono e chiariscono le competenze fra i direttori degli altri settori, all' interno dell' UTR ad essi appartenenti site nell' ONC, e la direzione dell' ONC stesso che non si troverà più confrontata con i problemi riguardanti i singoli pazienti, ma soprattutto con tutti quei fenomeni, in cui ovviamente anche le implicazioni individuali di ogni paziente contano, che riguardano la efficacia dell' istituzione come ambiente.

Questa direzione dovrà garantire con i suoi interventi in stretto contatto e collaborazione con le équipes delle diverse UTR (e quindi con una possibilità di intervento, anche se limitata, nelle autonomie dei vari padiglioni), proprio il funzionamento e la realizzazione di questa unità del corpo istituzionale, così da poterne leggere tutte le manifestazioni in grado di dire cose sulla salute o lo stato di malattia dell' istituzione stessa, operando quindi contro le incrostazioni antiterapeutiche dell' ambiente, gestendo e potenziando invece il coefficiente terapeutico dello stesso. Questa direzione, quindi, anche lei strutturata in équipe terapeutica, dovrà contenere al suo interno, oltre al direttore responsabile dell' Ospedale, tutti gli operatori rappresentanti sia sul piano infermieristico che medico che ergosocioterapico le varie unità strutturali (UTR).

La direzione intersettoriale garantirà a livello superiore uno scambio di informazioni e una fluidità nelle decisioni tra i vari settori presenti con i loro padiglioni all' ONC.

### 2.6.3.2. Proprietà e gestione

L' art. 26 riassume (aggiornandoli) gli art. 1 e 7 della legge 21 giugno 1943 sull' organizzazione dell' ONC. Nell' art. 27, rispetto alla vecchia normativa (art. 8 legge 21 giugno 1943) vengono specificate le competenze della commissione: sotto l' imperio della presente legge essa non potrà più, infatti, sorvegliare e provvedere al buon funzionamento dell' Istituto (art. 8 cpv. 1), essendo questo compito demandato alle Autorità istituite al cap. IV; la sorveglianza deve quindi essere limitata alla gestione finanziaria dell' ONC.

La lett. a) riproduce la lett. g) dell' art. 8, limitando però alle forniture correnti la competenza della Commissione.

La delibera di forniture straordinarie, rientrerà invece nelle attribuzioni della CCPP (cfr. 2.8.). Analogamente vale per la lett. b), che riproduce sostanzialmente la lett. f).

Anche la lett. c) specifica che l' elaborazione di preventivi non può eccedere le competenze specifiche della Commissione, limitate alla gestione ordinaria.

L' elaborazione di programmi di intervento o di pianificazione particolare sono di competenza della suddetta Commissione che elabora anche le relative analisi dei costi.

Rispetto alla vecchia normativa viene eliminata la lett. i), peraltro nella pratica raramente attuata, relativa alle misure disciplinari nei confronti dei dipendenti dell' istituto. A questo proposito deve essere applicata la legge sull' ordinamento degli impiegati dello Stato e dei docenti (del 1954) che assicura precise garanzie e tutele ai funzionari (art. 23 seg. LORD) e che non prevede una delega alle commissioni amministrative per la valutazione del loro operato e tantomeno per la comminazione di sanzioni.

Doveri (oggetto di possibile violazione) del personale subalterno dell' ospedale psichiatrico dovranno essere stabiliti dal regolamento di applicazione e terranno conto della peculiarità della situazione dell' infermiere psichiatrico ed in particolare dell' impossibilità morale e giuridica di addossargli le responsabilità derivanti dalla scelta di una impostazione lavorativa destinata alla cura e non alla custodia del degente.

La lett. b) dell' art. 8 perde di utilità con la nuova organizzazione psichiatrica del Cantone.

Le lett. c), d), e), f) relative all' assunzione del personale sono anch' esse già desuete nella pratica; esse sarebbero comunque in netto contrasto con l' istituzione del settore psichiatrico che presuppone l' applicazione del principio della continuità dell' intervento, della rotazione del personale sanitario, che pertanto deve adempiere a requisiti trascendenti le necessità del solo ONC. A ciò si aggiunge che i reparti dell' ONC settorializzati rientreranno direttamente nelle attribuzioni della direzione del settore.

Non dovranno essere ripresi l' art. 1 del Regolamento concernente le modalità di funzionamento della commissione e tantomeno l' art. 49 dello stesso Regolamento, norma mai applicata e comunque nulla in quanto violante il principio della delega legislativa, prevedente la competenza della Commissione amministrativa di giudicare i reclami dei degenti. Nella presente legge questa competenza è demandata al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

## **2.7. L' autorità giudiziaria**

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico è l' autorità giudiziaria imposta dalla Convenzione dei diritti dell' uomo e dalla legge federale (cfr. supra 1.2.).

Modelli analoghi, anche se, per motivi diversi, in particolare l' esigenza di indipendenza, appaiono incompatibili con la CEDU, sono già conosciuti anche in Svizzera dove alcuni Cantoni hanno istituito diverse commissioni di controllo o di ricorso, ma con competenze, attribuzioni e finalità diverse e più limitate, sovente in contrasto con i dettami della CEDU.

Ad esempio Sciaffusa prevede un' autorità di ricorso contro il rifiuto ad una richiesta di dimissioni; Grigioni una Aufsichtskommission con vaghe competenze; Basilea prevede una Psychiatrische Kommission composta da un giurista e da due psichiatri con la competenza di statuire sul prolungamento del periodo di degenza e sui ricorsi concernenti le ammissioni, dimissioni, congedi; Zurigo prevede una Rekurskommission, composta da un giurista, presidente e da due medici, di cui uno psichiatra, e statuisce su ricorso contro il rifiuto ad una richiesta di dimissioni. A questo modello, cui come visto, si è ispirato il legislatore federale, è stata data la preferenza dal disegno di legge.

La scelta si impone già per coerenza con il principio esposto precedentemente per cui l' assistenza sociopsichiatrica non è problema meramente giuridico, ma anche sociale e psichiatrico. La tutela giuridica dell' utente, pur importante, non può prescindere da considerazioni psichiatriche e sociali.

D' altronde, l' esigenza di celerità della procedura (che vale non solo per la decisione di collocamento ma per ogni competenza prevista nella normativa cantonale) esclude che la competenza possa essere attribuita ad un giudice ordinario il quale, d' altra parte, fatalmente sarebbe costretto ad avvalersi dell' ausilio di un perito, con i ritardi che ciò comporterebbe.

### **2.7.1. Composizione e organizzazione**

La presidenza attribuita ad un giurista, avvocato, è giustificata dal fatto che i concetti di libertà personale, di supportabilità sociale del disturbo o del pericolo causato dal degente, di rappresentabilità per importanti decisioni (ad esempio il consenso alla terapia) hanno peculiarmente carattere giuridico. Inoltre il presidente è tenuto ad emanare provvedimenti cautelari quali, ad esempio, l' effetto sospensivo o misure alternative. Gli altri membri sono persone esperte nel settore cui la patologia o la problematica dell' utente si riferisce.

Trattasi di 5 altri membri, fra cui almeno uno psichiatra, un medico e un assistente sociale.

Il tribunale statuirà con soli tre membri, il presidente ed altri due scelti dal presidente, a seconda della disponibilità e della problematica offerta dal caso da esaminare. E' un modello che dal profilo pratico-organizzativo ha già fatto esperienze positive (ad esempio il nostro tribunale delle espropriazioni) e soprattutto permette di limitare i costi (i membri saranno pagati a prestazione) e garantisce la disponibilità e reperibilità di esperti. Dal profilo sostanziale questa scelta garantisce una prassi giurisprudenziale coerente, l' acquisizione di esperienza specifica da parte di tutti i membri del Consiglio e, soprattutto, oltre alla competenza delle persone giudicanti, la possibilità di evitare che problemi sociali vengano giudicati da psichiatri e viceversa.

Essendo data la possibilità di ricorso al Tribunale amministrativo contro la decisione del Consiglio giuridico sociopsichiatrico, i membri di esso non possono avere il rango di Giudici di appello. I Giudici devono essere nominati dal Gran Consiglio, al fine di garantire il carattere di indipendenza dalle parti richieste dalla CEDU. La durata in carica che l' avamprogetto fissava in 10 anni, tenendo conto delle difficoltà e peculiarità della casistica d' un canto, d' altro canto e soprattutto della necessità di garantire la continuità del lavoro, è stata

ridotta a 5 dopo la procedura di consultazione nell' ambito della quale si paventò la preoccupazione della conseguenza che una possibile rigidità dei membri del Consiglio avrebbe potuto comportare, riguardo all' evoluzione della psichiatria nel Cantone.

Nel caso in cui si dovesse in futuro intendere stabilire la sede del Consiglio a Bellinzona dovrà essere preventivamente esaminata la portata dell' art. 11 della Costituzione cantonale che, interpretato restrittivamente, potrebbe impedire l' insediamento in questa città di un' Autorità avente giurisdizione cantonale.

### 2.7.2. Competenza e decisione

Il Consiglio, secondo la lett. a) dell' art. 35, ha la possibilità di intervenire a controllare la conformità con la presente legge di quelle situazioni che, salvo singoli casi di ricorso da parte di utenti, non verrebbero mai sottoposte al suo giudizio (ad esempio, il fatto stesso che all' utente venga segnalata la possibilità di ricorso).

Questa soluzione evita anche il pericolo di lesione della discrezione che il degente può voler esigere. Questo pericolo venne paventato anche in seno alla commissione di esperti federali, ma riferito ad un intervento d' ufficio dell' Autorità tutoria (seduta 8 luglio 1976, pag. 435). Con la soluzione qui proposta, invece l' intervento avviene ad opera di persone (avvocato e medici componenti il Consiglio giuridico sociopsichiatrico) legate al segreto professionale, e scevre di qualsiasi legame con il luogo di dimora o di domicilio dell' utente. Questa soluzione, unitamente all' art. 34 evita anche il pericolo di creazione di una Datenbank, in quanto l' intervento è limitato ad una parte di utenti: d' altra parte questi dati sarebbero più facilmente reperibili ad esempio presso le casse malati o presso i servizi amministrativi di vari enti.

Secondo la lett. b) espleta altre incombenze previste agli art. 63, 66 e 67 in caso di rifiuto di consenso per le terapie (cfr. 2.11.2.). Importante è inoltre la comunicazione obbligatoria della degenza superiore ad un anno (art. 60; cfr. 2.12.).

Secondo la lett. c), infine il Consiglio statuisce su ricorso (cfr. 2.14.).

## **2.8. La Commissione Cantonale di Prevenzione e Programmazione (CCPP)**

L' esigenza della creazione di una commissione di prevenzione e programmazione ha certamente carattere prioritario.

Non è infatti compatibile con i principi di una corretta gestione finanziaria dello Stato permettere che gli interventi finanziari avvengano sulla base delle necessità contingenti, avvertite settorialmente. Un piano di intervento deve necessariamente fondarsi sull' analisi scientifica approfondita dei fenomeni da affrontare, conditio sine qua non per un programma organico, concepito non sulle necessità apparenti ma sulle esigenze reali, che solo può enucleare una approfondita disamina, che attenga la realtà specifica del Cantone e non si fondi, invece, come è sovente il caso oggi, su modelli importati da altri paesi, differenti dal profilo sociale, economico e culturale. Altro aspetto importante, forse peculiare della CCPP, prescritta dal Consiglio d' Europa e suggerita anche dal volume sull' 80°, è l' opera programmata, capillare di informazione e sensibilizzazione dell' opinione pubblica, della popolazione. L' esperienza ha infatti dimostrato che le riforme sul piano psichiatrico o delle devianze in genere, che intendono abbandonare nella misura del possibile l' esclusione del deviante per promuoverne invece l' inserimento nel tessuto sociale, falliscono senza la sua accettazione da parte della popolazione e senza la partecipazione corale del quartiere, del paese, all' opera di socializzazione.

E' ovvio che l' abbandono dello stereotipo di pericolosità diverso (folle e pericolo sono storicamente concetti associati) e la tolleranza, che fa accettare un fattore di disturbo (il deviante è visto unicamente come il disturbo provocato al quieto vivere) potranno essere conquistati solo con una informazione precisa e scientifica che, evidenziando la complessità del problema, abbatta i pregiudizi.

Altro compito importante della CCPP è il reperimento e l' organizzazione di volontari disponibili ad assumere casi individuali e costruire piccoli centri (foyers, appartamenti protetti). L' esperienza evidenzia l' esistenza di numerose persone desiderose di occuparsi di problemi sociali, che non trovano uno sbocco alla loro disponibilità che deve così manifestarsi in modo occasionale ed improvvisato.

E' da notare infine che l' istituzione di un centro di prevenzione non è idea nuova anche a livello federale (vedasi ad esempio il postulato Gillard del 24 marzo 1977 accettato dal Consiglio federale) e cantonale. Pur con le differenze dovute alla specifica realtà dell' oggetto il centro di prevenzione, istituito dal progetto di legge cantonale di applicazione alla legge federale sugli stupefacenti (art. 17, 18), presenta precise analogie e concordanti finalità con quanto qui previsto.

La commissione è composta dalle persone descritte all' art. 38 ed è presieduta, a turno, da uno dei membri di diritto.

Da notare in particolare la presenza di un rappresentante per settore degli operatori, di un rappresentante degli utenti (sarà ad esempio un membro del comitato dei pazienti). E' infine da sottolineare la presenza di tre rappresentanti del DOS, il che dovrebbe assicurare la esecutività delle decisioni prese dalla Commissione.

## **2.9. Il Centro di ricerca e documentazione**

Come detto l' organizzazione moderna dei servizi psico-sociali nel territorio e l' introduzione di forme di terapia attiva e di programmi di riabilitazione, rendono necessarie la pianificazione razionale e la valutazione dell' efficienza delle varie modalità di intervento.

Il centro di ricerca psichiatrico-sociale deve operare in stretta connessione con la CCPP ed effettuare il rilevamento scientifico dei dati fondamentali, indispensabili per ogni programmazione futura. Non è un' istituzione costosa, potrà essere ubicato all' interno dell' ONC o di qualsiasi UTR.

Molti studi di ricerca possono essere fatti in collaborazione con istituti universitari il che garantisce il livello scientifico, l' aggiornamento costante, la documentazione necessaria e l' economicità di realizzazione, che potrà essere ottenuta anche grazie ai sussidi del Fondo Nazionale per la ricerca.

Il responsabile (preferibilmente medico, in considerazione degli aspetti psichiatrico-epidemiologici che il Centro dovrà principalmente affrontare) lavora a tempo parziale ed ha il compito di impostare il lavoro generale del Centro. Viene coadiuvato da personale qualificato fra cui almeno un sociologo a tempo intero.

L' importanza e le funzioni di un centro di ricerca sono documentate nel volume sull' 80°: nelle conclusioni e nel testo dei medici.

## **2.10. Ammissione e collocamento nelle UTR**

### **2.10.1. Ammissione volontaria**

Il disegno di legge, dopo aver ribadito (art. 43) l' accessibilità dell' UTR e il diritto all' assistenza e quindi a beneficiare delle strutture ad essa destinate, obbliga il medico che dovrà ammettere il paziente a valutarne a fondo le motivazioni.

Queste misure sembrano sufficienti, soprattutto perché il medico potrà scegliere il collocamento nella struttura più appropriata, potrà (e dovrà), per contro, anche valutare l' opportunità che la persona resti nell' ambiente sociale originario, eventualmente intervenendo su questo ambiente, ma potrà anche evitare la barbonizzazione del malato (Oury), la sua emarginazione all' interno dell' ambiente stesso.

Il medico competente non opera infatti necessariamente in un ospedale: la sua decisione non si riduce alla semplice accettazione (normalmente passiva e determinata dalle circostanze): il medico competente è invece il direttore del settore, che ha quindi il compito (ma anche la possibilità concreta, avvalendosi della sua équipe e dei capiservizi) di intervenire nell' ambiente naturale dell' utente.

E' infine da sottolineare che il ricovero chiesto dal rappresentante legale, anche se familiare, è considerato coattivo.

Troppo frequenti e noti sono i casi di contrasto fra rappresentato e rappresentante, soprattutto quando quest' ultimo è eccessivamente preoccupato delle responsabilità che potrebbero scaturire dalla sua funzione e da un suo atteggiamento troppo permissivo. E' quindi l' interessato che deve esprimere il proprio consenso, la cui validità deve essere giudicata in rapporto alla sua capacità di discernimento che non deve essere valutata in assoluto ma in casi, in relazione alla decisione che deve essere presa, alla facoltà quindi per il richiedente di valutare le proprie motivazioni e le conseguenze di essa.

#### 2.10.2. Collocamento coattivo

Il grafico qui riprodotto esprime il giudizio del medico circa il grado di volontarietà del ricovero manifestato dal paziente al momento dell' ammissione.

(inserire grafico pag. 33 )

Si constata in particolare un' importante fascia intermedia, superiore al 40 % per cui il ricovero avviene parzialmente contro la volontà del paziente.

L' esistenza della importante frangia di non volontari induce a prevedere che tutte le ammissioni che avvengono all' ONC anche parzialmente contro o senza la volontà dell' utente, accertate secondo l' art. 44, devono essere ritenute coattive ed essere sottoposte alla tutela giuridica relativa. Da notare il richiamo, all' art. 56, dell' esigenza d' adeguatezza dell' UTR e della terapia, voluto al fine di ricordare esplicitamente che esso vale anche per i ricoveri coattivi.

#### 2.10.2.1. Competenza

L' art. 47 rappresenta la imprescindibile applicazione di normativa federale e cantonale.

Diverso è il caso per i malati di mente, dato che il Parlamento federale ha accettato l' opinione degli psichiatri espressa nella procedura di consultazione, intesa ad ammettere la competenza alternativa anche di altri uffici adatti (art. 397 b cpv. 2 CCS). All' art. 48 propone quindi una soluzione particolare che offre numerosi vantaggi. Il medico psichiatra esterno ha la possibilità di adempiere ad una funzione di filtro, evitando l' internamento automatico all' ONC dove il medico che deve occuparsi dell' ammissione non avrebbe de facto altra scelta all' infuori di quella di accettarlo in osservazione, con tutti i traumi che la procedura di immatricolazione comporta. Il medico esterno ha invece la possibilità di decidere l' internamento all' ONC ma anche il collocamento in un' altra struttura, oppure avrà la possibilità di intervenire all' esterno (in una regione ed in un tessuto sociale a lui ben noti), di incidere sulle cause e di indurre le persone conviventi a mantenere la situazione ed a partecipare nella ricerca di situazioni alternative.

#### 2.10.2.2. Urgenza

##### 2.10.2.2.1. Competenza:

Possibilità giuridica per l' attribuzione al Cantone di una competenza alternativa è data dall' art. 397 lett. b) cpv. 2 CCS. Si sarebbe potuto prevedere che anche questa competenza venisse attribuita al direttore del settore che, in quanto psichiatra, sarebbe certamente meglio in grado di gestire e di valutare la gravità e la durata di situazioni di crisi e conflittuali, molto più facilmente non solo di autorità amministrative ma dello stesso medico generico. Egli sarebbe inoltre meglio in grado di valutare l' adeguatezza dell' UTR in cui effettuare il collocamento (non necessariamente un collocamento urgente deve avvenire in ONC).

Diversi motivi giustificano invece l' attribuzione al medico di questa competenza pur con i limiti e le cautele esposte sub 2.10.2.2.3. seg.):

a) La prassi attuale: dall' inchiesta è risultato che l' 84,3 % dei pazienti all' ONC il 28 gennaio 1976 è stato ricoverato tramite l' intervento di un medico:

-- per il 6 % esso accompagnava la decisione di un' autorità;

-- per il 2,9 % il ricovero era voluto (così risultava dalla cartella clinica) dal paziente che comunque era assistito dal medico;

-- per il 75,4 % invece era stato collocato sulla base di un semplice certificato medico.

b) Il risultato della correlazione fra la qualifica del medico inviante ed il giudizio del medico dell' ONC sulla necessità del collocamento, da cui si evince, come dimostra il grafico qui riprodotto, che il parere del medico di casa si è rivelato il più corretto.

( inserire grafico pag. 35 )

c) La scelta di evitare la deresponsabilizzazione del medico generico che deve quotidianamente affrontare problemi attinenti la morbilità psichiatrica ed in particolare il medico di casa che rappresenta la categoria che maggiormente (il 53 % nel 1976, il 59 % nel 1964, il 57 % nel 1972) interviene a richiedere il ricovero (da notare che dal 1964 gli specialisti privati raddoppiano quasi, gli specialisti del SPS passano dallo 0,5 % del 1972 al 4,6 % del 1976).

d) Soprattutto e comunque è apparsa decisiva l' impossibilità pratica di garantire la presenza o perlomeno la reperibilità quotidiana di uno psichiatra per settore.

#### 2.10.2.2.2. Pericolosità:

L' art. 51 é indispensabile per fondare giuridicamente il collocamento per motivi di polizia, in quanto il legislatore federale non ha voluto se non indirettamente, tutelare i terzi da situazioni di pericolo che le persone definite all' art. 397 a) CCS possono talvolta creare. Ipotizzabile è poi teoricamente il caso di persone che adempiano agli elementi costitutivi della norma e non rientrino nella casistica dell' art. 397 a) CCS.

La competenza legislativa rimane quindi interamente ai Cantoni che devono emanare disposizioni precise, ritenuto che, altrimenti, i collocamenti destinati a tutelare l' ordine pubblico, potrebbero avvenire unicamente sulla base della clausola generale di polizia.

#### Orbene, vero è che 29:

<< Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, l' Autorità esecutiva può fondarsi sulla clausola generale di polizia per proteggere, mediante decisioni concrete o ordinanze, l' ordine pubblico, i beni dello Stato e dei privati contro pericoli gravi, diretti e imminenti, ch' essa non è in grado di fronteggiare con mezzi legali >>.

#### Ma è altrettanto vero che 30:

<< Detta clausola costituisce una *extremaratio*, ossia un mezzo a cui è dato di ricorrere solamente ove non esistano altre norme specifiche che consentano di ovviare al danno grave, diretto ed imminente da cui l' Autorità intende preservare >>.

E' quindi auspicabile ed opportuno che il Cantone legiferi anche su questo problema, enunciando i criteri che ritiene atti a contemperare l' indubbio interesse pubblico al collocamento di persona pericolosa all' esigenza di tutela della libertà personale del collocando.

La norma quindi esplicitamente stabilisce il principio della facoltà d' internamento di persona pericolosa: diversamente, comunque, non si potrebbe fare, la clausola generale di polizia essendo applicabile, con il rischio di una maggiore discrezionalità da parte dell' Autorità esecutiva. D' altra parte però vengono fissati i criteri che tolgono almeno in parte tale discrezionalità. Vengono pertanto fissati alcuni parametri di giudizio, fondati su precisa dottrina e giurisprudenza che ha stabilito l' esigenza di particolare gravità e probabilità della messa in pericolo di beni giuridici importanti 31.

In pratica il bene giuridico protetto è la propria o altrui salute, non un concetto generico di pericolosità. In particolare nella messa in relazione dell' Interesse pubblico e privato, sono esclusi dalla tutela della norma i beni materiali, che sono tutelati solo indirettamente, quando l' aggressione ai beni materiali potrebbe costituire un pericolo grave anche per la salute di persone (è ad esempio il caso del piromane).

#### 2.10.2.2.3. Decisione:

Le esigenze formali cui deve adempiere la decisione (sarà sovente il certificato medico) sono dovute alla semplice constatazione che essa rappresenta e corrisponde, dal profilo giuridico, ad una sentenza privativa della libertà personale.

L'indagine statistica ha dimostrato la necessità di prevedere nella legge l'esigenza di una motivazione scritta e dettagliata del certificato medico.

Esso ha costituito la modalità d'ammissione per circa il 70 % dei degenti al 28 gennaio 1976 (tale dato è praticamente costante dal 1964). Il 18,5 % dei pazienti è entrato all'ONC senza certificato medico; particolare importanza ha assunto nel 1976, con il 7,3 % dei casi, l'internamento dei pazienti privati del direttore dell'ONC senza certificato medico, che raddoppiano dal 1964. Si dimezza invece l'internamento tramite accordo con la Direzione 4,1 % nel 1976 rispetto al 1964.

Inoltre tra i pazienti presenti all'ONC al 28 gennaio 1976 solo 1/3 dei certificati medici risulta completo, contenente cioè sia la diagnosi e la descrizione dei fatti, che la necessità e/o motivazione del ricovero, anche se sovente la descrizione dei fatti e la motivazione apparivano chiaramente insufficienti.

Circa il 30 % dei certificati medici contiene solamente la necessità del ricovero e la diagnosi, mentre il 20 % circa (al ricovero) contiene unicamente una descrizione dei fatti.

Infine, malgrado una diminuzione di circa 4 punti dal 1964, nel 1976 ancora il 14,4 % dei certificati medici conteneva solamente la necessità di ricovero.

Anche l'inchiesta fondata non sull'esame delle cartelle cliniche ma sulla documentazione di base, ha confermato sostanzialmente i dati surriferiti; da essa risulta in particolare che i medici dell'ONC considerano incompleti circa la metà dei certificati medici, privi cioè della motivazione del ricovero o/e della diagnosi o/e della descrizione dei fatti. In taluni casi (5,8 %) addirittura il medico ha inviato il paziente senza certificato medico.

( inserire grafico pag. 38 )

Da notare inoltre che l'esigenza di motivazione del certificato medico era sentita nella pratica a tal punto che era in uso un preciso questionario che il medico doveva riempire, che non è più stato utilizzato in questi ultimi anni.

L'inchiesta statistica ha anche evidenziato che le esigenze formali diminuiscono man mano e per ogni nuovo ricovero dello stesso paziente: con il disegno di legge non sarà più possibile alcuna differenziazione.

#### 2.10.2.2.4. Ratifica ed accettazione:

Secondo l'art. 53 il responsabile dell'UTR verifica immediatamente la liceità del collocamento d'urgenza. A questo fine si sarebbe potuto prevedere l'intervento d'ufficio del Consiglio giuridico sociopsichiatrico che avrebbe permesso che la verifica (o, al limite, una formale ratifica) venisse operata da un'istanza neutrale. Avrebbe anche permesso una presa di contatto personale tra un membro dell'Autorità di vigilanza e il degente il quale avrebbe così potuto prendere coscienza diretta dell'esistenza concreta di un'Autorità giudiziaria esterna, che ne avrebbe diminuito il possibile senso di isolamento e di abbandono (frequente nella prima fase della degenza).

Motivi di ordine pratico sconsigliano però di istituire questa soluzione: il numero di ricoveri quotidiani (che avverrebbero non in un solo ente ma in più enti di cui la presente legge prevede l'istituzione, dislocati in tutto il Cantone) renderebbe inattuabile questa incombenza. D'altra parte nella prima fase il controllo potrebbe essere solo formale, relativo alla presenza, nella decisione, di una motivazione contenente tutte le prescrizioni imperativamente imposte dalla legge; ad essa si può rinunciare, se si pensa che comunque, con l'art. 53, tale verifica deve essere operata dalla direzione dell'UTR e comunque non solo è dato il diritto di ricorso, ma il piano terapeutico contiene ovviamente anche la decisione iniziale di collocamento che può essere quindi controllata. Soprattutto l'intervento della direzione dell'ente varrà anche ad esporre

all' utente le modalità di ricorso, il suo diritto ad essere assistito; è insomma come prescritto dal messaggio federale 32, una norma intesa ad assicurare alla persona internata l' effettiva conoscenza e l' effettivo esercizio dei suoi diritti.

La possibilità di non accettare l' utente, prevista all' art. 54, è il correttivo alla competenza di collocamento d' urgenza attribuita al medico generico.

Nel caso fossero necessari altri provvedimenti, per decidere i quali il responsabile dell' UTR non fosse competente, questi deve informare l' Autorità prevista all' art. 47: il responsabile dell' UTR, ad esempio, non ha la competenza di collocare in altra UTR, d' altra parte il caso, così come ipotizzato, non essendo urgente (o perlomeno così non essendo definito dal responsabile dell' UTR), diventa un caso di eventuale collocamento ordinario.

## **2.11. Diritti degli utenti**

Si è volutamente rinunciato a prevedere una norma generica anche se auspicata dalle organizzazioni internazionali, dalla giurisprudenza americana 33 e ancorata pure in alcune legislazioni cantonali (ad esempio Basilea-Campagna) che attribuisce al malato psichico il diritto alla propria personalità, alla propria dignità.

Due i motivi sostanziali: d' un canto l' elaborazione e presenza in questa legge dei principi (art. 4 seg.) che hanno un contenuto giuridicamente più preciso e scientifico; d' altro canto la considerazione per cui stabilire un diritto alla dignità per una persona significa, in realtà, presupporre una diversità tale dalla persona normale, che potrebbe giustificare un suo trattamento differenziato, pur nei limiti della dignità umana, concetto che in realtà esprime un livello inferiore di tutela, rispetto all' uguaglianza di diritti stabilita dalla presente legge.

Appare inoltre opportuno specificare analiticamente nella legge i diritti più importanti degli utenti. Ciò permette di recepire inequivocabilmente la dottrina giuridica più aggiornata, eliminando quindi esplicitamente possibili interpretazioni retrive, fondate talvolta su una prassi illegale.

### **2.11.1. Piano terapeutico e riabilitativo**

Esso, genericamente previsto all' art. 8 (cfr. 2.4.4.) deve contenere gli elementi citati all' art. 59 ed essere elaborato dall' équipe preventivamente, in quanto possibile (salvo i casi di urgenza) alla misura restrittiva della libertà personale prospettata. L' art. 58 cpv. 2 intende sottolineare l' importanza che ogni misura sia attuata dopo che sia stata discussa dall' équipe terapeutica e quindi organicamente inserita nel pian. La norma ha carattere generale e si applica alle decisioni di collocamento come a ogni restrizione che si volesse aggiungere dopo il collocamento da parte, ad esempio, dell' équipe che cura l' utente. Si vuole con questa norma tutelare l' utente, il quale, peraltro, ha non solo la possibilità (prevista agli art. 61 e seg.) di discutere il piano (e la restrizione) ma anche, se lo ritiene opportuno, di ricorrere al Consiglio giuridico sociopsichiatrico, il quale potrebbe così statuire sulla base del piano terapeutico già elaborato (rispettivamente con l' aggiornamento già organicamente inserito). Si rinuncia a prevedere esplicitamente, come sancito da altre legislazioni, l' istituto dell' internamento provvisorio ai fini diagnostici.

Si vuole innanzitutto evitare di sottolineare una distinzione tra momento diagnostico e terapeutico: tra i due infatti non c' è e non deve esserci soluzione di continuità: osservazione, diagnosi, prognosi e cura appartengono ad un unico processo.

Secondariamente occorre sottolineare come la fissazione (fatale) di un termine non potrebbe tener conto dell' estrema eterogeneità degli utenti e della problematica di ciascun. Si otterrebbe quindi il risultato paradossale per cui un caso facilmente diagnosticabile verrebbe, nella pratica, trattato con ritardo, mentre un caso particolarmente difficile sarebbe studiato con superficialità e la motivazione del piano ridotta ad una sequela di tecnicistiche e stereotipate formulazioni.

### **2.11.2. Terapie, informazione e consenso**

Dottrina e giurisprudenza hanno stabilito l'obbligo di informazione per il medico e per l'équipe, l'obbligo quindi di illustrare adeguatamente all'utente il piano terapeutico, al fine di coinvolgerlo nella sua elaborazione, nell'ambito del principio di alleanza terapeutica suesposto (2.4.2.).

Un'informazione precisa (art. 61) è il presupposto irrinunciabile di validità del consenso alla terapia, in quanto possibile, in quanto il paziente sia capace di discernimento, sia cioè in grado di capire il senso e la necessità dell'intervento terapeutico.

In caso di incapacità di discernimento, e ritenuto che non si possano attendere momenti di lucidità dell'utente, si pone il problema della rappresentatività per il consenso, che deve, in linea di principio essere negato per le terapie intense, cioè pericolose, salvo eccezioni che dipendono esclusivamente dalla precisa indicazione clinica che viene stabilita, secondo l'evoluzione della psichiatria, dalla CCPP (art. 65), nell'ambito della quale, per l'elaborazione dello speciale regolamento, il voto dei medici è, eccezionalmente, decisivo. Nel caso quindi questa eccezione sia compresa in questa speciale e aggiornata lista, il consenso è dato dal rappresentante legale che deve consultarsi con il Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

In caso di rifiuto valgono le norme sulla tutela. E' bene comunque ribadire che ciò non vale per l'utente capace di discernimento, il quale è libero nella decisione e anzi si consulta con il Consiglio giuridico sociopsichiatrico (art. 63).

Per le terapie non rischiose l'art. 67 cpv. 2 stabilisce invece che anche nel caso in cui il paziente sia capace di discernimento, una misura terapeutica può essere imposta, ma alla duplice condizione che essa sia meno lesiva di altre che risulterebbero necessarie e che il Consiglio giuridico sociopsichiatrico la autorizzi (verificandone quindi la proporzionalità). Rimane riservato il caso urgente, indifferibile, ma all'utente è sempre dato ricorso (anche se, necessariamente, post factum: gli è comunque assicurata la possibilità di risarcimento e la consapevolezza dei terapeuti di questa possibilità).

Queste norme rappresentano, rispetto alla situazione attuale, un sicuro progresso nella tutela giuridica dell'utente: sono applicati i principi giuridici più avanzati, pur tenendo conto della necessità di evitare di paralizzare l'attività terapeutica, impastoiandola in meccanismi giuridici che finirebbero, sulla spinta della pratica, per trasformarsi in semplici comunicazioni burocratiche.

E' infine da menzionare il problema contrario, cioè il diritto del minore ad essere curato quando i genitori, ad esempio per convinzione ideologica, si oppongono al genere di cura proposto dai medici. Proposto alle Camere federali dal postulato Forel del 27 aprile 1971 ha trovato confacente risposta nella nuova normativa federale nel diritto di filiazione 35.

### 2.11.3. Libertà personale e vita nell' UTR

L'art. 69 stabilisce il principio per cui il collocamento in un' UTR non priva l'utente di alcun diritto civile e costituzionale.

Ciò significa l'abbandono del concetto di *besonderes Gewaltverhältnis*; pertanto, l'ordine interno di un' UTR può solo eccezionalmente costituire valido motivo di limitazione della libertà personale: esso non deve essere giustificazione apodittica per qualsiasi restrizione ma deve invece essere istituito in funzione dei degeni, della loro terapia e riabilitazione, della loro responsabilizzazione, del loro reinserimento nel tessuto sociale.

Così i contatti con l'esterno e le relazioni personali fra gli utenti devono essere promossi, uno spazio privato ed il loro possesso di oggetti personali devono essere salvaguardati come importante strumento per il paziente per ritrovare la propria identità, l'attività deve rispondere ai criteri sanciti agli art. 71 e seg., che prevedono l'impossibilità di obbligare un utente ad esercitare un'attività lavorativa o ergoterapica (riservato a quest'ultimo proposito quanto detto riguardo alla possibilità di imposizione della terapia). L'utente ha tuttavia diritto ad esercitare un'attività corrispondente alle sue capacità, alle sue attitudini e ai suoi interessi (art. 72) e può essere stimolato a ciò, nell'ambito del principio di alleanza terapeutica.

Coerentemente, essendo la remunerazione dell'attività lavorativa un importante elemento di essa, è indispensabile, non tanto per motivi equitativi, ma soprattutto psicologici, che l'utente si veda considerato sullo stesso piano di qualsiasi altro lavoratore, non discriminato, deresponsabilizzato. Sarà lui a pagare

volontariamente i costi della degenza nell' UTR, il che ha un effetto sicuramente positivo anche sul piano del suo coinvolgimento (diventa una scelta non una larvata imposizione). Nel caso non effettuasse questi pagamenti all' istituzione rimane sempre la possibilità di tutelare i suoi diritti con gli strumenti giuridici abituali (trattando quindi l' utente alla stregua di un debitore qualsiasi).

E' anche vero che motivi di ordine terapeutico specifici, cioè riferiti al problema medico posto dal singolo paziente possono indurre a limitare l' esercizio dei diritti dell' utente. In questo caso però questa prescrizione particolare, che si traduce in una (ulteriore) restrizione della libertà personale deve essere inserita e giustificata nel piano terapeutico. Ciò dovrebbe (almeno parzialmente) garantire una certa trasparenza (ad esempio conferendo il diritto di ricorso) alla vita istituzionale.

#### 2.11.4. Il diritto di voto

Il progetto prevede l' abrogazione dell' art. 7 LVE che esclude ancora dal diritto di voto l' interdetto per infermità o debolezza mentali (art. 369 CCS).

La necessità storica e giuridica della attribuzione del diritto di voto è stata accertata dal Consiglio d' Europa e da dottrina recente 36.

Le soluzioni proposte agli art. 75 seg. prevedono che l' équipe terapeutica, che ha in carico l' utente, effettua l' accertamento dell' incapacità di discernimento (che rimane l' unico criterio discriminante valido ma che non può essere presunta, con una finzione giuridica, per tutti gli internati o interdetti per malattia mentale).

Nel caso (raro) di interdetto non collocato e di richiesta da parte della delegazione tutoria competente, la decisione spetta al direttore del settore. Contro queste decisioni è dato ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

La competenza formale di pronunciare l' esclusione appartiene al Consiglio di Stato che decide nel merito dopo aver sentito l' interessato (art. 78).

Dal profilo organizzativo l' art. 110 prevede semplicemente un' estensione dell' art. 23 della vigente legge sul diritto di voto, che prevede la possibilità di votare nel Comune di residenza, e l' istituzione di un ufficio elettorale presso l' UTR, o presso un altro istituto (ospedale, penitenziario, ecc.) ai sensi dell' art. 110 della presente legge.

#### 2.11.5. Assistenza di terzi

L' art. 79 ribadisce il diritto dell' utente di poter comunicare con una persona di sua fiducia e di farsi assistere da lei.

Nel caso l' utente, a causa ad esempio delle condizioni di degenza oppure dello stato di abbandono (art. 397 a] CCS) in cui si trova, non è in grado di reperire nessuno, il Presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico gli mette a disposizione una persona che potrà occuparsi dei suoi problemi personali e patrimoniali.

L' avamprogetto federale del 1974 prevedeva l' obbligo della nomina del curatore. Assurdamente, perché ratio nella normativa federale a giustificazione formale dell' assunzione della competenza da parte dell' Autorità federale, è proprio l' intenzione di evitare la precedente prassi cantonale di procedere al collocamento coattivo in uno stabilimento solo nei confronti di interdetti (art. 406 CCS) o di minorenni 37. Il nuovo disegno federale non prevede più l' obbligo di nomina di un curatore.

Questa scelta è quanto mai opportuna, ed è conforme alle raccomandazioni del Consiglio d' Europa (ed ai principi sanciti dalla giurisprudenza statunitense).

Se infatti la nomina di un curatore può talvolta essere una necessità per l' utente, e in questa misura ciò rappresenta un diritto che il progetto di legge gli conferisce, è per contro da tener presente che sovente l' imposizione di una curatela rappresenta per l' utente una invalidazione sociale e psicologica, tanto più

frustrante in quanto inutile, considerato che in effetti l'esperienza insegna che nella maggior parte dei casi un servizio sociale efficiente (si veda ad esempio il caso del Penitenziario) o la famiglia, sono in grado di risolvere quei problemi di natura finanziaria che si pongono all'utente durante un periodo di degenza peraltro sovente limitato. Da notare che l'art. 80 costituisce unicamente la garanzia per la persona internata di poter disporre dell'ausilio di una persona reperita (non nominata) da un'Autorità neutrale e non dalla controparte 38. Questo diritto non costituisce una rappresentanza legale, che sarebbe incompatibile con la legislazione sul diritto di tutela, che, comunque rimane applicabile (in particolare art. 369, 372 e 374 CCS).

#### 2.11.6. Assistenza legale

Di difficile soluzione è il problema circa la necessità di prevedere l'assistenza di un giurista in ogni caso di internamento, eventualmente di internamento coattivo, oppure di limitare il diritto in caso di richiesta da parte dell'interessato o di persona a lui prossima.

Nella prima ipotesi, teoricamente senz'altro preferibile, ci si scontrerebbe però con difficoltà di ordine pratico, forse insormontabili. Difficile infatti risulterebbe per il Presidente del Tribunale, trovare un legale disponibile per ogni collocamento: si rischierebbe in pratica o di dover far capo ad un ristretto numero (l'esperienza della cancelleria della Camera criminale insegna) o addirittura di nominarne uno assumendolo alle dipendenze dello Stato (istituendo quindi una specie di ombudsman o di Patientenanwalt come a Weisberg) con il sicuro rischio di sancire una tutela giuridica gravata da aspetti di routine negativi. Si rischierebbe inoltre certamente di creare un carico burocratico eccessivo e superfluo per quelle situazioni e quei pazienti che non avrebbero intenzione di ricorrere (si veda l'esperienza della Rekurskommission di Zurigo che, pur avendo esteso le possibilità effettive di ricorso, non è stata investita da un numero maggiore di ricorsi) 39.

Si ritiene quindi preferibile la soluzione proposta, ritenuto che:

a) la richiesta non sia sottoposta a nessuna prescrizione formale;  
b) sia previsto l'obbligo e la possibilità in ogni momento per l'Autorità di nominare senza indugio un avvocato.

Motivo per cui tale compito

-- è affidato al solo Presidente del Consiglio (secondo la prassi del diritto amministrativo generale che attribuisce al Presidente delle istanze amministrative la competenza per proferire decisioni provvisorie o cautelari o semplicemente organizzative),

-- è sancito l'obbligo legale per l'avvocato di accettare il mandato;

c) sia data tranquillante certezza che l'utente sia stato posto a conoscenza della sua facoltà di ricorso (ratio degli art. 88 e 89).

Nell'ambito della procedura di consultazione è emersa, da parte degli operatori, in particolare dell'ONC, l'esigenza di poter disporre di un servizio di consulenza giuridica per problemi derivanti, in particolare, dai loro rapporti con gli utenti. Essa è prevista all'art. 82 e sarà fornita da un giurista del DOS quando il Presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico dovrà ricusarsi.

#### 2.11.7. Controperito

Si è rinunciato a prevedere l'obbligo alla nomina di un controperito (come per il difensore) anche se questa esigenza è proposta da parecchi autori 40 ed è parzialmente operante altrove (ad esempio nel Canton Friburgo). Si ritiene infatti che la presenza dei periti nell'ambito del Consiglio giuridico sociopsichiatrico possa garantire sufficientemente la persona internata. È opportuno ricordare che il Consiglio giuridico sociopsichiatrico è un'Autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 5 cpv. 4 CEDU, e come tale indipendente dallo Stato e dalle parti.

Sono però ipotizzabili situazioni particolari, in cui si palesi la necessità di un perito (problemi specialistici, esigenze, anche per i periti del tribunale, di avere una consulenza, eventualmente su campi esulanti dalla loro specializzazione, ecc.). Per questo motivo si prevede la facoltà per il Consiglio giuridico sociopsichiatrico di farsi assistere da un perito giudiziale. È opportuno quindi anche che la decisione sia presa non dal Presidente ma dal Consiglio.

Da notare infine che, volutamente, non è posta alcuna limitazione circa i motivi di concessione del diritto di

cui agli articoli di questo paragrafo. In particolare non è necessaria una decisione di collocamento o di trattenimento, come sembra proporre, ma comunque non in modo vincolante, il messaggio federale 41.

#### 2.11.8. Dimissione

L'avanprogetto prevedeva il termine di rilascio per motivi di coerenza con il progetto federale. Il termine di dimissione è stato invece proposto da più parti nell'ambito della consultazione.

L'art. 84 cpv. 1, ritenuto che, ovviamente, la volontarietà dell'internamento è riferita anche al periodo di degenza che vi fa seguito, stabilisce che l'utente ammesso volontariamente può lasciare l'UTR in ogni momento.

Ovvio anche che il degente ammesso volontariamente, che viene trattenuto coattivamente, possa godere di tutte le tutele giuridiche di cui avrebbe beneficiato se fosse stato internato secondo la procedura del collocamento coattivo.

Per quanto attiene l'utente coatto, l'art. 85 prevede (ribadendo l'art. 397 a) cpv. 3 CCS) che deve esserne ordinato il rilascio non appena lo permetta il suo stato e l'art. 87 richiama la possibilità di richiedere in ogni tempo e anche ripetutamente le dimissioni, ciò in forza del principio di imprescrittibilità e irrinunciabilità della libertà personale, ricordato anche dal messaggio federale (p. 40).

Competenti sono le Autorità previste all'art. 86 (determinate dalla legge federale). La decisione è suscettibile di ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico (art. 87).

La legge formalmente non prevede il rilascio momentaneo, il congedo, non operando, quindi, volutamente, la distinzione fra il tempo libero nell'UTR ed il congedo fuori, presupponendo che non vi sia differenza fra questi momenti della giornata del paziente, che potrà liberamente muoversi nell'ente e fuori di esso, ritenuto inoltre che una restrizione a questo diritto deve essere stata inserita al momento dell'elaborazione del piano terapeutico, con le garanzie ad esso connesse, (in cui, comunque, potrà eventualmente anche essere stabilito che questo diritto dovrà essere concesso di volta in volta, a seconda dello stato di salute del paziente).

Analogo discorso vale per chi non può beneficiare di questi diritti per motivi giuridici (pericolosità, art. 42, 43 CP ecc.). Nemmeno si è voluto prevedere alcun termine massimo oltre il quale il congedo si trasforma in dimissione, non volendo infatti imporre alcun limite alla équipe che intenda effettuare, ad esempio, un tentativo di parziale dimissione, inserendo sotto suo controllo un utente, in una struttura per ipotesi amministrativamente legata ma fondamentale diversa, sul piano dell'attività terapeutica e meno incisiva sul piano della restrizione della libertà personale dell'utente, di quella in cui questi era collocato.

#### 2.12. I lungodegenti

E' questo forse il problema più scottante e drammatico che ha caratterizzato la vita dell'ONC dalla sua istituzione e che non ha potuto ancora trovare soluzione.

( inserire grafico pag. 47 )

Dal grafico risulta in particolare che, pur essendo in leggera diminuzione dal 1964, le degenze di durata superiore all'anno, ancora nel 1976, oltre il 50 % dei pazienti è degente all'ONC da oltre un anno e un quarto da oltre dieci.

L'introduzione della settorializzazione garantisce, dal profilo strutturale-organizzativo una risposta adeguata.

Sul piano giuridico il problema del lungodegenti può essere affrontato mediante dispositivi che contrastino il

fenomeno, conosciuto a tutte le istituzioni psichiatriche, di apatia istituzionale, di adattamento da parte degli operatori e del degente, al fatto della vita in istituzione cui tutti finiscono per assuefarsi. Gli art. 60 e 88 intendono contrastare questo meccanismo attraverso l' inserimento del Consiglio giuridico sociopsichiatrico cui deve essere intimato il piano terapeutico non appena, dalla valutazione prognostica, appaia possibile che il periodo di degenza (non necessariamente in una sola UTR) possa prolungarsi oltre un anno dall' ammissione.

La scelta di limitare ad un anno il periodo è fondata su due motivi principali.

L' uno statistico che evidenzia come l' anno sia, grosso modo, il momento maggiormente significativo rispetto alla cronicizzazione della degenza, come evincessi dal grafico qui riprodotto:

( inserire grafico pag. 48 )

Il secondo, di ordine pratico, è fondato sul numero di casi che il Consiglio può studiare approfonditamente (avuto riguardo alle sue numerose incombenze). Considerando che fra i degenti al 28 gennaio 1976, 433 appartengono alla categoria con almeno 6 mesi di degenza (considerando solo l' ultima) di cui 388 a quella con oltre un anno di degenza, che nel 1976 sono stati dimessi 180 pazienti con più di 6 mesi di cui 82 con più di un anno di degenza, è possibile, approssimativamente, ipotizzare che il numero dei pazienti presenti all' ONC al 1. gennaio 1978 sia eguale a quello rilevato statisticamente e che tale struttura si trovi anche alla fine del 1978.

Questa ipotesi comporta che il numero dei dimessi della categoria superiore ai 6 mesi deve essere compensata da un eguale numero di ammissioni durante l' anno della stessa categoria. Ne risulta che nel corso del primo anno il Consiglio giuridico sociopsichiatrico dovrebbe analizzare circa 600 pazienti (nel caso della categoria di più di 6 mesi di degenza) o circa 470 nel caso di più di un anno di degenza.

Sarebbe teoricamente auspicabile poi che tutti i casi vengano in seguito controllati a 6 mesi o ad un anno di distanza: ma anche in quest' altra ipotesi il Consiglio si troverebbe a trattare ogni anno tra i 500 ed i 600 casi, senza tener conto né dei ricorsi, né degli interventi d' ufficio sulle altre categorie di pazienti. Occorre dunque scartare questa soluzione che ridurrebbe l' intervento del Consiglio ad un mero controllo burocratico ed inefficiente.

Più consona alla realtà è l' ipotesi di analizzare, a partire dall' entrata in vigore della legge, tutti i pazienti che fanno parte di una o dell' altra categoria che sono degenti all' ONC (art. 107) e di richiamare ogni anno successivo a tutti i pazienti il diritto a ricorrere (art. 88).

La scelta della categoria proposta è così più concreta: nell' anno successivo si tratterà di analizzare a fondo, solamente i nuovi entrati che man mano raggiungono la durata di un anno di degenza.

La categoria al di sopra dei 6 mesi poco si presta ad essere utilizzata in quanto i nuovi casi sarebbero ogni anno circa 180, cifra anch' essa eccessiva se si pensa che, come detto sopra, il Consiglio giuridico sociopsichiatrico deve adempiere ancora ad altri impegnativi compiti.

Meglio risponde la categoria di degenza superiore all' anno a questa esigenza: infatti si tratterebbe, una volta smaltito il grosso lavoro iniziale (art. 107) di analizzare ogni anno una ottantina di pazienti.

Se, come detto, inattuabile appare un controllo annuale effettivo degli utenti e per contro facilmente praticabile la soluzione dell' art. 88 di uno scambio burocratico annuale dell' informazione all' utente del diritto di ricorrere.

Questa soluzione è stata anche auspicata dalla commissione di esperti federali (seduta 8 luglio 1976, pag. 434).

Sulla base dei dati emersi dall' inchiesta saranno circa 400 i degenti interessati da questa norma: 339 sono infatti i pazienti degenti da più di due anni, 82 i dimessi annualmente con degenza superiore all' anno, 32 con degenza superiore ai 5 anni (é quindi ipotizzabile che almeno 60 saranno i dimessi dopo due anni).

Per le persone collocate a norma dell' art. 43, 44 CP competente è il Consiglio di vigilanza sull' esecuzione delle pene.

Le due norme riferentesi ai lungodegenti si applicano anche agli utenti che furono ammessi volontariamente. Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico dovrà in particolare controllare il sussistere dopo un anno, della volontarietà, verificando, in particolare, la presenza del fenomeno di passivo adattamento all' istituzione, che contrasterebbe con il concetto di libertà di espressione del consenso, così come definito agli art. 43 seg. In pratica, per gli utenti ammessi volontariamente, il Consiglio giuridico sociopsichiatrico, dopo un anno, espleta le incombenze attribuite al medico all' art. 44 cpv. 3.

### **2.13. Informazione**

L' art. 89 amplia il diritto stabilito all' art. 397 a) cfr. 2 CCS commisurando da un lato il diritto del paziente alla più completa informazione possibile, base necessaria affinché sia in grado di far valere i propri diritti, e dall' altro la possibilità che l' informazione sia realmente fornibile ai pazienti. Una informazione teoricamente più corretta sarebbe quella di consegnare ad ogni paziente, alla sua ammissione, il testo di legge completo. Ma si avrebbero così due inconvenienti di una certa importanza. In primo luogo, fermo restando il numero degli utenti degenti all' ONC, dovrebbero essere distribuite circa 1900 leggi il primo anno e 1200 negli anni successivi. In secondo luogo la distribuzione dell' intera legge potrebbe favorire la dispersione sia di interesse che di comprensione da parte del paziente.

Da notare infine che l' estensione dell' intimazione alla persona prossima è suggerita dal messaggio federale (pag. 43).

### **2.14. Ricorso**

#### **2.14.1. Al Consiglio giuridico sociopsichiatrico**

##### **2.14.1.1. Competenze (art. 90):**

Al Consiglio giuridico sociopsichiatrico, Autorità giudiziaria sancita dall' art. 5 cfr. 4 della CEDU, le cui esigenze minime sono state riprese dalla normativa federale 42, appare opportuno e logico attribuire, oltre alle competenze imposte dalla normativa federale, anche il giudizio su ogni violazione della libertà personale, così come definita precedentemente (2.2.3) così come esplicitata nelle norme relative ai principi ed ai diritti dei degenti.

Da notare, per quanto attiene gli internati ai sensi degli art. 43 e 44 CP, che l' esclusione del ricorso è prevista solo per la decisione di collocamento (perché demandata alle Autorità previste dalla normativa processuale penale). Il problema non muta per le persone eventualmente internate per decisione del magistrato inquirente: prescrizioni limitative della libertà personale, inserite nella decisione del magistrato, dovranno essere impugnate alla Camera dei ricorsi penali, ma la loro attuazione, nelle forme terapeuticamente adeguate e proporzionali, potrà essere sottoposta al giudizio del Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

##### **2.14.1.2. Forma (art. 91):**

La forma scritta è imposta dal disegno federale.

Il cpv. 2 dell' art. 91 vuole esplicitamente sottolineare che non è prevista alcuna esigenza formale oltre a quella di cui al cpv. 1: è sufficiente che l' Autorità giudiziaria possa dedurre dal testo l' intenzione di protestare contro una misura. Ad esempio una semplice lettera sarà sempre formalmente accettata, secondo d' altronde i dettami del diritto amministrativo generale e ticinese 43. Tale prassi, d' altra parte, è imposta dal messaggio federale 44, in applicazione del principio della sicurezza del diritto.

##### **2.14.1.3. Legittimazione (art. 92):**

La lett. a) dell' art. 92 è intesa ad evitare i conflitti evidenziati dall' esperienza pratica, fra rappresentante e

rappresentato; la lett. c) riproduce la formula della normativa federale, per quanto sembri preferibile un' altra terminologia, ad esempio quella di persona convivente.

E' da notare la lacuna voluta della presente legge: non si prevede possibilità di ricorso da parte di terzi (ad esempio familiari) contro decisioni che comportano un miglioramento della situazione del degente (ad esempio contro la decisione di rilascio, prevista a Ginevra).

Il cpv. 2 della norma conferisce ad ogni terzo, anche non interessato direttamente dalla presenza in un' UTR di una persona a lui prossima, il diritto a presentare denuncia (dénouciation, Anzeige o Aufsichtbeschwerde) qualora ritenga che la situazione di fatto in un' UTR o di paziente non adempia i requisiti posti dalla presente normativa.

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico è quindi competente (cfr. art. 35 lett. a) a ricevere denunce che, in forza della giurisprudenza federale 45:

- non obbligano ma invitano l' Autorità ad agire;
- tutelano l' interesse pubblico e non privato;
- sono, di regola, definitive (e anche nel nostro caso non si ritiene di prevedere il ricorso al Tribunale amministrativo).

Si è deciso di escludere la possibilità della conferma da parte del diretto interessato del ricorso proposto da terze persone, ciò per il caso che l' interessato preferisca rimanere in istituto: in questo caso infatti ha il diritto di rimanervi a titolo di ricovero volontario.

Si è inoltre esclusa la possibilità della legittimazione ricorsuale per le persone prossime o per i familiari a titolo personale, non solo contro la decisione di rilascio ma anche contro altre decisioni (ad esempio il diritto di visita negato alla madre). L' interesse della persona collocata è infatti determinante e la persona prossima avrà sempre la possibilità di ricorrere per conto del collocato.

E' stata infine esclusa la legittimazione ricorsuale agli enti ed alle Autorità giudicanti, malgrado che essi siano esposti all' azione di risarcimento in caso di accertamento della illiceità della privazione o restrizione della libertà, anche perché secondo il messaggio federale 46:

<< la decisione del giudice ai sensi dell' art. 397 d) non è vincolante per la valutazione dell' illiceità >>.

#### 2.14.1.4. Procedura:

Gli art. 93-95 rappresentano le eccezioni all' applicabilità della legge di procedura amministrativa (art. 33). Esse sono imposte dalla nuova legge federale o suggerite dal relativo messaggio. L' affermazione della non sospensività (art. 93 cpv. 1, 2) è necessaria: l' art. 47 LPamm stabilisce infatti il principio della sospensione, soluzione impraticabile per la maggior parte dei ricorsi di utenti necessitanti comunque di assistenza.

La possibilità di reiezione di un ricorso temerario (art. 93 cpv. 3) propone una soluzione pratica per utenti querulomani, formulanti continuamente domande di rilascio, ad onta di una precedente decisione che convalida la misura per un periodo determinato. Simile normativa esiste a Basilea-Città ed è anche auspicata dal messaggio federale 47. Il diritto di essere sentito è stabilito oltre che dalla giurisprudenza federale, dall' art. 397 f) cpv. 3 CCS. In linea di principio l' utente dovrà essere sentito da tutto il Consiglio giudicante, salvo la possibilità di delegare, in casi particolari, un solo membro.

La celerità e semplicità della procedura sono previste dall' art. 397 f) cpv. 1 CCS. La gratuità è suggerita dal messaggio federale 48:

<< in considerazione della grande importanza morale della libertà personale >>.

#### 2.14.2. Ricorso al Tribunale cantonale amministrativo

Il messaggio federale 49 pur esigendo una sola istanza giudiziaria, suggerisce, sulla base dell' organizzazione giudiziaria cantonale, di prevedere più di un' istanza giudiziaria.

Appare logico attribuire al TRAM la competenza di statuire in tema di libertà personale dei degenti,

problema cui la presente legge rivolge il principale interesse (conformemente all' impostazione evincibile dalla raccomandazione del Consiglio d' Europa e dalla CEDU), e problema squisitamente giuridico.

La competenza del Tribunale amministrativo non pone problemi anche riguardo al ricorso per riforma (previsto dall' art. 44 lett. f) della legge sull' organizzazione giudiziaria federale) al Tribunale federale: esistono infatti altri casi analoghi.

Per quanto attiene la legittimazione è da notare che, non rinviando all' art. 92 cpv. 2, la norma esclude la legittimazione ricorsuale di chi ha proposto denuncia al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

## **2.15. Risarcimento**

Il diritto al risarcimento è previsto all' art. 5 cfr. 5 CEDU e 429 a) CCS che istituisce la responsabilità causale del Cantone (cpv. 2); secondo la legge federale la privazione della libertà deve essere stata ordinata da un' Autorità di tutela o da un altro ufficio (art. 47 seg.), quando non sono adempite le condizioni dell' art. 397 a) CCS 50.

Un primo ampliamento che la legge cantonale deve operare è l' estensione del risarcimento ai collocati illecitamente per motivi di polizia, non compresi nell' art. 397 a) CCS.

Non avrebbe comunque senso escludere questa categoria, parte organicamente inscindibile, per motivi non solo di politica e sistematica legislativa ma soprattutto per il carico etico che l' internamento di persone definite pericolose comporta per la collettività. L' esclusione dell' estensione costituirebbe comunque disparità di trattamento e sarebbe come tale anticostituzionale.

Si giustifica inoltre una seconda estensione, relativa alle condizioni di degenza delle persone collocate ed alla violazione dei loro diritti.

La dottrina più autorevole giustifica questa estensione fondata sull' art. 5 cfr. 5 CEDU (comunque applicabile): Trechsel 51 ritiene:

<< ist ein Enchädigungsanspruchen ebenfalls gegeben, wenn das nationale Recht in einen Punkt verletzt wurde, in welchem es gegenber der Konvention zusätzliche Garantieren enthält,>> .

Questo autore afferma la sussistenza di una violazione:

<< ohne Zweifel auch in einer übermässig langen Untersuchungshaft oder in einer Verletzung von Formvorschriften, jedenfalls dann, wenn sie sich die Tatsache oder die Dauer der Haft ausgewirkt hat. Die Kommission lässt sogar die Frage offen, ob nicht die Verletzung einer Formvorschrift an und für sich schon genüge >>.

Più oltre cita ad esempio (pag. 269 e 272) le violazioni del diritto all' informazione.

### **2.15.1. Legittimazione**

Legittimata secondo la legge federale è:

<< la persona lesa da una privazione della libertà >>.

L' ambiguità del testo deve essere risolta nel senso propugnato dal Trechsel 52 che propone:

<< unter Umständen auch naben Angehörigen des Inhaftierten, wenn ihnen ein Schaden erwachsen ist, ein Entschädigungsanspruch zusteht >>.

Importante è la istituzione della responsabilità causale del Cantone. Ciò è particolarmente importante per il Cantone Ticino che non conosce, d' altronde come altri Cantoni, alcuna norma costituzionale sulla responsabilità del Cantone e, nella LORD (art. 21 cpv. 1) e nella LAC (art. 195) implicitamente sancisce la responsabilità esclusiva del funzionario 53 tipica di soli altri tre Cantoni (Svitto, Obvaldo, Appenzello) che secondo la dottrina unanime tutela il pubblico inadeguatamente.

### **2.15.2. Competenze**

Erano ipotizzabili due soluzioni: a prima vista poteva apparire logico attribuire la competenza per statuire su questo tema al Consiglio giuridico sociopsichiatrico che, già a conoscenza della fattispecie, avrebbe potuto meglio di qualsiasi altro tribunale valutare la fattispecie o stimare il danno od il pregiudizio (soprattutto se si pensa che di esso fanno parte anche periti specificamente competenti).

Inoltre, l' unica normativa simile vigente nel nostro Cantone presenta la medesima soluzione: secondo gli art. 267 seg. CPPT l' indennità da accordarsi alle persone ingiustamente carcerate è stabilita dalla corte che assolve (art. 271 CPPT).

Ma è preferibile usufruire dell' azione diretta del Tribunale amministrativo esperibile e istituita per fattispecie analoghe.

Unico problema potrebbe essere costituito dalla difficoltà, in cui potrebbe trovarsi la corte, di statuire su una domanda di risarcimento a seguito della illiceità della privazione della libertà personale sanzionata dal Tribunale federale su ricorso della persona lesa contro una decisione contraria del Tribunale amministrativo, il quale si troverebbe così a dover attribuire una indennità quando non aveva giudicato illecita la decisione che ha provocato il danno.

Ma a questa difficoltà è facile rispondere che questo problema si porrebbe comunque anche attribuendo la competenza al Consiglio giuridico sociopsichiatrico e che esistono altri casi in cui analoga situazione giuridica è stata ammessa: ad esempio la competenza attribuita al Tribunale amministrativo di giudicare il ricorso di interessati in caso di patente di esercizio pubblico, concessa dallo stesso tribunale a seguito di altra procedura 54.

## **2.16. Sanzioni penali**

L' applicazione di una sanzione penale è limitata:

- a) non a qualsiasi infrazione o omissione ma a quelle che ledono la libertà personale dell' utente.
- b) L' art. 101 prevede unicamente la punibilità delle persone che adempiono per conto dello Stato mansioni particolari attinenti l' applicazione della presente legge. Si tratterà sostanzialmente del personale terapeutico, dei medici, degli assistenti sociali, dei responsabili degli enti, dei membri di Autorità aventi funzioni decisionali.

Questa scelta, di limitare il novero delle persone passibili di sanzione penale, si giustifica per un' esigenza di coerenza con la finalità e l' impostazione della presente legge, che sottopone al controllo e sorveglianza gli enti a cui è demandato il compito di collocare o custodire le persone alla cui tutela essa è peculiarmente intesa. I membri degli enti o le persone cui lo Stato con la presente normativa demanda compiti particolari, hanno infatti un notevole potere decisionale e godono di un vasto potere discrezionale. Il richiamo esplicito della sanzione penale deve indurre ad usare con particolare cautela questo potere, che si estrinseca peculiarmente con la limitazione della libertà personale del cittadino.

L' applicazione della LORD è conforme alle scelte operate dal legislatore cantonale per la legge sanitaria (art. 171) riservata la norma specifica per le arti sanitarie (art. 21 Lsan).

La lettera b) della norma si riferisce sostanzialmente ai membri della delegazione tutoria; non essendo applicabile la LORD, perlomeno per le sanzioni più importanti dell' art. 24, si deve prevedere una norma speciale, anche perchè non è applicabile nemmeno l' art. 149 della legge organica comunale che prevede la possibilità per il Consiglio di Stato di:

<< infliggere multe ai Comuni, ai membri e supplenti del municipio e della commissione della gestione >>.

Non sono quindi esplicitamente menzionati i membri della delegazione tutoria (se si eccettua di sindaco, membro di diritto, ed eventuali altri membri). D' altra parte anche l' importo massimo, limitato a Fr. 1.000.-, è chiaramente commisurato a punire violazioni di norme intese a tutelare beni materiali: lo dimostra la ratio della norma e l' assenza, nella LOC, tranne l' art. 89 che deve essere però abrogato, di disposizioni gravemente limitanti la libertà personale, bene cardine del nostro ordinamento giuridico.

Nemmeno si giustificerebbe l' argomento di disparità di trattamento fra le persone repressi alle lett. a) e b). Quest' ultima impone infatti solo un massimo, la multa dovendo essere commisurata alla colpa ed alle condizioni personali del reo (art. 48 CP, RU 101 IV 16). Il Consiglio di Stato, godendo di un vasto potere di apprezzamento, può adeguare la multa alla gravità delle sanzioni previste alla lett. a), tanto più che quest'

ultime sono valutabili in denaro.

L' importo massimo di Fr. 5.000.- è quello dell' art. 106 CP.

La difficoltà di reperire membri per le delegazioni tutorie avrebbe potuto indurre a prescindere dall' applicazione di sanzioni nei loro confronti.

E' invece da ribadire che esse appaiono indispensabili, occorrendo infatti contrapporre alla frequente (e umana) tentazione di internare una persona come mezzo più pratico (per i membri della delegazione tutoria) di prevenire responsabilità (art. 426 CCS), una sanzione per l' ipotesi diversa.

Per contro si rinuncia a prevedere una disposizione penale, stricto sensu, nell' ambito della competenza penale contravvenzionale demandata ai Cantoni (art. 335 CP e 101 CP; RU 69 IV 5) malgrado che il cumulo della sanzione amministrativa con quella penale sia ammesso dalla teoria generale del diritto amministrativo.

Le considerazioni negative principali sono le seguenti:

a) La competenza cantonale ad emanare disposizioni penali nei confronti di persone esercitanti professioni liberali è contestata 55.

b) In questo contesto apparirebbe sproporzionato e discriminatorio prevedere sanzioni penali esentando chi esercita professioni liberali.

c) La normativa penale federale, se è vero che nel Ticino è stata raramente applicata, lo fu comunque in modo efficace 56. D' altra parte la difficoltà di applicazione dell' art. 182 cfr. 2 cpv. 2 CP è lenita dalla recente giurisprudenza del Tribunale federale che estende l' applicabilità delle norme riferite alle lesioni personali 57.

L' art. 102, conforme agli art. 22, 24 e 28 LORD, attribuendo la competenza ricorsuale del Tribunale cantonale amministrativo, costituisce una tutela importante, d' altronde prevista agli art. 21 cpv. 2 Lsan, 28 cpv. 1 LORD, 153 bis cpv. 2 LOC, 22 della legge di procedura per i reati di competenza del Pretore.

## **2.17. Norme transitorie**

Se le norme intese a tutelare direttamente la libertà personale dell' utente devono entrare in vigore il più presto possibile (e in particolare immediatamente deve essere istituita l' Autorità giudiziaria), più elastico deve essere il termine per adeguare le strutture ed in particolare i servizi esistenti ai principi organizzativi stabiliti al cap. III.

Nell' ambito della procedura di consultazione è infatti emersa precisa la esigenza di sperimentazione e di prolungamento del termine di tre anni previsto dall' avanprogetto a cinque.

## **2.18. Norme abrogate**

Devono essere abrogati (cfr. 1.3.1) l' art. 7 LVE, l' art. 89 cpv.2 LOC, la legge sull' internamento degli alcoolizzati e dei vagabondi e i decreti vigenti sull' organizzazione dell' ONC.

L' abrogazione degli art. 27 della legge sull' assistenza e 15 lett. a) del Regolamento è resa necessaria dal fatto che le due norme non sono compatibili con la presente legge (e con la CEDU ed il disegno federale) a causa della genericità delle condizioni di collocamento: in esse è previsto:

<< il collocamento in istituto quando le circostanze personali o familiari lo richiedono >> (art. 27) e l' art. 15 lett. a) pone quale unica condizione il fine della << garanzia di un normale sviluppo fisico e psichico >>.

Anche l' art. 13 della legge contrasta con la CEDU nella misura in cui venga interpretato congiuntamente con l' art. 15 lett. a).

La sua possibilità di interpretazione con la lett. b) dell' art. 13 giustifica il suo mantenimento.

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

## Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, B. Bernasconi

Il Cancelliere, A. Crivelli

## NOTE

1. Cfr. annessi alla Conclusione del volume ONC 1898-1978, passato presente e prospettive dell'assistenza sociopsichiatrica nel Cantone Ticin.
2. Decreto federale che approva la Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell' uomo e delle libertà fondamentali del 4 novembre 1950 art. 1.
3. Compendio al messaggio federale 17 agosto 1977 sulla modificazione del CCS (privazione della libertà a scopo di assistenza) e sul ritiro della riserva all' art. 5 CEDU.
4. Cfr. messaggio sub nota 3 pag. 27 e pag. 55.
5. Cfr. Borghi, Internamento in ospedale psichiatrico e tutela giuridica dell' anormale in RDAT 1977, pag. 292.
6. La desuetudine della LIA, ad esempio, è evidenziata dalla marcata riduzione delle ammissioni alla Valletta, risultante dal grafico qui riprodotto.

( inserire grafico pag. 58 )

7. Cfr. su questi punti, nel volume citato sub nota 1, la pag. 495 della Conclusione, in particolare la nota n. 140, le testimonianze sui club extraospedalieri a pag. 93 seg. e l' intervento di Daguet con le note (pag. 290) riprodotto nel testo.
8. Su questo tema si vedano l' Introduzione della Conclusione (pag. 473 e seg.) e gli Annessi alla conclusione (pag. 528 e seg.) nel volume ONC 1898-1978... citato sub nota 1.
9. Cfr. messaggio federale sub nota 3 n. 213.2.
10. P. Saladin, Gründrechte im Wandel, Verlag Stämpfli, Bern 1975.
11. Nella sentenza di principio RU 90 I 29.
12. Cfr. messaggio federale sub nota 3 pag. 48 e 49.
13. Cfr. messaggio federale 5 giugno 1974 concernente la revisione del diritto di filiazione, pag. 79; art. 301 CCS rev. e 19 cpv. 2 CCS.
14. Cfr. messaggio federale sub nota 13 pag. 86.
15. Cfr. messaggio federale sub nota 13 pag. 91.
16. Jost Gross, Die persönliche Freiheit des Patienten, Verlag Stämpfli & Ci AG, Bern 1977, pag. 79.
17. Jost Gross, op. cit., pag. 65.
18. RU 95 I 346.
19. G. Hug. Wo liegt die Grenze der persönlichen Freiheit, Schulthess Polygraphischer Verlag Zürich 1976, pag. 200; cfr. nota 112 (pag. 489) nella Conclusione al volume ONC 1898-1978... citato.
20. R. Bersier, La liberté personnelle, thèse de licence et de doctorat présentée à la Faculté de droit de l' Université de Lausanne, Imprimerie S. Roop 1968, pag. 123, citato nella nota 113 (pag. 489) nella Conclusione, al volume ONC 1898-1978... citato.
21. Avanzoprogetto 1974 del Consiglio federale distribuito in consultazione ai Cantoni.
22. Romano Daguet, Nuove tendenze nell' organizzazione della psichiatria in ONC 1898-1978... citato, pag. 283.
23. Dall' assistenza manicomiale alla psichiatria sociale in ONC 1898-1978... citato, pag. 56 seg.
24. La suddivisione in regioni del Cantone riprende per il Luganese e il Mendrisiotto i distretti amministrativi di Lugano e Mendrisio, per il Bellinzonese quelli di Bellinzona, Riviera, Blenio, Leventina, per il Locarnese quelli di Locarno e Valli.
25. Commissione della gestione 1975 sul messaggio per lo stanziamento di nuovi crediti per l' ONC.
26. In particolare, a partire dagli anni '70 (cfr. la Storia sinottica nell' appendice al volume ONC 1898-1978... citato).
27. G. Benedetti, Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft - Forschungen zur Schizophrenie - Lehre 1966-1972, Thieme Verlag Stuttgart 1975.
28. Cfr. messaggio federale sub nota 3 pag. 55 e 143 e la nona seduta della Commissione degli esperti, pag. 462.
29. Borghi, Giurisprudenza amministrativa ticinese, edito dal Dipartimento dell' interno, 1975, pag. 416.
30. idem, pag. 417.
31. Essa è riassunta nella Conclusione al volume ONC 1898-1978...
32. Cfr. messaggio federale sub nota 3 pag. 36.
33. H. Kunze, Bürgerrechte psychiatrischer Patienten in den USA: Medizinische und verfassungsmässige

Minimalstandards für angemessene Behandlung, Psychiatrischer Praxis 3, 1976 p. 77 seg. Thieme Verlag Stuttgart.

34. Principalmente: Hinderling Hans, Die ärstliche Aufklärungspflicht, Heft 66, 1963.

35. Art. 308 cpv. 2, 3 CCS e messaggio federale -- sub nota 13 -- pag. 84.

36. Citato in Borghi (Per l' abrogazione dell' art. 7 LVE) Diritto di voto e devianza in RDAT 1978, pag. 263 seg.

37. Art. 310 CCS, messaggio federale -- sub nota 13 -- pag. 55.

38. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 42 e 43.

39. K. Ernst e B. Ausfeld, Genügt der heutige Rechtschutz für Psychischkranke? - die 179 Entscheide der Psychiatrischen Rekurskommission des Kantons Zürich - Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie - Band 120 (1977), Heft 1, pag. 63-74.

40. T. Szasz, Disumanizzazione dell' uomo, pag. 234 seg., Ed. Feltrinelli.

41. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 43.

42. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 42.

43. Si veda ad esempio l' unico precedente ticinese in Rivista di diritto amministrativo ticinese, 1977, pag. 53 seg., edita dal Dipartimento dell' intern.

44. Messaggio federale -- sub nota 3 -- 243.1 pag. 41.

45. RU 90 I 230 - A. Grisel, Droit administratif suisse, Edition Ides et Calendes, Neuchâtel, pag. 460.

46. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 47.

47. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 12.

48. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 45.

49. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 41.

50. Messaggio federale -- sub nota 3 -- pag. 47.

51. S. Trechsel, Die europäische Menschenrechtskonvention, ihr Schutz der persönlichen Freiheit und die schweizerischen Strafprozessrechte, Bern, Verlag Stämpfli & Ci AG, 1974, pag. 266.

52. S. Trechsel, op. cit., pag. 268.

53. A. Grisel, op. cit., pag. 447.

54. Cfr. sentenza 23 agosto 1977 in re C. al TRAM e il decreto 24 dicembre 1976 del Tribunale di appello che cita anche il caso del giudice civile che, essendosi preliminarmente pronunciato su un' azione possessoria, è chiamato successivamente a decidere il merito. Cif. Rivista di diritto amministrativo ticinese, 1978, pag. 52/53, edita dal Dipartimento dell' intern.

55. R. Marchetti, Die Disziplinargewalt gegenüber den liberalen Berufsarten, schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeinde Verwaltung XLI, n. 11, pag. 255.

56. Cfr. Borghi, Internamento in ospedale psichiatrico e tutela dell' anormale in RDAT 1977, pag. 294 nota 35.

57. Cfr. RU 99 IV 211.

Disegno di

## **LEGGE**

sull' istituzione, l' organizzazione, la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza

## **Capitolo I - CAMPO DI APPLICAZIONE**

### **I. OGGETTO**

#### **Art. 1**

La presente legge si applica alle unità terapeutiche e riabilitative (in seguito UTR) pubbliche e private del Cantone Ticino, quali le strutture stazionarie e semistazionarie e i servizi territoriali e ambulatoriali, destinati all' assistenza delle persone (in seguito dette utenti):

a) definite dall' art. 397 a) CCS;

b) compromettenti con grande imminente probabilità e gravemente la propria vita e salute e quella di terzi;

c) oggetto di una misura ai sensi degli art. 43, 44 CP, riservata la prioritaria applicazione del diritto federale;

d) minorenni, riservato il diritto federale applicabile;

e) necessitanti di altri interventi psicosocioterapeutici.

## **II. FINALITÀ**

### **Art. 2**

La legge ha per scopo:

- a) la prevenzione dei fattori determinanti i fenomeni patogeni a livello sia personale che sociale;
- b) la istituzione, la organizzazione, la vigilanza delle UTR destinate ad assicurare il soddisfacimento delle esigenze terapeutiche e riabilitative dell' utente;
- c) la tutela dei diritti degli utenti, in particolare del diritto alla assistenza adeguata e alla libertà personale.

## **III. PERSONA DI DIRITTO PRIVATO**

### **Art. 3**

Una persona fisica o giuridica di diritto privato è sottoposta alla presente legge in quanto adempia compiti o persegua finalità attinenti il campo di applicazione di essa.

Il Consiglio di Stato ne controlla l' attività che può essere sottoposta ad autorizzazione.

Speciale regolamento ne prevede le condizioni.

Esso determina inoltre le modalità per la concessione e la misura dei sussidi.

## **Capitolo II - PRINCIPI**

### **I. DIRITTO ALLA ASSISTENZA ADEGUATA**

#### **Art. 4**

Ogni persona bisognosa di assistenza è tutelata dalla presente legge.

Ha diritto all' intervento socioterapeutico adeguato ed ininterrotto e alla continua assistenza di personale qualificato, fintanto che sussiste il suo bisogno di assistenza.

#### **Art. 5**

##### 1) Alleanza terapeutica

Sono garantite l' autonomia e la salvaguardia del quadro operativo necessario alla instaurazione dell' alleanza e della contrattualità terapeutiche sulle quali si fonda l' intervento medico-psicosociale.

Interventi terapeutici e assistenziali prescindenti o contrari alla volontà dell' assistito sono leciti se indispensabili e se accompagnati conformemente al cpv. 1, da iniziative intese ad ottenerne il consenso e la partecipazione.

#### **Art. 6**

##### 2) Formazione

E' garantita e promossa la formazione permanente di tutti gli operatori psicosociali al fine di migliorare la qualità e l' efficacia dell' intervento terapeutico.

### **II. COLLOCAMENTO E LIBERTÀ PERSONALE**

#### **Art. 7**

Ogni limitazione della libertà personale causata dal collocamento o dalla degenza in un' UTR deve essere finalizzata alla prestazione di una terapia efficace, adeguata ed indispensabile.

### **III. PIANO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO**

#### **Art. 8**

Per ogni utente l' équipe dell' UTR deve elaborare ed attuare entro sei mesi un piano terapeutico e riabilitativo personale, motivato, costantemente aggiornato, al fine di garantire la non sedimentazione nelle UTR.

## **IV. RESTRIZIONI DELLA LIBERTÀ**

### **Art. 9**

Ogni grave restrizione della libertà personale può essere giustificata solo da finalità terapeutiche iscritte nel piano terapeutico o nella cartella clinica.

## **V. PROPORZIONALITÀ**

### **Art. 10**

L'assistenza deve essere offerta nell' UTR più adeguata, corrispondente alla evoluzione delle necessità terapeutiche o riabilitative dell' utente.

## **Capitolo III - ORGANIZZAZIONE E ISTITUZIONE DELLE UTR E DEI SERVIZI**

### **I. SETTORE**

#### **Art. 11**

##### **1) Oggetto e finalità**

Salvo eccezioni gravi la persona tutelata dalla presente legge deve essere assistita nel suo ambito sociale naturale.

Le UTR e istanze oggetto della presente legge intervengono prioritariamente sul territorio.

Deve essere assicurato il principio della continuità della prevenzione, della cura e della riabilitazione. In particolare devono essere poste in atto tutte le possibilità terapeutiche e riabilitative per i malati cronici.

#### **Art. 12**

##### **2) Organizzazione**

Il territorio del Cantone Ticino viene diviso in quattro settori autonomi: Bellinzona, Locarno, Lugano, Mendrisio.

Il numero potrà essere modificato secondo le necessità risultanti dalla sperimentazione.

Il settore di Mendrisio comprende i reparti speciali e intersettoriali situati all' interno dell' ONC.

Ogni settore dispone di servizi diversificati, le UTR, di cui deve essere garantita l' accessibilità. Sono commisurate alle esigenze e alle necessità della popolazione del settore.

#### **Art. 13**

##### **3) Direzione**

Il settore è affidato alla responsabilità di un medico specialista in psichiatria, con titolo di direttore.

Nelle sue funzioni egli:

- a) rappresenta il settore facendosi interprete delle esigenze del territorio espresse sia dagli operatori che dalla popolazione;
- b) coordina le attività terapeutiche e amministrative e le iniziative del settore;
- c) coordina e supervisione i gruppi di lavoro degli operatori e degli utenti delle UTR allo scopo di  
-- garantire un processo continuo di autonomia di lavoro, di formazione permanente e di partecipazione responsabile e collegiale alle decisioni di gestione e di terapia,  
-- promuovere la coesione e la maturazione delle équipes terapeutiche;
- d) attua le direttive e i piani programmatici elaborati dalla Commissione cantonale di prevenzione e programmazione;
- e) decide il collocamento coattivo nei casi previsti dalla presente legge.

#### **Art. 14**

##### **4) Responsabile dell' UTR**

Il direttore del settore viene coadiuvato nel suo lavoro da una o più persone responsabili del funzionamento diretto delle UTR.

Questi coordinano la riunione dell' équipe e rappresentano l' UTR nel Collegio direttivo del settore.

I responsabili dell' UTR aventi principalmente carattere clinico devono avere il titolo di medico.

## **Art. 15**

### **5) Collegio direttivo**

Il collegio direttivo del settore è una riunione di lavoro, coordinata dal direttore, a cui partecipano i responsabili delle UTR ed i vari rappresentanti delle categorie professionali interessate.

Ha le seguenti attribuzioni:

- a) elabora i piani terapeutici generali riguardanti l'utente e li coordina secondo le proposte delle UTR;
- b) garantisce il funzionamento organico del settore e delle singole UTR;
- c) mette in atto le misure preventive adeguate, nel territorio; d) collabora con gli enti e le istanze locali;
- d) elabora progetti di cura e di assistenza all'intenzione della Commissione cantonale di prevenzione e programmazione;
- e) organizza la formazione permanente.

## **Art. 16**

### **6) Operatori esterni al settore**

Può essere richiesta la consulenza anche nelle forme dell'impiego a tempo parziale, di operatori privati, particolarmente qualificati (anche al fine di assicurare una formazione secondo le direttive dell'F.M.H.).

## **II. COLLEGIO DIRETTIVO PSICOSOCIALE**

## **Art. 17**

Il collegio direttivo psicosociale cantonale è la massima istanza direzionale esecutiva; è composto dei quattro direttori e del responsabile amministrativo dei settori.

Ogni due anni, a turno, i direttori scelgono un presidente che rappresenta il collegio.

La sede è presso il presidente in carica.

Il collegio si riunisce almeno una volta al mese per l'esame delle trattande correnti e ogni volta appaia necessario per l'urgenza o l'importanza di un problema.

Ha le seguenti attribuzioni:

- a) coordina le attività settoriali;
- b) coordina la formazione, la rotazione e l'impiego del personale nei diversi settori, tenendo conto dell'articolo 13 c);
- c) attua le direttive della Commissione cantonale di prevenzione e programmazione ed i piani programmatici;
- d) redige il rapporto annuale di attività;
- e) propone al Dipartimento opere sociali l'assunzione di nuovo personale medico e paramedico.

## **III. EQUIPE**

## **Art. 18**

### **1) Principio**

L'équipe è il principio operativo e organizzativo dell'UTR.

## **Art. 19**

### **2) Composizione**

E' composta da tutte le persone operanti all'interno di una UTR.

La rotazione dei membri tiene conto della necessità di coesione dell'équipe.

## **Art. 20**

### **3) Compiti**

Assume la presa in carico dell'utente.

Elabora ed attua il piano terapeutico secondo il principio della continuità dell'intervento.

Analizza e gestisce autonomamente il quadro istituzionale entro cui opera, al fine di prevenire le implicazioni patologiche generate dall'ambiente istituzionale.

Sviluppa le possibilità terapeutiche di ogni individuo all'interno di un'organizzazione di vita comunitaria, in collaborazione con gli utenti.

## **IV. UNITA' TERAPEUTICHE E RIABILITATIVE**

## **Art. 21**

### 1) Realizzazione

Il Cantone, nell' ambito principalmente della pianificazione sanitaria e ospedaliera, provvede alla graduale realizzazione di UTR differenziate secondo le necessità verificate nei settori a norma degli art. 11 e seg. All' interno di essi dovranno essere realizzate anche le nuove UTR cliniche stazionarie.

## **Art. 22**

### 2) Definizione

Sono unità terapeutiche e riabilitative:

- a) le strutture ambulatoriali e i consultori, l' équipe di pronto intervento nel territorio, che praticano un servizio di prevenzione, di consulenza, di cura e riabilitazione, nel territorio;
- b) le strutture semistazionarie che accolgono l' utente durante una parte della giornata, assicurandogli cura e assistenza.

Sono strutture semistazionarie:

- l' ospedale di giorno e di notte
- il foyer
- l' appartamento protetto
- il centro di riabilitazione esterno
- il club terapeutico;

- c) il reparto clinico del settore situato all' interno dell' ONC e destinato alla terapia stazionaria intensa;
- d) i reparti speciali che accolgono utenti di tutti i settori, come ad esempio l' ergoterapia, il centro di riabilitazione all' interno dell' ONC, ecc.;
- e) il servizio psichiatrico anche stazionario all' interno degli ospedali generali.

Tali strutture saranno realizzate e modificate a seconda delle esigenze della popolazione.

## **Art. 23**

### 3) Ospedale neuropsichiatrico cantonale

a) Definizione:

L' Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) è l' unità geografica e strutturale composta:

- da UTR stazionarie appartenenti a ciascun settore;
- da UTR intersettoriali che accolgono utenti di tutti i settori come ad esempio la mensa, il centro sociale, il bar, l' ergoterapia, il centro riabilitativo ed eventuali altri reparti specializzati.

E' un luogo specializzato di cura intensa e stazionaria ad eccezione di reparti psicogeriatrici di lunga degenza.

E' inserito organicamente nel settore in applicazione del principio della continuità terapeutica.

## **Art. 24**

### b) Direzione

Il direttore del settore di Mendrisio assume la funzione di direttore dell' ONC.

Coordina le attività di tutte le persone, utenti ed operatori, all' interno delle UTR intersettoriali.

Attua le direttive della Commissione cantonale di prevenzione e programmazione e del Collegio direttivo psicosociale.

Assicura il funzionamento generale dell' istituto, coordina in particolare i rapporti fra i settori all' interno dell' ONC.

## **Art. 25**

### c) Direzione delle UTR settoriali dell' ONC

Il direttore del settore, secondo le modalità stabilite all' art. 13, è competente all' interno dell' UTR appartenente al suo settore per

- a) l' ammissione e la dimissione degli utenti;
- b) l' attuazione del piano terapeutico durante la permanenza dell' utente nell' UTR, in particolare: coordina con la direzione dell' ONC l' inserimento dell' utente nell' attività delle UTR intersettoriali;
- c) la composizione delle équipes e l' impiego degli operatori dell' UTR.

## **Art. 26**

### d) Proprietà e gestione

L' ONC è di proprietà del Cantone ed è gestito dal Consiglio di Stato che si avvale dell' ausilio della Commissione amministrativa, presieduta dal direttore del Dipartimento opere sociali con voto consultivo

composta da altri 6 membri nominati dal Consiglio di Stato.

#### **Art. 27**

##### e) Commissione amministrativa: competenze

La Commissione sorveglia la gestione finanziaria dell' Istituto.

Provvede in particolare:

- a) alla delibera, previo concorso, delle forniture correnti per l' Istituto ed alla stipulazione dei relativi contratti;
- b) alla manutenzione ordinaria degli stabili e preavvisa al Consiglio di Stato la necessità di lavori di manutenzione secondari;
- c) allestisce, all' indirizzo del Consiglio di Stato, i bilanci preventivi e consuntivi relativi alla gestione ordinaria dell' Istituto.

### **V. MINORENNI**

#### **Art. 28**

##### 1) Applicazione del Capitolo III

Le norme del presente capitolo si applicano per analogia ai minorenni ed all' organizzazione del Servizio medico-psicologico e delle relative UTR.

#### **Art. 29**

##### 2) Servizio medico-psicologico, Direzione

Il Servizio medico-psicologico è affidato alla responsabilità di un medico specialista in psichiatria con titolo di direttore.

Viene coadiuvato nella sua attività da un medico specialista in psichiatria con titolo di vice-direttore.

Analogamente all' art. 13 della presente legge egli:

- a) rappresenta il Servizio medico-psicologico;
- b) coordina le attività terapeutiche e amministrative del Servizio medico-psicologico;
- c) coordina e supervisiona i gruppi di lavoro degli operatori e degli utenti delle unità terapeutiche allo scopo di
  - garantire un processo continuo di autonomia di lavoro, di formazione permanente, di partecipazione responsabile e collegiale alle decisioni di gestione e di terapia,
  - promuovere la coesione e la maturazione delle équipes terapeutiche;
- d) attua le direttive e i piani programmatici elaborati dalla Commissione cantonale di prevenzione e programmazione;
- e) decide il collocamento coattivo nei casi previsti dalla legge.

Speciale regolamento del Consiglio di Stato determina l' organizzazione del Servizio medico-psicologico e la misura della sua integrazione nei settori.

### **IV. SERVIZIO SOCIALE**

#### **Art. 30**

##### Coordinamento

Gli assistenti sociali che operano all' interno delle unità terapeutiche e riabilitative (UTR) per adulti e nel Servizio medico-psicologico dipendono direttamenbe da questi ultimi.

## **Capitolo IV - CONSIGLIO GIURIDICO SOCIOPSICHIATRICO E COMMISSIONE CANTONALE DI PREVENZIONE E PROGRAMMAZIONE**

### **1. CONSIGLIO GIURIDICO SOCIOPSICHIATRICO**

#### **Art. 31**

##### 1) Istituzione e composizione

E' istituito il Consiglio giuridico sociopsichiatrico. E' composto di un avvocato, presidente e di 5 membri, fra cui almeno 1 medico, 1 psichiatra ed 1 assistente sociale.

Non possono farvi parte dipendenti o rappresentanti delle UTR e delle istanze sulla legittimità delle cui attività e decisioni il Consiglio potrebbe essere chiamato a statuire.

Sono nominati dal Gran Consiglio per un periodo di 5 anni e sono rieleggibili.

La funzione del presidente è permanente, anche nella forma dell' impiego a tempo parziale.

#### **Art. 32**

##### 2) Organizzazione

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico giudica, a maggioranza, con tre membri; il presidente e due esperti fra i 5 di cui all' articolo precedente, designati dal presidente a seconda della natura della problematica posta dall' utente o della finalità dell' intervento.

#### **Art. 33**

##### 3) Procedure e poter d' esame

Salvo quanto esplicitamente previsto dalla presente legge e dal suo regolamento, il Consiglio applica la vigente legge di procedura per le cause amministrative.

Esamina liberamente il fatto ed il diritto.

#### **Art. 34**

##### 4) Sede e segreto professionale

Il Consiglio ha sede presso il Presidente, che custodisce gli incarti in modo da salvaguardare il segreto professionale.

#### **Art. 35**

##### 5) Competenza

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico:

- a) verifica, su istanza scritta di terzi o degli operatori, la conformità delle UTR con i principi sanciti dalla presente legge. Controlla in particolare l' ossequio delle disposizioni destinate a tutelare la libertà personale degli utenti;
- b) espleta le incombenze di cui agli art. 60, 63, 66 e 67;
- c) decide i ricorsi nei casi previsti dalla legge.

#### **Art. 36**

##### 6) Decisione

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico prende i provvedimenti opportuni e necessari per ripristinare la legalità.

Nel caso delle lett. a) e b) dell' art. 35 può sostituirsi alla competenza della persona o istanza negligente. Nel caso della lett. c) decide conformemente all' art. 65 della legge di procedura per le cause amministrative.

## **II. COMMISSIONE CANTONALE DI PREVENZIONE E PROGRAMMAZIONE**

#### **Art. 37**

##### 1) Competenze

La Commissione cantonale di prevenzione e programmazione (in seguito CCPP):

- a) analizza e definisce le esigenze terapeutiche e riabilitative;
- b) elabora la pianificazione dell' intervento psicosociale e le finalità terapeutiche assistenziali a media e lunga scadenza, in risposta ai bisogni dei settori ed in relazione al grado di sviluppo della scienza psichiatrica;
- c) stabilisce la priorità degli investimenti ed elabora annualmente all' indirizzo del Consiglio di Stato i piani programmatici di intervento;
- d) elabora le misure adeguate per sensibilizzare l' opinione pubblica e per coinvolgere la popolazione riguardo ai problemi di tutela della salute mentale;
- e) promuove le ricerche scientifiche nel campo della psichiatria applicata, della epidemiologia, della psicologia, della sociologia e branche affini;

- f) nomina delle sotto-commissioni per lo studio di problemi particolari;
- g) definisce le modalità di cooperazione fra il Servizio medico-psicologico e i settori psicosociali per adulti ed il Servizio sociale cantonale;
- h) preavvisa al Consiglio di Stato l' opportunità di concessione dell' autorizzazione di cui all' art. 3 cpv. 2;
- i) emana ed aggiorna il regolamento di cui all' art. 65.

## **Art. 38**

### 2) Composizione

La CCPP è presieduta a turno da uno dei membri di diritto.

Sono membri di diritto:

- a) - il presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico
- i 4 direttori dei settori
- il rappresentante dirigente del personale paramedico
- il medico cantonale
- un membro del comitato dei pazienti
- il direttore della scuola infermieri
- il direttore ed il vice-direttore del Servizio medicopsicologico
- 3 rappresentanti del Dipartimento opere sociali nelle persone del responsabile della sezione sanitaria, del responsabile amministrativo e del caposezione previdenza sociale
- 2 rappresentanti del Dipartimento di giustizia nelle persone del responsabile del servizio del patronato penale e del caposezione tutele e curatele
- il responsabile del Centro di ricerca e documentazione
- un rappresentante dell' OMCT;
- b) di nomina:
  - un rappresentante per settore degli operatori psichiatrici per adulti
  - un rappresentante per settore degli operatori del Servizio medico-psicologico.

La CCPP si avvale della collaborazione delle persone e degli enti privati operanti nel campo oggetto della presente legge.

## **Art. 39**

### 3) Nomine

I rappresentanti degli operatori psichiatrici vengono nominati da un' assemblea generale del settore o del servizio, alla quale partecipano tutte le persone che lavorano nei servizi.

Rimangono in carica 2 anni.

Sono eletti a maggioranza semplice.

Il voto è segreto.

Sono rieleggibili.

## **III. CENTRO DI RICERCA E DOCUMENTAZIONE**

## **Art. 40**

### 1) Istituzione

E' istituito presso l' ONC o altro ente previsto dalla presente legge il centro per la formazione, la ricerca e la documentazione (in seguito Centro).

## **Art. 41**

### 2) Attribuzioni

Il Centro, in collegamento con la CCPP, elabora ed attua programmi di formazione e di ricerca nel campo delle discipline e delle applicazioni medico-psico-sociali.

Esegue per conto della CCPP i compiti che essa gli assegna nell' ambito delle attribuzioni di cui alle lett. a), b), c) e d) dell' art. 37.

## **Art. 42**

### **3) Organizzazione**

Il Centro è permanente.

E' composto da un gruppo di lavoro interdisciplinare diretto, in quanto possibile, da un medico anche a tempo parziale.

Organizza ed aggiorna regolarmente una biblioteca specifica, accessibile al pubblico.

## **Capitolo V - AMMISSIONE E COLLOCAMENTO NELLE UTR**

### **I. AMMISSIONE VOLONTARIA**

## **Art. 43**

### **1) Principio**

Ogni persona ha il diritto di essere ammesso in una UTR prevista dalla presente legge.

## **Art. 44**

### **2) Procedura**

La richiesta è presentata al direttore del settore. Essa deve essere formulata dall' utente.

Il direttore del settore o un operatore da questo designato interroga approfonditamente l' utente sulle ragioni della sua richiesta, se necessario assume ulteriori informazioni dilazionando l' ammissione o prendendo provvedimenti opportuni. Ne verifica in particolare la capacità di discernimento in relazione alla richiesta.

Nel caso di ricovero coattivo, secondo gli art. 46 seg., 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.

## **Art. 45**

### **3) Ricorso**

Contro la decisione di rifiuto è dato, al ricorrente, ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico nel termine di 15 giorni.

La decisione è definitiva.

Ogni interessato può proporre denuncia al Consiglio giuridico sociopsichiatrico contro la decisione di ricovero.

### **II. COLLOCAMENTO COATTIVO**

## **Art. 46**

### **1) Definizione**

E' coattivo ogni ricovero in una UTR oggetto della presente legge che avviene senza o contro la volontà dell' utente e che non si fonda sul suo consenso esplicito secondo le modalità sancite dagli art. 43 e seg.

## **Art. 47**

### **2) Collocamento ordinario**

a) Autorità competente:

a.a) In generale:

Il collocamento o il trattenimento in una UTR prevista nella presente legge avviene per decisione:

a) nel caso di prevenuti o detenuti, dell' Autorità competente secondo la legislazione penale federale e cantonale;

b) nel caso di persone previste all' art. 397 a) CCS della delegazione tutoria del Comune di domicilio;

c) nel caso di minorenni, dell' Autorità prevista dal diritto federale (art. 310, 315, 315 a, 405 a cpv).

1 CCS).

#### **Art. 48**

##### a.b) Malattia psichica

In caso di malattia psichica il collocamento o il trattenimento può essere ordinato, oltre dall' Autorità prevista all' art. 47 lett. b), anche dal direttore del settore del luogo di domicilio dell' utente.

Per il minorenne é competente, oltre all' Autorità prevista agli art. 310, 315 e 405 a) cpv. 1 CCS, il direttore del Servizio medico-psicologico.

#### **Art. 49**

##### b) Decisione e forma

La decisione é motivata secondo l' art. 59.

Contiene inoltre il riferimento al diritto di ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

#### **Art. 50**

##### 3) Urgenza

Nel caso vi sia pericolo nel ritardo la decisione di collocamento, nei casi previsti agli art. 47 b) e c) e 51, é competente, oltre alle Autorità previste agli art. 47 e 48, anche la delegazione tutoria del luogo di residenza della persona oppure un medico abilitato all' esercizio in Svizzera.

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

Per il trattenimento susseguente si applicano gli articoli 47 e 48.

#### **Art. 51**

##### a) Pericolosità

Una persona può essere coattivamente collocata per motivi di polizia solo se costituisce con certezza o grande probabilità un pericolo particolarmente grave e imminente per la propria o altrui vita e salute, evitabile solo con la privazione della libertà.

#### **Art. 52**

##### b) Decisione; motivazione

La decisione deve contenere:

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

#### **Art. 53**

##### c) Rettifica e accettazione

Il responsabile dell' UTR presso cui l' utente é collocato, o persona da lui designata, verifica immediatamente la sussistenza dei requisiti fondanti la validità del collocamento d' urgenza. Sente la persona collocata, la informa dei suoi diritti secondo quanto previsto all' art. 89 e la rende attenta in forma scritta della possibilità di ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

#### **Art. 54**

##### d) Non accettazione

Se il responsabile dell' UTR ritiene non sussistere i requisiti di cui all' art. 53 non ratifica la decisione, prende provvisoriamente i provvedimenti opportuni ed informa, se necessario, l' Autorità competente a norma dell' art. 47.

#### **Art. 55**

##### 4) Obbligo di informazione

La delegazione tutoria del luogo di dimora, le Autorità previste agli art. 48 seg., o, se da queste Autorità appositamente delegato, il responsabile dell' UTR presso cui l' utente é 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.

#### **Art. 56**

##### 5) Adeguatezza del collocamento

Ogni collocamento deve avvenire nella UTR più adeguata ed essere idoneo ad assicurare all'utente la terapia e la misura riabilitativa più adeguate.

#### **Art. 57**

##### 6) Esecutività

In quanto possibile l'esecuzione della decisione deve essere differita fino all'espletamento della procedura ricorsuale.

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

## **Capitolo VI - DIRITTI DEGLI UTENTI**

### **I. PIANO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO**

#### **Art. 58**

##### 1) Elaborazione

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

In quanto possibile la privazione e la restrizione grave della libertà personale che si rivelasse necessaria deve essere attuata dopo l'elaborazione del piano o dopo la sua iscrizione in esso.

#### **Art. 59**

##### 2) Contenuto

Il piano terapeutico contiene segnatamente:

- a) la descrizione della natura dei problemi sociopsicopatologici 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) quanto previsto esplicitamente dalla legge o apparisse di particolare importanza per l'utente.

#### **Art. 60**

##### 3) Comunicazione

Al momento in cui, dalla valutazione prognostica si constata che non è prevedibile l'eliminazione di ogni misura privativa o restrittiva della libertà personale entro 1 anno dal collocamento o dall'ammissione (art. 43 e seg.) il piano è immediatamente trasmesso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico ad opera del responsabile dell'UTR o dei membri dell'équipe.

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico verifica la liceità del trattenimento sentendo, se necessario, l'utente.

### **II. TERAPIA**

#### **Art. 61**

##### 1) Informazione all'utente

Il piano terapeutico e riabilitativo deve essere discusso con l'utente.

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

Nel caso di transitoria o periodica incapacità di discernimento occorre attendere il momento di sufficiente lucidità del degente.

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

#### **Art. 62**

##### 2) Consenso

a) Principio:

Il consenso dell' utente è necessario per qualsiasi terapia propostagli.

#### **Art. 63**

##### b) Terapie intense

b.a) Utente capace di discernimento:

Il consenso dell' utente è indispensabile, se capace di discernimento e libero nell' espressione della scelta, per le terapie particolarmente intense o rischiose.

L' utente si consulta con persona di sua scelta e con il Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

#### **Art. 64**

##### b.b) Utente incapace di discernimento

bba) Principio:

All' utente incapace di discernimento le terapie descritte all' articolo precedente non possono, di regola, essere applicate.

Nemmeno può essere fatto oggetto di ricerca sperimentale, anche se innocua.

#### **Art. 65**

##### b.b.b) Eccezioni

In generale:

Eccezioni possono essere previste dalla CCPP con un regolamento speciale in cui è specificata con precisione la casistica per la quale la più aggiornata scienza medica riconosce l' efficacia di terapie ad alto coefficiente di rischio.

Deve inoltre essere accertata l' inutilità di altre terapie, meno intense o pericolose.

Il voto dei medici membri della CCPP è decisivo.

#### **Art. 66**

##### b.b.c) Consenso nel caso singolo

Il consenso è dato dal rappresentante legale che si consulta con il Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

Se è rifiutato il medico responsabile dell' UTR rimette la decisione alle Autorità stabilite dal diritto di tutela o di filiazione.

#### **Art. 67**

##### c) Altre terapie

c.a) Principio:

Se il degente è capace di discernimento deve essere richiesto il suo consenso.

Se il degente è coattivamente ricoverato e rifiuta il consenso e la terapia appare perlomeno prevalentemente indispensabile per la salute del degente e meno lesiva della sua libertà personale di altre che si renderebbero necessarie, il Consiglio giuridico sociopsichiatrico, su istanza del responsabile dell' UTR, può autorizzare la terapia.

Se il degente è durevolmente incapace di discernimento è richiesto il consenso del rappresentante legale.

In caso di rifiuto vale per analogia l' art. 66.

#### **Art. 68**

##### c.b) Urgenza

All' intervento del Consiglio giuridico sociopsichiatrico è possibile rinunciare solo in caso di grave urgenza.

All' utente è dato ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

### **III. LIBERTÀ PERSONALE NELLE UTR**

#### **Art. 69**

##### 1) In generale

Il collocamento in un' UTR, di per sé, non priva l' utente di alcun diritto civile e costituzionale.

Mantiene in particolare il diritto ad ogni contatto libero e discreto con l' esterno, a intrecciare relazioni personali anche all' interno dell' UTR, a usufruire di uno spazio personale comodo e sicuro ed alla salvaguardia della propria sfera privata e dell' uso dei propri oggetti personali.

#### **Art. 70**

## 2) Costrizione fisica

L'isolamento in luogo chiuso è vietato, riservate precise e imperative indicazioni cliniche.  
La costrizione fisica può essere esperita solo in caso di grave necessità.  
Deve essere posto fine alla misura non appena non risulti più indispensabile.

## **Art. 71**

### 3) Attività lavorativa

#### a) Non obbligatorietà:

All'utente dell'UTR non può essere imposta alcuna attività lavorativa.

## **Art. 72**

### b) Ergoterapia

L'utente ha diritto ad esplicare, nell'interno dell'ente, l'attività rispondente alle sue capacità, alle sue attitudini, ai suoi interessi.

Può essere stimolato a svolgere queste attività solo in forza di precise finalità terapeutiche e riabilitative.

## **Art. 73**

### c) Attività lucrativa

L'utente ha diritto ad esplicare, all'interno o all'esterno dell'UTR, l'attività lavorativa adeguata alle sue qualifiche professionali o destinata a procurargliene.

Deve essere corrisposto il salario integrale, senza compensazione diretta dei costi delle prestazioni fornite dall'UTR.

L'utente ha diritto di usufruire di strutture di riqualificazione professionale.

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

## **Art. 74**

### 4) Restrizioni

La restrizione dell'esercizio di un diritto di cui agli art. precedenti deve essere inserita e giustificata nel piano terapeutico e riabilitativo.

Contro di essa è dato ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

## **Art. 75**

### 5) Voto

#### a) Principio:

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

Esso può essere loro tolto solo se sia accertata la loro incapacità di comprendere il significato e la portata del voto.

Il responsabile della UTR coadiuva il collocato nell'espletamento delle formalità amministrative.

## **Art. 76**

### b) Competenze

L'accertamento della incapacità di discernimento è operata d'ufficio:

a) in caso di collocamento in una UTR, dall'équipe terapeutica;

b) in caso di interdetto non collocato, dal direttore del settore se richiesto dalla delegazione tutoria competente.

La decisione deve essere comunicata all'interessato in tempo utile per permettergli l'esperimento del diritto di ricorso.

## **Art. 77**

### c) Ricorso

Contro la decisione che nega il diritto di voto è dato ricorso all'interessato, entro dieci giorni, al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

La decisione del Consiglio giuridico sociopsichiatrico è definitiva.

## **Art. 78**

### d) Notifica al Consiglio di Stato

Nel caso l'interessato non abbia inoltrato ricorso o questo sia respinto, il responsabile dell'UTR trasmette gli atti al Consiglio di Stato che, sentito l'interessato, decide, se del caso, l'esclusione dal diritto di voto.

#### **Art. 79**

##### 6) Assistenza di persone di fiducia

###### a) Principio:

L'utente ha diritto in ogni tempo di farsi assistere da persona di sua fiducia.

#### **Art. 80**

##### b) Tutela degli interessi patrimoniali

Se l'utente non è in grado di esercitare il diritto di cui all'art. 79, il presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico gli reperisce, in ogni tempo e su sua richiesta, una persona che lo assista nella cura dei suoi interessi personali e patrimoniali, riservate le norme federali sul diritto di tutela.

Il presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico può, su istanza dell'utente, emanare provvedimenti cautelari.

#### **Art. 81**

##### c) Assistenza giuridica

###### c.a) All'utente:

La persona che si ritiene lesa nel suo diritto alla libertà personale può, in ogni tempo, farsi assistere da un avvocato o da persona di sua fiducia oppure chiedere, con semplice notifica al presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico, l'assistenza di un patrocinatore d'ufficio. Esso viene sempre nominato nel caso l'utente sia incapace di discernimento ed il rappresentante legale ignoto.

Il presidente nomina l'avvocato assegnandogli l'obbligo di assumere la difesa.

Sui motivi di un eventuale rifiuto decide il Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

Valgono per analogia gli art. 55 e seg. della procedura penale.

#### **Art. 82**

##### c.b) All'operatore sociopsichiatrico

Il Dipartimento opere sociali assicura la consulenza giuridica agli operatori nell'ambito dell'applicazione della presente legge e nei casi in cui essa non possa essere prestata dal presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

#### **Art. 83**

##### d) Perito

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico, d'ufficio o su richiesta dell'utente, se fondata, nomina un perito giudiziale non dipendente dall'UTR che ospita l'utente e non facente parte del Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

Il rifiuto è motivato.

### **IV. DIMISSIONE**

#### **Art. 84**

##### 1) Utente volontario

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

Se alle dimissioni ostano motivi di ordine medico, il paziente dovrà liberare il medico dell'UTR da ogni responsabilità.

Se al rilascio ostano motivi giustificanti il collocamento coattivo devono essere applicati gli art. 46 e seg.

#### **Art. 85**

##### 2) Utente coatto

###### a) Principio:

L'utente deve essere rilasciato non appena lo permette il suo stato o sia cessata la causa del collocamento.

Rimane riservata la normativa federale.

#### **Art. 86**

##### b) Competenza

E' competente a decidere il rilascio

a) l'Autorità tutoria che ha ordinato il collocamento o il trattenimento nell'UTR;

b) negli altri casi la decisione di rilascio spetta al responsabile dell' UTR.

Rimane riservata la normativa federale.

Quando non è competente a pronunciare il rilascio il responsabile dell' UTR informa, senza ritardo, quando ne ritenga adempite le condizioni, l' Autorità competente.

Analogamente all' art. 55 è informata, se del caso, la delegazione tutoria del domicilio.

#### **Art. 87**

##### c) Domanda di rilascio

L' utente, o il suo rappresentante legale o la persona prossima, può in ogni tempo inoltrare all' Autorità prevista all' art. 86 una domanda di rilascio.

La decisione deve essere intimata entro breve termine.

Contro la decisione, motivata, di rifiuto è dato ricorso al Consiglio giuridico sociopsichiatrico entro 10 giorni dalla notificazione.

### **V. LUNGO DEGENTI**

#### **Art. 88**

##### Comunicazione annuale

Il responsabile dell' UTR ricorda annualmente all' utente, collocato da più di due anni in un' UTR, ed al suo rappresentante legale, il diritto a ricorrere al Consiglio giuridico sociopsichiatrico contro il trattenimento.

L' utente ed il rappresentante legale comunicano, in forma scritta, l' intenzione di non adire il Consiglio giuridico sociopsichiatrico al suo presidente.

### **VI. INFORMAZIONE**

#### **Art. 89**

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

Il responsabile dell' UTR o persona da esso delegata facilita all' interessato la comprensione del testo, provvedendo se necessario alla traduzione in una lingua nota all' utente.

Dovrà essere posto in evidenza il diritto di adire in ogni tempo, in particolare in caso di reiezione di una domanda di rilascio, il Consiglio giuridico sociopsichiatrico o di consultarsi con persona di fiducia.

## **Capitolo VII - RICORSO E RISARCIMENTO**

### **I. RICORSO**

#### **Art. 90**

##### 1) Al Consiglio giuridico sociopsichiatrico

###### a) Competenza:

Contro ogni decisione od omissione comportante la privazione o una limitazione della libertà personale del degente, è dato ricorso, entro 10 giorni dalla comunicazione della decisione, al Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

E' dato in particolare ricorso:

a) contro la decisione di collocamento (art. 49 e seg.), di trattenimento (art. 84 e seg.) o di rifiuto di rilascio (art. 87);

b) contro la violazione dei principi sanciti agli art. 4 e seg.;

c) contro ogni decisione violante o limitante i diritti sanciti dagli art. 58 e seg.;

d) negli altri casi previsti dalla presente legge.

#### **Art. 91**

##### b) Forma

Il ricorso deve essere ratto in forma scritta.

Può essere motivato.

## **Art. 92**

### c) Legittimazione

Legittimazione ricorsuale è conferita:

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

Chiunque può presentare denuncia al Consiglio giuridico sociopsichiatrico quando constati la violazione ad una norma della presente legge o del regolamento.

## **Art. 93**

### d) Sospensione d'esame

Il ricorso non ha effetto sospensivo.

Il presidente del Consiglio giuridico sociopsichiatrico può sospendere la decisione impugnata.

Egli può inoltre respingere immediatamente un ricorso quando appaia manifestamente infondato.

## **Art. 94**

### e) Diritto di essere udito

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico, o sua delegazione, sente il ricorrente e in ogni caso l' utente.

## **Art. 95**

### f) Procedura accelerata

La procedura, di regola gratuita, deve essere accelerata.

In quanto possibile non si procede a scambio di allegati scritti.

La decisione è prolata entro breve termine ed è motivata. Contiene in particolare l' indicazione della facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

## **Art. 96**

### 2) Al Tribunale cantonale amministrativo

Contro ogni decisione prolata dal Consiglio giuridico sociopsichiatrico a norma dell' art. 90 della presente legge, è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo che statuisce con procedura semplice e rapida, applicando gli art. 93 e seg.

Sono legittimate al ricorso le persone elencate all' art. 92 cpv. 1.

## **II. RISARCIMENTO**

## **Art. 97**

### 1) Oggetto

La privazione 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. 429 a CCS).

Tale diritto è dato anche in caso di illecita grave restrizione della libertà personale.

## **Art. 98**

### 2) Legittimazione

L' azione spetta all' utente e, per il danno o torto morale da esse effettivamente subiti, alle persone prossime.

## **Art. 99**

### 3) Competenza

La domanda di risarcimento è diretta contro lo Stato del Cantone Ticino ed è proposta con azione diretta al Tribunale cantonale amministrativo ai sensi degli art. 71 e seg. della legge di procedura per le cause amministrative.

## **Art. 100**

### 4) Regresso

Il Cantone ha diritto di regresso contro le persone o gli enti i cui dipendenti hanno cagionato il danno

intenzionalmente o per colpa grave.

## **Capitolo VIII - SANZIONI PENALI**

### **I. REATO**

#### **Art. 101**

Chiunque, esercitante un' arte sanitaria o a cui lo Stato ha conferito compiti speciali previsti dalla presente legge, contravviene per dolo o grave negligenza ad un obbligo previsto in essa o in un regolamento applicativo, privando o limitando illecitamente la libertà personale dell' utente, è condannato:

a) alle sanzioni penali previste all' art. 24 della legge sull' ordinamento degli impiegati dello Stato e dei docenti;

oppure, in caso di inapplicabilità della lett. a)

b) alla multa fino ad un massimo di Fr. 5.000.-.

Rimane riservata l' applicazione del diritto penale federale.

### **II. PROCEDURA**

#### **Art. 102**

Le sanzioni sono pronunciate dal Consiglio di Stato.

E' dato all' interessato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo entro 15 giorni.

Le persone condannate secondo l' art. 24 della legge sull' ordinamento degli impiegati dello Stato e dei docenti, hanno diritto di ricorso solo nei limiti previsti dall' art. 28 LORD.

## **Capitolo IX - DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE**

### **I. REGOLAMENTO DI APPLICAZIONE**

#### **Art. 103**

Il Consiglio di Stato emana il regolamento di applicazione della presente legge.

### **II. ENTRATA IN VIGORE**

#### **Art. 104**

##### 1) Data

Il Consiglio di Stato, trascorsi i termini per l' esercizio del diritto di referendum, pubblica nel Bollettino ufficiale la presente legge e ne fissa la data dell' entrata in vigore.

#### **Art. 105**

##### 2) Diritto applicabile

La presente legge è immediatamente applicabile ad eccezione del capitolo III.

#### **Art. 106**

##### 3) Strutture esistenti

I servizi e gli enti esistenti devono adeguarsi alle norme del capitolo III entro il termine di 5 anni dall' entrata in vigore della presente legge.

Durante questo periodo nella CCPP sono membri di diritto, in sostituzione dei direttori dei settori, il direttore e vice-direttore del Servizio medico-psicologico, il direttore e vice-direttore dell' ONC, il direttore e i capi-servizio regionali del SPS, un operatore per ogni servizio.

### **III. DEGENTI ALL' ENTRATA IN VIGORE**

#### **Art. 107**

Per ogni utente, degente in una UTR al momento della entrata in vigore della presente legge, deve essere allestito, entro 6 mesi, un piano terapeutico a norma dell' art. 58 seg.  
E' in particolare applicabile l' art. 60.

### **IV. INFORMAZIONE AGLI UTENTI**

#### **Art. 108**

Chi, al momento dell' entrata in vigore della presente legge, si trova in un' UTR, deve essere informato, ad opera del responsabile dell' UTR, entro il termine di 1 mese, del diritto di adire il Consiglio giuridico sociopsichiatrico.

### **V. DISPOSIZIONI ABROGATE**

#### **Art. 109**

Sono abrogati:

- l' art. 7 della legge sull' esercizio del diritto di voto, sulle votazioni e sulle elezioni, del 23 febbraio 1954;
- l' art. 89 cpv. 2 della legge organica comunale, del 1. marzo 1950;
- la legge sull' internamento degli alcoolizzati e dei vagabondi, del 18 febbraio 1929, e regolamento di applicazione, del 23 aprile 1929;
- il decreto legislativo sull' organizzazione dell' Ospedale neuropsichiatrico cantonale, del 21 giugno 1943;
- il decreto legislativo circa l' istituzione del Padiglione intemperanti presso il Manicomio cantonale, del 16 gennaio 1930;
- il regolamento per il Padiglione degli Intemperanti annesso al Manicomio cantonale di Mendrisio, del 28 luglio 1932;
- il regolamento interno della casa per gli intemperanti la Valletta annessa al Manicomio cantonale di Mendrisio, del 15 maggio 1934;
- gli art. 27 della legge sull' assistenza sociale, dell' 8 marzo 1971 e 15 lett. a) del regolamento di applicazione del 17 dicembre 1971.

### **VI. NUOVE DISPOSIZIONI**

#### **Art. 110**

La legge sull' esercizio del diritto di voto sulle votazioni e sulle elezioni del 23 febbraio 1954 è modificata come segue:

-- Art. 23 cpv. 2 (nuovo):

E' considerata residenza ai sensi della presente legge anche la permanenza in un ospedale, in un carcere, in un ricovero o istituto analogo o in una UTR istituita dalla legge sull' istituzione, l' organizzazione, la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza.

-- Art. 47 a) (nuovo):

Il Municipio di ogni Comune nel cui comprensorio è sito un istituto ai sensi dell' art. 23 cpv. 2 deve istituire un ufficio elettorale presso l' istituto stesso. Il presidente dell' ufficio elettorale ed il responsabile dell' istituto organizzano le modalità di esercizio del voto a seconda della peculiarità delle caratteristiche degli ospiti. Previa autorizzazione del Consiglio di Stato si può prescindere dalle prescrizioni di cui all' art. 58.

La legge organica giudiziaria civile e penale (del 24 novembre 1910) è modificata come segue:

lett. F) Consiglio giuridico sociopsichiatrico

#### **Art. 90**

##### Organizzazione

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico è composto di un avvocato, presidente, e di 5 membri, fra cui almeno 1 medico, 1 psichiatra ed 1 assistente sociale.

Sono nominati dal Gran Consiglio per 5 anni e sono rieleggibili.

#### **Art. 91**

##### Competenze

Il Consiglio giuridico sociopsichiatrico pronuncia nei casi previsti dalla legge sull' istituzione, l' organizzazione, la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza.

<b>SOMMARIO</b>	
<b>Capitolo I - CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	
Art. 1.	I. Oggetto
Art. 2.	II. Finalità
Art. 3.	III. Persona di diritto privato
<b>Capitolo II - PRINCIPI</b>	
Art. 4.	I. Diritto all' assistenza adeguata
Art. 5.	1) Alleanza terapeutica
Art. 6.	2) Formazione
Art. 7.	II. Collocamento e libertà personale
Art. 8.	III. Piano terapeutico e riabilitativo
Art. 9.	IV. Restrizione della libertà
Art. 10.	V. Proporzionalità
<b>Capitolo III - ORGANIZZAZIONE E ISTITUZIONE DELLE UTR E DEI SERVIZI</b>	
<u>I. Settore</u>	
Art. 11.	1) Oggetto e finalità
Art. 12.	2) Organizzazione
Art. 13.	3) Direzione
Art. 14.	4) Responsabile dell' UTR
Art. 15.	5) Collegio direttivo
Art. 16.	6) Operatori esterni al settore
Art. 17.	<u>II. Collegio direttivo psicosociale</u>
<u>III. Equipe</u>	
Art. 18.	1) Principio
Art. 19.	2) Composizione
Art. 20.	3) Compiti
<u>IV. Unità terapeutiche e riabilitative</u>	
Art. 21.	1) Realizzazione
Art. 22.	2) Definizione
	3) Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale
Art. 23.	a) Definizione
Art. 24.	b) Direzione
Art. 25.	c) Direzione dell' UTR settoriale dell' ONC
Art. 26.	d) Proprietà e gestione
Art. 27.	e) Commissione amministrativa: competenze

<u>V. Minorenni</u>	
Art. 28.	1) Applicazione del Capitolo III
Art. 29.	2) Servizio Medico Psicologico: Direzione
<b>Capitolo IV - CONSIGLIO GIURIDICO SOCIOPSICHIATRICO E COMMISSIONE CANTONALE DI PREVENZIONE E PROGRAMMAZIONE</b>	
<u>I. Consiglio giuridico sociopsichiatrico</u>	
Art. 31.	1) Istituzione e composizione
Art. 32.	2) Organizzazione
Art. 33.	3) Procedura e potere d' esame
Art. 34.	4) Sede e segreto professionale
Art. 35.	5) Competenza
Art. 36.	6) Decisione
<u>II. Commissione cantonale di prevenzione e programmazione</u>	
Art. 37.	1) Competenze
Art. 38.	2) Composizione
Art. 39.	3) Nomine
<u>III. Centro di ricerca e documentazione</u>	
Art. 40.	1) Istituzione
Art. 41.	2) Attribuzioni
Art. 42.	3) Organizzazione
<b>Capitolo V - AMMISSIONE E COLLOCAMENTO NELLE UTR</b>	
<u>I. Ammissione volontaria</u>	
Art. 43.	1) Principio
Art. 44.	2) Procedura
Art. 45.	3) Ricorso
<u>II. Collocamento coattivo</u>	
Art. 46.	1) Definizione 2) Collocamento ordinario a) Autorità competente
Art. 47.	a.a) In generale
Art. 48.	a.b) Malattia psichica
Art. 49.	b) Decisione; forma
Art. 50.	3) Urgenza
Art. 51.	a) Pericolosità
Art. 52.	b) Decisione; motivazione
Art. 53.	c) Ratifica e accettazione
Art. 54.	d) Non accettazione
Art. 55.	4) Obbligo di informazione
Art. 56.	5) Adeguatezza del collocamento

Art. 57.	c) Esecutività
<b>Capitolo VI - DIRITTI DEGLI UTENTI</b>	
<u>I. Piano terapeutico e riabilitativo</u>	
Art. 58.	1) Elaborazione
Art. 59.	2) Contenuto
Art. 60.	3) Comunicazione
<u>II. Terapia</u>	
Art. 61.	1) Informazione all' utente 2) Consenso
Art. 62.	a) Principio b) Terapie intense
Art. 63.	b.a) Utente capace di discernimento b.b) Utente incapace di discernimento
Art. 64.	b.b.a) Principio
Art. 65.	b.b.b) Eccezioni: in generale
Art. 66.	b.b.c) Consenso nel caso singolo c) Altre terapie
Art. 67.	c.a) Principio
Art. 68.	c.b) Urgenza
<u>III. Libertà personale nelle UTR</u>	
Art. 69.	1) In generale
Art. 70.	2) Costrizione fisica 3) Attività lavorativa
Art. 71.	a) Non obbligatorietà
Art. 72.	b) Ergoterapia
Art. 73.	c) Attività lucrativa
Art. 74.	4) Restrizioni 5) Voto
Art. 75.	a) Principio
Art. 76.	b) Competenze
Art. 77.	c) Ricorso
Art. 78.	d) Notifica al Consiglio di Stato 6) Assistenza di persona di fiducia
Art. 79.	a) Principio
Art. 80.	b) Tutela degli interessi patrimoniali c) Assistenza giuridica
Art. 81.	c.a) All' utente
Art. 82.	c.b) All' operatore sociopsichiatrico
Art. 83.	d) Perito
<u>IV. Dimissione</u>	

Art. 84.	1) Utente volontario 2) Utente coatto
Art. 85.	a) Principio
Art. 86.	b) Competenza
Art. 87.	c) Domanda di rilascio <u>V. Lungo degenti</u>
Art. 88.	Comunicazione annuale
<b>Capitolo VII</b>	
Art. 89.	<u>VI. Informazione</u>
<b>RICORSO E RISARCIMENTO</b>	
<u>I. Ricorso</u>	
1) Al Consiglio giuridico sociopsichiatrico	
Art. 90.	a) Competenza
Art. 91.	b) Forma
Art. 92.	c) Legittimazione
Art. 93.	d) Sospensione d' esame
Art. 94.	e) Diritto di essere udito
Art. 95.	f) Procedura accelerata
Art. 96.	2) Al Tribunale Cantonale Amministrativo
<u>II. Risarcimento</u>	
Art. 97.	1) Oggetto
Art. 98.	2) Legittimazione
Art. 99.	3) Competenza
Art. 100.	4) Regresso
<b>Capitolo VIII - SANZIONI PENALI</b>	
Art. 101.	I. Reato
Art. 102.	II. Procedura
<b>Capitolo IX - DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE</b>	
Art. 103.	<u>I. Regolamento di applicazione</u> <u>II. Entrata in vigore</u>
Art. 104.	1) Data
Art. 105.	2) Diritto applicabile
Art. 106.	3) Strutture esistenti
Art. 107.	<u>III. Degenti all' entrata in vigore</u>

Art. 108.	<u>IV. Informatione agli utenti</u>
Art. 109.	<u>V. Disposizioni abrogate</u>
Art. 110.	<u>VI. Nuove disposizioni</u>

## ALLEGATI

Dr. jur. Bernhard Schuder  
Professor an der Universität Freiburg

Freiburg, den 29. November 1978

Herrn Staatsrat Benito Bernasconi  
Dipartimento delle opere sociali, 6500 Bellinzona  
Herrn Advokat Marco Borghi, 6981 Neggio

Sehr Geehrte,

Der Kanton Tessin gedenkt, ein Gesetz zu schaffen mit dem Titel << Legge sull' istituzione, l' organizzazione, la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza >>. Dieses Gesetz enthält unter anderem die kantonalen Einführungsbestimmungen zum Bundesgesetz vom 6. Oktober 1978 über die Aenderung des Zivilgesetzbuches (Fürsorgerische Freiheitsentziehung). Aus diesem Grunde haben sich Sie, Herr Staatsrat, und Sie, Herr Advokat Borghi, mit mir in Verbindung gesetzt. Ich erhielt den Auftrag, die Uebereinstimmung der kantonalen Bestimmungen mit dem Bundesrecht zu überprüfen. Zu diesem Zwecke hatte ich dann mehrere Besprechungen mit Herrn Advokat Borghi. Es fand auch ein Briefwechsel zwischen Herrn Borghi und dem Unterzeichnenden statt. Im letzten Brief, datiert 11. November 1978, habe ich noch einige Fragen aufgeworfen und Anregungen gemacht.

Herr Borghi und der Unterzeichnende haben dann die dort aufgeworfenen Fragen telefonisch bereinigt. Ich gehe daher bei meiner Beurteilung aus vom Text, den ich seinerzeit zugestellt erhielt, und den seither angebrachten kleinen Korrekturen.

Im Sinne einer Gesamtbeurteilung kann gesagt werden, dass der tessinische Gesetzesentwurf sich sehr von den Grundgedanken der Revision des ZGB leiten lässt und die Uebereinstimmung mit Wortlaut und Sinn des Bundesrechts bis in kleinste Details hinein bewerkstelligt. Drei Bestimmungen werfen noch gewisse Probleme auf. Doch dürfen auch diese Bestimmungen aus der Sicht der Uebereinstimmung mit dem Bundesrecht beibehalten werden.

### Dies aus folgenden Ueberlegungen:

-- Art. 57 Abs. 1 des Entwurfes sieht vor, dass soweit möglich der Vollzug des Unterbringungsentscheides bis zum Abschluss des (gerichtlichen) Beschwerdeverfahrens aufzuschieben sei.

Mes ist zwar m.E. materiellrechtlich zutreffend. Doch handelt es sich um Auslegung einer bundesrechtlichen Vorschrift, welche in der Regel nicht in einen kantonalen Erlass aufgenommen wird.

Weil die vorliegende Bestimmung m.E. materiellrechtlich zutreffend ist und weil es sich um einen Grenzfall zwischen Verfahrensrecht und materiellem Recht handelt, mag man sie stehen lassen. Doch gilt hier in der Sache Bundesrecht.

-- Art. 60 sieht vor, dass die gleiche Instanz, welche als Richter gemäss Art. 397 d) ZGB tätig ist, von Amtes wegen mehr als einjährige Unterbringungen bereits bei deren Anordnung überprüft. Das ist insofern problematisch, als die gleiche Instanz vorerst im Einzelfall ihr Placet gibt und alsdann allenfalls als Richter den gleichen Fall überprüft. Die Lösung ist indessen m.E. aus folgenden Gründen vertretbar:

Es ist allgemein im schweizerischen Recht gelegentlich so, dass Aufsichtsbehörden sowohl auf Beschwerde wie von sich aus tätig werden (also bald überwachen, bald richterlich entschalden).

-- Der eigentliche Entscheid für die Unterbringung wird nicht von der Rekursinstanz, sondern von der grundsätzlich zuständigen Stelle gefällt. Mit anderen Worten: Bevor die Ueberprüfung von Amtes wegen stattfindet, könnten regelmässig der Betroffene oder nahestehende Personen die Ueberprüfungsinstanz durch eine Beschwerde formell damit befassen.

-- Gemäss Art. 397 d) Abs. 2 ZGB kann der gleiche Richter mehrmals hintereinander (grundsätzlich

unbeschränkt) mit dem gleichen Fall befasst werden.

-- Gemäss einem Brief von Advokat Borghi vom 19. Mai 1978 empfiehlt der Europarat in Art. 13 § II einer Resolution vom 7. Oktober 1977 betr. psychisch Kranke die Schaffung von unabhängigen Kommissionen oder Gerichten, welche auf Beschwerde hin oder dans telle ou telle affaire auf eigene Initiative hin sich mit der Unterbringung von Patienten befassen.

-- Auf dem Gebiete des Verfahrensrechtes besteht eine Kompetenzvermutung zugunsten des Kantons.

-- Art. 93 Abs. 3 sieht vor, dass der Richter immediatamente Beschwerden abweisen könne, wenn sie manifestamente infondato erscheint. Diese Regel ist im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den unverzichtbaren und unverjährenbaren Freiheitsrechten zu interpretieren und darf namentlich nicht etwa dazu führen, entgegen der Lösung in ZGB 397 a) ff. Sperrfristen für gerichtliche Beschwerden einzuführen.

Für allfällige weitere Auskünfte stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Bernhard Schnyder

Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Loi sur l' institution et la surveillance des associations et des instances destinées à la tutelle de la liberté personnelle, aux soins et à la réhabilitation des personnes nécessiteuses d' assistance.  
(Canton du Tessin)

Expertise psychiatrique sur le projet de loi

L' expertise présentée ci-dessous ne concerne que les aspects psychiatriques et se prononce sur les points suivants:

1. Principes généraux de l' assistance
2. Principes de l' organisation de l' assistance
3. Application des droits de l' homme aux champs psychiatriques
- 4 Adaptation de la loi aux exigences ultérieures.

### **1. Principes généraux de l' assistance**

La perspective fondamentale du projet de loi réside dans le respect pour la personne de l' assisté et de ses besoins thérapeutiques et réhabilitatifs. Le projet tient compte des changements profonds qu' à subie l' assistance psychiatrique pendant les deux dernières décades. L' introduction de la psychopharmacologie moderne d' une part, de l' interprétation dynamique des maladies psychiques d' autre part sont à la base d' une libéralisation considérable du régime hospitalier, d' une action préventive qui intervient dans des états de crise afin d' éviter l' hospitalisation et d' une action réhabilitative qui était facilitée surtout dans les années de conjoncture économique favorable.

C' est ainsi que l' aspect d' intégration sociale de l' assisté l' emporta sur l' aspect de prise en charge custodiale dans des institutions loin de la société.

Néanmoins, le projet tient compte aussi du fait que, malgré toute action thérapeutique et réhabilitative, la chronification de maladies psychiques et l' aggravation de conditions défavorables existent toujours dont résulte, entre autre, une population nouvelle qui réside dans des institutions à long terme. Le projet s' efforce à prévoir tout ce qui minimise la probabilité de ce processus de sédimentation dans les institutions.

Sont concernées de l' assistance non seulement les assistés mais aussi leurs familles et des tiers, dont des intérêts sont à respecter. Ainsi, le projet prévoit non seulement une participation de l' assisté dans la conception et la réalisation des mesures prises vis - à - vis de lui-même, mais aussi une participation de

tiers intéressés, sur le niveau individuel et sur le niveau global de l'organisation de l'assistance.

## **2. Principes de l'organisation de l'assistance.**

Chaque organisation d'assistance psychiatrique est liée de prendre en considération les données démographiques et géographiques de la région à servir, aussi bien que l'inventaire des organisations travaillant déjà dans ce champ.

Les buts généraux mentionnés ci-dessus ne se réalisent que dans la mesure où l'assistance est à la portée de tout le monde, c'est à dire dans la décentralisation. La prise en charge, le traitement, la réhabilitation, la prévention sont les plus efficaces s'ils s'exercent sur le territoire, dans la proximité de ceux qui en ont besoin et dans un milieu aussi naturel et aussi peu institutionnel que possible.

Le moyen favorisé qui permet d'aboutir à la réalisation de ces buts, est la répartition de Cantons ou Provinces dans des régions ou des secteurs limités. Les expériences favorables ont amené à des projets similaires et à des recommandations respectifs comme celles de l'Organisation Mondiale de la Santé. En Suisse, une telle sectorisation s'est effectuée au Canton de Vaud, pendant que des préparations et premiers pas se font dans les Cantons de Berne et de Zurich. Une sectorisation sensu strictu, c'est à dire avec des équipes qui garantissent l'unité des soins hospitaliers et extrahospitaliers, n'est réalisée en Suisse que dans les secteurs ruraux du Canton de Vaud. Il est logique et souhaitable que le principe de la sectorisation soit suivi dans le Canton du Tessin, vu ses conditions démographiques et géographiques. Le travail prévu des équipes sectorielles dans le même Hôpital Cantonal Neuropsychiatrique est faisable. Il y a de meilleures garanties pour une coordination efficace des différentes instances dans le cadre d'un secteur que dans un système d'assistance avec des organisations hospitalières et extrahospitalières indépendantes et travaillant dans tout le Canton. L'organisation sectoriale facilite aussi le travail préventif et ambulatoire dont le développement est urgent. Finalement, la continuité des soins s'accomplit le mieux dans une telle organisation.

Les structures d'assistance existantes peuvent être adaptées à l'organisation prévue dans le projet. On peut exclure surtout que actuellement ou dans les prochaines années un nombre suffisant de médecins psychiatres privés puisse garantir l'assistance nécessaire. Tout en tenant compte des informations disponibles, j'estime que le Canton du Tessin soit actuellement en état de se donner une organisation d'assistance psychiatrique basée sur les expériences modernes et directives pour le prochain futur.

## **3. Application des droits de l'homme au champ psychiatrique**

Le projet prend soin tout spécialement de la compatibilité avec les droits de l'homme et les adaptations respectives faites pour le Code Civil. Il est inhérent aux crises psychiques et maladies psychiques que le bon sens et le jugement personnel sont éventuellement perturbés d'une manière qui nécessite des mesures non volontaires. Le projet de loi présente des formules propres à balancer adéquatement les droits de l'homme et les intérêts de son entourage.

Des problèmes spécifiques se posent à l'intérieur des institutions où la liberté personnelle est limitée souvent par des raisons administratives et dues à la vie en collectivité. Là aussi, le projet présente des réglementations, qui peuvent garantir un maximum de liberté personnelle et le fonctionnement de l'institution.

Le projet introduit en plus une forme d'assistance par mandat, non nécessairement professionnelle, afin de sauvegarder les intérêts personnels de l'assisté, volontaire mais pourtant accessible à une surveillance par les autorités prévues. Par cette alternative à l'assistance tutélaire, le projet offre une gamme plus complète de formes d'assistance adaptable aux exigences de situations et personnages individuelles.

## **4. Adaptation de la loi aux exigences ultérieures**

Rien d'indique actuellement que les principes généraux de l'assistance ou de son organisation tels qu'ils sont adoptés dans le projet vont changer dans l'avenir prochain. Au contraire, les principes incluent un maximum d'adaptabilité et de flexibilité vis-à-vis de changements sociaux et économiques qui pourraient influencer les besoins d'assistance.

Le projet inclue des réglementations détaillées, concernant l'organisation du travail sur tous les niveaux, les compétences et le fonctionnement des directeurs, des équipes interdisciplinaires, des unités de traitement et de réhabilitation, des instances surveillantes. L'avantage de cette réglementation détaillée est l'évidence que l'organisation prévue est faisable encore si l'on va dans le détail. Un désavantage réside peut-être dans le fait qu'une loi n'est révisée que lentement et qu'un nombre de détails sont susceptibles à des changements quelque temps après leur introduction. On prévoit donc une évaluation des effets produits par l'introduction de la loi permettant une adaptation éventuelle, ce qui me semble fort souhaitable. En plus, on peut s'imaginer de transférer un nombre de détails de la loi aux règlements qui dirigent l'application de la loi.

Sont prévus aussi l'évaluation scientifique du travail des équipes et des recherches épidémiologiques afin de contrôler l'efficacité de l'assistance pour les besoins qui se peuvent percevoir dans la population. On ne peut que consentir à ces propos qui peuvent attribuer d'ailleurs à l'information du public nécessaire pour le bon fonctionnement de l'organisation et des services.

Reste à mentionner que l'organisation prévue sera confrontée avec au moins trois problèmes qui attendent une réponse sinon une solution: le problème des adolescents en crise (surtout les toxicomanes), le problème du troisième et du quatrième âge, et le problème des délinquants avec comportement pathologique ou avec une maladie psychique qui ne peuvent être traités sur une base volontaire. Les besoins nécessités par ces groupes-là s'inscrivent dans le cadre de ce projet de loi, mais évoquent le besoin d'établir des services spécialisés à régler encore.

### **Conclusion**

Le projet de loi se base sur les principes et les expériences les plus avancés et recommandés de la psychiatrie de nos jours et adoptés aussi dans d'autres parties de la Suisse. Elle prévoit une organisation de secteur qui est faisable, qui correspond aux particularités du Canton du Tessin et qui a été réalisée avec succès ailleurs. La loi est compatible avec la déclaration sur les droits de l'homme, aussi du point de vue thérapeutique. Une évaluation peut garantir que l'application sert effectivement aux besoins et aux buts déclarés. Je n'hésite pas à recommander le projet vivement.

Zurich, le 9 décembre 1978

Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen