

# PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 1993-1995

CONSIGLIO DI STATO - Dipartimento delle opere sociali



Bellinzona, aprile 1993

**Pianificazione sociopsichiatrica cantonale  
1993-1995**

Consiglio di Stato - Dipartimento delle opere sociali

---

Bellinzona, aprile 1993

# INDICE

INDICE .....	1
ABBREVIAZIONI.....	5
SINTESI .....	6
1. Introduzione .....	6
1.1 Istoriatto .....	6
1.2 Principi generali della pianificazione psichiatrica.....	7
1.3 Applicazioni pratiche .....	9
1.3.1 Modelli organizzativi .....	9
1.3.2 Strutture.....	10
1.4 Valutazione dei bisogni.....	10
1.5 Valutazione delle risorse umane.....	11
1.6 Situazione attuale della psichiatria.....	12
2. Proposte pianificatorie .....	19
3. Le priorità .....	21
4. Strutture sociopsichiatriche del Cantone Ticino .....	22
5. Organigramma dell'OSC.....	23
LA PSICHIATRIA PUBBLICA: SITUAZIONE ATTUALE E SOLUZIONI	
PROSPETTATE .....	24
1. L'organizzazione generale attuale .....	24
1.1 La Commissione giuridica.....	25
1.2 Il Consiglio psico-sociale cantonale e la Commissione consultiva.....	26
1.3 L'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale .....	26
1.3.1 L'équipe sociopsichiatrica .....	26
1.3.2 I settori .....	27
1.3.3 La Direzione di settore e il Collegio direttivo del settore .....	27
1.3.4 I Servizi intersettoriali OSC .....	28
1.3.5 La Direzione dell'OSC e il Consiglio di direzione .....	28
1.3.6 Conclusioni.....	29
2. I Servizi dei minori OSC.....	31
2.1 Introduzione .....	31
2.2 Leggi e ordinamenti.....	31

2.3	Istituzioni esistenti .....	32
2.3.1	Istituzioni sociopsichiatriche pubbliche .....	32
2.3.2	Il settore privato di interesse pedopsichiatrico.....	38
2.3.3	Altre Istituzioni pubbliche.....	39
2.4	I principi pianificatori .....	39
2.5	Fabbisogno 1993-1995 .....	40
2.5.1	Strutture ambulatoriali: i Servizi medico-psicologici.....	41
2.5.2	Strutture semi-stazionarie: i Centri psico-educativi .....	41
2.5.3	Strutture stazionarie .....	42
2.6	La collaborazione tra le varie istituzioni .....	45
3.	I Servizi degli adulti e degli anziani OSC.....	49
3.1	Adulti .....	49
3.1.1	Introduzione .....	49
3.1.2	Leggi e ordinamenti.....	50
3.1.3	Istituzioni esistenti .....	51
3.1.3.1	Istituzioni sociopsichiatriche pubbliche.....	51
3.1.3.2	Il settore privato di interesse sociopsichiatrico.....	56
3.1.3.3	Altre istituzioni.....	59
3.2	Anziani .....	61
3.2.1	Introduzione .....	61
3.2.2	Leggi e ordinamenti.....	62
3.2.3	Istituzioni esistenti .....	62
3.2.3.1	Istituzioni sociopsichiatriche pubbliche.....	62
3.2.3.2	Altre istituzioni.....	63
3.3	I principi pianificatori .....	64
3.4	Fabbisogno 1993-1995 .....	66
3.4.1	Strutture ambulatoriali: i Servizi psico-sociali .....	66
3.4.2	Strutture semi-stazionarie .....	67
3.4.2.1	I Centri diurni .....	67
3.4.2.2	Le Residenze notturne.....	68
3.4.2.3	Gli appartamenti protetti .....	69
3.4.2.4	I laboratori protetti .....	70
3.4.2.5	Il centro Al Dragonato e la Cooperativa al Frutteto .....	71
3.4.3	Strutture stazionarie.....	71
3.4.3.1	L'ONC: la necessità delle modifiche .....	71
3.4.3.2	La Clinica psichiatrica cantonale .....	75

3.4.3.3	Il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro.....	75
3.5	La collaborazione tra le varie istituzioni .....	78
3.6	Conclusioni .....	80
4.	Fabbisogno di personale OSC.....	82
4.1	OSC: posti autorizzati e personale avventizio.....	83
4.2	SMP: effettivo degli operatori.....	84
4.3	CPE: effettivo degli operatori.....	85
4.4	SPS: effettivo degli operatori.....	85
4.5	ONC: effettivo personale.....	86
5.	Fabbisogno finanziario .....	87
5.1	OSC: costi di gestione 1985-1993.....	87
5.1.1	SMP: evoluzione finanziaria 1985-1993 .....	92
5.1.2	CPE: evoluzione finanziaria 1985-1993.....	94
5.1.3	SPS: evoluzione finanziaria 1985-1993.....	96
5.1.4	ONC: evoluzione finanziaria 1985-1993.....	98
5.1.5	OSC: evoluzione finanziaria 1985-1993 .....	100
5.2	OSC: costi di gestione 1992-1995.....	101
5.2.1	OSC: risultato d'esercizio senza misure riorganizzative, previsto per il periodo 1992-1995 .....	101
5.2.2	OSC: preventivo indicativo 1992-1995 .....	102
5.3	OSC: costi d'investimento 1970-1992 .....	102
5.3.1	SMP-SPS: costi d'investimento, 1988-1992.....	103
5.3.2	CPE: costi d'investimento, 1962-1992.....	103
5.3.3	ONC: costi d'investimento, 1970-1992.....	104
5.4	OSC: costi d'investimento 1970-1992 .....	104
5.4.1	SMP-SPS: investimenti 1993-1995/1996-1999.....	105
5.4.2	CPE: investimenti 1993-1995/1996-1999 .....	105
5.4.3	CARL: investimenti 1993-1995/1996-1999 .....	106
5.4.4	CPC: investimenti 1996-1999/2000-2003 .....	107
5.4.5	OSC: investimenti 1993-1995/1996-1999/2000-2003 .....	108
6.	La formazione del personale, l'aggiornamento professionale e la ricerca .....	109
6.1	I Criteri.....	109
6.2	L'Organizzazione .....	110
6.3	Le Prospettive .....	111
6.4	La ricerca.....	112

<i>PRIMA APPENDICE:</i>	Linee direttive 1992-1995.....	113
<i>SECONDA APPENDICE:</i>	LASP e regolamento d'applicazione.....	118

## ABBREVIAZIONI

<b>AI</b>	Assicurazione invalidità
<b>AVS</b>	Assicurazione vecchiaia superstiti
<b>AP</b>	Appartamento protetto
<b>CARL</b>	Centro abitativo, ricreativo e di lavoro
<b>CC</b>	Commissione consultiva del CPSC
<b>CG</b>	Commissione giuridica
<b>CD</b>	Centro diurno
<b>C.d.D.</b>	Consiglio di direzione
<b>C.D.d.S.</b>	Collegio direttivo di settore
<b>CDR</b>	Centro documentazione e ricerca
<b>C.d.S.</b>	Consiglio di Stato
<b>CPE</b>	Centro psico-educativo
<b>CPC</b>	Clinica psichiatrica cantonale
<b>CPS</b>	Codice penale svizzero
<b>CPSC</b>	Consiglio psico-sociale cantonale
<b>CTA</b>	Centro terapeutico per adolescenti
<b>CTT</b>	Centro terapeutico per tossicomani
<b>DOS</b>	Dipartimento delle opere sociali
<b>DIC</b>	Dipartimento dell'istruzione e della cultura
<b>EOC</b>	Ente ospedaliero cantonale
<b>FS</b>	Fondazione sirio
<b>IRE</b>	Istituto di ricerche economiche
<b>ISO</b>	Istituto svizzero degli ospedali
<b>LAI</b>	Legge assicurazione invalidità
<b>LASP</b>	Legge assistenza sociopsichiatrica
<b>LCAM</b>	Legge cantonale assicurazione malattie
<b>LFS</b>	Legge federale stupefacenti
<b>LISPI</b>	Legge integrazione sociale e professionale invalidi
<b>LMI</b>	Legge maternità e infanzia
<b>OMCT</b>	Ordine dei medici del cantone Ticino
<b>OMS</b>	Organizzazione mondiale della sanità
<b>ONC</b>	Ospedale neuropsichiatrico cantonale
<b>OSC</b>	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
<b>PCT</b>	Penitenziario del cantone Ticino
<b>SCIP</b>	Scuola cantonale infermieri psichiatrici
<b>SMP</b>	Servizio medico-psicologico
<b>SOIC</b>	Servizio ortopedagogico itinerante cantonale
<b>SPS</b>	Servizio psico-sociale
<b>SSC</b>	Servizio sociale cantonale
<b>STCA</b>	Servizio ticinese di cura dell'alcolismo
<b>UTR</b>	Unità terapeutica riabilitativa
<b>VESKA</b>	Associazione svizzera istituti ospedalieri

## SINTESI

### 1. INTRODUZIONE

La Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (di seguito LASP) (1), entrata in vigore il 1° gennaio 1985, rappresenta un modo nuovo di affrontare il problema della malattia psichica e delle sue conseguenze sociali, facendo riferimento a modalità d'intervento interdisciplinari comprendenti l'aspetto medico, assistenziale, giuridico e organizzativo.

Il testo legislativo prevede un'assistenza all'utente adeguata alla sua situazione (art. 6 LASP) compatibilmente con le possibilità finanziarie dello Stato (art. 13 cpv. 2) offerta da strutture pubbliche e private (art. 4 LASP), nel contesto di un piano terapeutico elaborato dall'équipe (art. 34 LASP) e discusso possibilmente di comune accordo con l'utente (art. 37 LASP) in modo tale da salvaguardare i diritti fondamentali di quest'ultimo.

#### 1.1. Istoriato

Il progetto di legge del Consiglio di Stato prevedeva la creazione di una Commissione cantonale di prevenzione e programmazione il cui compito principale consisteva nell'analisi delle esigenze terapeutiche e riabilitative dei vari settori, nel loro coordinamento, nella pianificazione dell'intervento sociopsichiatrico a media-lunga scadenza e nell'adozione delle misure atte alla tutela della salute mentale.

Il primo CPSC (Consiglio psico-sociale cantonale) è stato costituito dal Consiglio di Stato, su proposta del Dipartimento delle opere sociali, con risoluzione n° 2276 del 2 maggio 1985, per il periodo 1985-1987.

Sin dalla sua riunione costitutiva il CPSC si impegnava, conformemente all'art. 11, cpv. e) della LASP, a elaborare e proporre al Consiglio di Stato "la pianificazione degli interventi sociopsichiatrici fissando un catalogo delle priorità".

Per questo suo compito il CPSC si avvale, ai sensi dell'art. 12 LASP, dell'ausilio di una speciale Commissione consultiva (CC). Questa Commissione è composta da persone di particolare competenza nel campo sociopsichiatrico, ma che non operano alle dipendenze dell'OSC.

(1) Il testo integrale della LASP e del Regolamento d'applicazione è riportato nell'appendice

La prima Commissione consultiva del CPSC è stata costituita dal Consiglio di Stato, su proposta del Dipartimento delle opere sociali, con risoluzione n° 1369 del 18 marzo 1986.

Nel 1987 la CC ha esaminato un primo progetto di pianificazione sociopsichiatrica 1987-1991 proponendo al CPSC una serie di modifiche e di raccolta dati indispensabili per sostenere le proposte pianificatorie.

Il nuovo progetto di programmazione sociopsichiatrica cantonale, 1989-1992, approntato dal CPSC e approvato dalla sua Commissione consultiva, è stato sottoposto a consultazione il 17 ottobre 1989 ai partiti, associazioni sindacali, rappresentanti delle regioni e del personale OSC. Nella primavera del 1990 gli interpellati hanno ritornato alla Cancelleria dello Stato le proprie osservazioni.

Il CPSC ha così potuto approntare entro la fine del 1990 un progetto 1991-1994 che teneva conto delle indicazioni ricevute.

Successive analisi e correzioni hanno permesso l'elaborazione del documento definitivo relativo al periodo 1993-1995 che oggi vi sottoponiamo per discussione e decisione.

**La pianificazione riguarda la descrizione e la motivazione degli interventi sociopsichiatrici in atto e la loro evoluzione sulla base delle esigenze terapeutiche e delle possibilità finanziarie.**

**La pianificazione è limitata alla psichiatria pubblica raggruppata nell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale e ai compiti di maggior rilevanza sociopsichiatrica.**

#### 1.2. Principi generali della pianificazione psichiatrica

L' Health Management Institute di Ginevra ha elaborato dei principi pianificatori nel campo del settore sanitario per correlare la cosiddetta piramide dell'offerta di servizi con quella dei bisogni (morbilità).

Questi principi trovano pure applicazione per la pianificazione delle malattie mentali e tengono conto delle raccomandazioni di organizzazioni specialistiche quali l'OMS.

Riguardano:

- 1) **Globalità:** l'approccio terapeutico deve integrare tutti gli elementi della presa a carico medica, infermieristica, psicologica, socio-ergoterapica, ecc.
- 2) **Struttura e management:** l'organizzazione dei servizi e il loro management devono essere concepiti in funzione di una politica chiaramente definita dai responsabili e condivisa dagli esecutori.
- 3) **Istituzionalizzazione:** la moderna impostazione delle cure permette di seguire più frequentemente i pazienti fuori dagli ospedali psichiatrici, o di abbreviare i soggiorni, ciò che giustifica la riduzione globale del numero dei letti.
- 4) **Accessibilità:** i pazienti devono trovare assistenza entro una ragionevole distanza dal loro domicilio.
- 5) **Differenziazione e specializzazione:** i servizi devono rispondere alle esigenze dei diversi gruppi del territorio servito, sia per tipo di intervento che per clientela.
- 6) **Continuità delle cure e coordinamento:** la continuità della presa a carico deve essere assicurata da un appropriato coordinamento dei diversi servizi implicati.
- 7) **Integrazione:** gli ospedali in cure generali devono poter accogliere e curare alcuni pazienti psichiatrici, e devono pure essere in grado di offrire una assistenza psichiatrica a pazienti ricoverati per cure somatiche.
- 8) **Pluridisciplinarietà:** la differenziazione dei servizi e la continuità delle cure si basano su di un approccio pluridisciplinare che coinvolge operatori psichiatrici, altre figure sanitarie e non, come pure volontari.
- 9) **Mantenimento della condizione di vita:** l'intervento degli operatori sociali, degli infermieri in salute pubblica, ecc., deve permettere al paziente di mantenere il più a lungo possibile le situazioni abituali di vita.
- 10) **Valutazione:** la qualità delle prestazioni e la loro efficacia finanziaria devono essere valutate sistematicamente e regolarmente.

- 11) **Adattamento:** le modifiche sia della domanda che dell'offerta, come pure il risultato delle valutazioni, devono indurre un aggiornamento appropriato del sistema della presa a carico.
- 12) **Formazione:** la formazione continua delle équipes deve permettere sia l'applicazione del piano di cura stabilito, sia di risolvere i problemi emersi durante le valutazioni.

### 1.3. Applicazioni pratiche

#### 1.3.1. Modelli organizzativi

Due modelli organizzativi vengono abitualmente proposti dai pianificatori: la settorializzazione e la regionalizzazione. Sono pure possibili delle soluzioni miste.

- a) **Settorializzazione:** si basa sulla creazione di aree geografiche omogenee (stimate per un conglomerato di circa 60'000-200'000 abitanti, con condizioni di accessibilità, per esempio entro un raggio di 25 km o 1 ora con mezzi di trasporto pubblici), dove l'insieme delle istituzioni deve fornire una risposta globale e coerente ai bisogni della popolazione per una presa a carico diversificata, che garantisca l'unità, la continuità e l'integrazione delle cure.
- b) **Regionalizzazione:** si basa sulla decentralizzazione dell'offerta dei servizi psichiatrici e comprende 2 tipi d'istituti per regione (stazionari e ambulatoriali/semi-stazionari), con competenze distinte, ma che devono teoricamente completarsi e offrire una pluralità dei servizi coordinati.
- c) **Soluzioni miste:** secondo le circostanze (per esempio zone rurali poco popolate o urbane ad alta densità di popolazione), possono essere utilizzate soluzioni miste, che considerano aspetti sia dell'uno che dell'altro modello precedentemente descritto, con varianti rappresentate da équipes volanti o da antenne che garantiscono la copertura di più aree.

### 1.3.2. Strutture

Le strutture realizzate nell'ambito della settorializzazione o regionalizzazione sono principalmente le seguenti:

- a) Ospedale psichiatrico, diviso in servizi corrispondenti alle categorie di pazienti.
- b) Ospedali in cure generali con reparti psichiatrici integrati.
- c) Centri ospedalieri diurni (terapie brevi, riabilitazione, misure educative, funzioni sociali o occupazionali).
- d) Altri: homes, laboratori protetti, centri riabilitativi, foyers protetti e sistemazione in famiglie d'accoglienza.

Recentemente sono state sperimentate altre strutture quali:

- pronti soccorso per le urgenze o in caso di crisi;
- gruppi di mutua assistenza (organizzazioni di volontariato).

Tuttavia lo sviluppo di alternative all'ospedalizzazione comporta rischi di spreco e di costi supplementari se nuove strutture vengono ad aggiungersi a quelle esistenti, e se i limiti economici e sociali per il mantenimento a domicilio non sono ben definiti e organizzati.

### 1.4. Valutazione dei bisogni

La valutazione dei bisogni latenti, provati o diagnosticati, è ancora più difficile in psichiatria che non nella medicina somatica (dati epidemiologici problematici, definizioni soggettive della norma, importanza delle componenti sociali e culturali, ecc.).

Questi bisogni sono ampiamente influenzati da una serie di fattori geografici, demografici, socio-economici, culturali, politici, così come dalle tradizioni locali e dalla storia.

Questi fattori influenzano pure in modo considerevole il modello dei servizi e l'evoluzione del sistema di cura.

Esistono parecchi metodi per l'analisi dei bisogni:

- a) **statistica dei casi:** per permettere di descrivere, valutare e pianificare i servizi;
- b) **studi epidemiologici:** per definire la prevalenza o l'incidenza dei diversi turbamenti psichici, globalmente o per categorie di popolazioni campione;
- c) **analisi multivariate:** per identificare gruppi di popolazione a rischio e la loro utilizzazione di servizi psichiatrici;
- d) **studi valutativi:** di casi, di trattamenti, di programmi, di politiche.

### 1.5. Valutazione delle risorse umane

Sul piano **qualitativo** le risorse umane attive in psichiatria sono diversificate e presentano diversi livelli di specializzazione:

- a) operatori specializzati (psichiatri, psicologi, clinici, operatori sociopsichiatrici, personale infermieristico e psichiatrico, ecc.);
- b) operatori generici (medici generici, specialisti non psichiatri, assistenti sociali, consulenti orientatori, ecc.);
- c) operatori non specializzati e volontari;
- d) associazioni di mutua assistenza.

Secondo il principio delle piramidi prima menzionato, questi livelli corrispondono alla gravità dei disturbi psichiatrici che possono essere trattati da ciascun gruppo: da un lato le persone che soffrono di disturbi psicotici acuti o di disturbi del comportamento che necessitano delle cure dell'équipe psichiatrica, dall'altro canto numerose altre persone vulnerabili possono essere aiutate da volontari o da organizzazioni di mutua assistenza.

Sul piano **quantitativo** esistono schemi teorici, ma le norme variano enormemente da un paese o regione all'altro, o da un tipo di istituzione all'altra. Sono indispensabili delle analisi funzionali per stabilire le dotazioni corrispondenti alla politica scelta, ai bisogni e ai mezzi disponibili.



## 1.6. Situazione attuale della psichiatria

1. A livello svizzero, la psichiatria è oggetto di profonde riflessioni, e si possono menzionare, quali esempi, le seguenti recenti iniziative:

- innanzitutto la Legge sull'assistenza sociopsichiatrica del Cantone Ticino, entrata in vigore il 1° gennaio 1985, che è sicuramente fra le più innovative e valide della Svizzera e non solo;
- la ristrutturazione dei settori delle istituzioni psichiatriche universitarie ginevrine, 1990;
- la riorganizzazione del settore psichiatrico del centro universitario, Vaud, 1990;
- la nuova pianificazione psichiatrica cantonale, Argovia, 1991;
- la nuova pianificazione psichiatrica e psicogeriatrica cantonale, Vallese (il progetto è attualmente in esame presso la Commissione psichiatrica).

2. Più in generale, numerose questioni specifiche sono discusse in ambienti politici e professionali ed appaiono di una certa attualità, in funzione evidentemente del grado di sviluppo cantonale, regionale e locale della psichiatria:

- a) differenziazione esagerata dei servizi, che conduce ad una frammentazione delle prestazioni;
- b) equilibrio fra la necessità di una copertura basilare dei bisogni reali della popolazione ed il rischio di una psichiatrizzazione eccessiva;
- c) risposta ai bisogni psichiatrici degli adolescenti;
- d) sviluppo della psichiatria sociale e intermedia, e della psichiatria nel territorio in generale;
- e) elaborazione di una presa a carico adeguata di fronte all'espansione della domanda psicogeriatrica (Alzheimer e altre sindromi psico-organiche);
- f) problemi della psichiatria medico-legale (diritto dei pazienti, presa a carico di tossicomani).

Per quantificare un possibile confronto tra Cantoni, si presenta di seguito una tabella comparativa preparata dalla Sezione sanitaria del DOS che evidenzia alcuni dati quantitativi del Ticino rispetto ai Cantoni Vaud, Neuchâtel, Vallese.

## Psichiatria stazionaria, 1990

CANTONI	VAUD	NEUCHATEL	VALLESE	TICINO
Popolazione al 31.12.1990	583'625	160'609	248'313	286'725
<b>CURE STAZIONARIE</b>				
<b>A) Settore pubblico</b>				
Numero ospedali	7	2	2	1
Numero letti	747 (12 privati)	690 (77 privati)	201	399
Tasso d'occupazione	83.9%	69.79%	96.3%	86.97%
Pazienti ammessi	3013*	1412	798	924
Costo totale**	128'746'000	37'456'346	21'470'000	31'911'007
Letti pubblici per 100'000 abit.	126	382	81	139
Pazienti ammessi nel pubblico x 100'000 abit.	516	879	321	322
Costo ospedalizzazione pubblica x abitante	220.6	233.2	86.5	111.5
Costo ospedalizzazione pubblica x paziente ammesso	42'730	26'527	26'905	34'536
Giornate di cura	229'000	176'000	71'000	126'667
Giornate di cura per abitante	0.39	1.09	0.29	0.44
Costo per giornate di cura	563.--	213.--	304.--	252.--
<b>B) Settore privato</b>				
Numero letti	59	nessuno	nessuno	69
<b>C) Pubblico + privato</b>				
Numero letti	806	690	201	468
Letti pubblici + privati x 100'000 abit.	138	382	81	163

\* Questa cifra non contiene 36 casi di pedopsichiatria, 10 casi di adolescenti

\*\* Senza investimenti e ammortamenti

**Psichiatria ambulatoriale pubblica, 1990**

CANTONI	VAUD	NEUCHATEL	VALLESE	TICINO (senza CPE)	TICINO (con CPE)
<b>CURE AMBULATORIALI PUBBLICHE</b>					
<b>Utenti</b>					
a) adulti	8'204	non disp.	non disp.	2'639	
b) adolescenti/ragazzi	2'916	non disp.	non disp.	1'484	
c) TOTALE	11'120	2'669	1'259	4'123	4'176
<b>Medici (equiv. tempo pieno)</b>					
a) adulti	52.8	non disp.	non disp.	16**	
b) adolescenti/ragazzi	32.6	non disp.	non disp.	6**	
c) TOTALE	85.4	non disp.	non disp.	22**	23**
<b>Costo totale*</b>					
a) adulti	8'584'006	non disp.	non disp.	4'818'343	
b) adolescenti/ragazzi	8'598'270	non disp.	non disp.	4'103'074	
c) TOTALE	17'182'276	non disp.	non disp.	8'921'417	12'238'418
Utenti per 100'000 abit.	1'905	1'662	507	1'438	1'456
<b>Utenti per medico</b>					
a) adulti	155	non disp.	non disp.	165	
b) adolescenti/ragazzi	89.5	non disp.	non disp.	247	
c) TOTALE	130	non disp.	non disp.	187.4	181.6
Costo per abitante*	37.5	non disp.	non disp.	31.1	42.7
<b>Caso per utente*</b>					
a) adulti	1'175	non disp.	non disp.	1'826	
b) adolescenti/ragazzi	3'297	non disp.	non disp.	2'765	
c) TOTALE	1'733.5	non disp.	non disp.	2'164	2'931
Psichiatri privati	80	12	30	31	
Psichiatri privati per 100'000 abit.	13.7	7.5	12.1	10.8	
Psichiatri pubblici + privati x 100'000 abit.	28.3	non disp.	non disp.	18.5	18.8

\* Per il Canton Vaud solo zone "centre", "nord", "ouest" (90% della casistica). I tassi legati al "costo" sono stati calcolati solo sulla popolazione o la casistica pertinente di riferimento (cioè alle zone di cui si dispongono i dati comparativi sui costi). Pertanto i dati sono confrontabili con quelli ticinesi.

\*\* 1991

**Riassunto psichiatria pubblica, 1990**

CANTONI	VAUD	TICINO
Costo totale	145'928'276	44'149'425
Costo psichiatria pubblica per abitante	250	154
Costo psichiatria pubblica per utente	10'325	8'657
Rapporto utenti "ambulatoriali" verso stazionari	3.7	4.5 (senza CPE) *
Pazienti ammessi e utenti per 100'000 abitanti	2'422	1'779

\* CPE: Centro psico-educativo

**Note:**

1. Il confronto (TI-VD) deve essere letto con prudenza vista la diversità delle fonti statistiche.
2. Il costo ticinese della psichiatria pubblica per abitante (fr. 154) è pari al 3.8% della spesa sanitaria (fr. 4'006). Nel Canton Vaud esso è pari al 5.7% (di fr. 4'415).
3. Il maggior costo vodese è imputabile all'ospedalizzazione (ospedale universitario) mentre quello ticinese è di circa fr. 10.-- per abitante più elevato per il settore ambulatoriale (con CPE). Nel Ticino la "spinta" al trattamento ambulatoriale sembra leggermente più accentuata (rapporto 4.5 contro 3.7 nel Canton Vaud tra ospedalizzazione e cura ambulatoriale).
4. Il tasso di "psichiatizzazione" pubblica (e probabilmente anche quello "globale") sembra essere più importante nel Canton Vaud (+ 600 casi per 100'000 abitanti). La diversa disponibilità di letti nel settore privato dei due Cantone non dovrebbe modificare il rapporto come pure la densità di psichiatri privati più alta nel Canton Vaud.

## **Le finalità dell'azione dello Stato e della pianificazione sociopsichiatrica**

Nel recente progetto di "Rapporto del Consiglio di Stato al Gran Consiglio sulle linee direttive e sul piano finanziario 1992-1995 (2)", si afferma che: "L'organizzazione dell'assistenza sociosanitaria deve offrire accessibilità e adeguatezza delle prestazioni generali e specialistiche a tutta la popolazione, con la diffusione nel territorio dei servizi d'assistenza sociosanitaria di base e la relativa centralizzazione delle strutture e dei servizi di elevata specialità e particolarmente costosi".

**Il Consiglio di Stato, preso atto dell'evoluzione della psichiatria, dell'attività dell'OSC e delle iniziative private, in questi anni, ritiene che il presente rapporto di pianificazione sociopsichiatrica non possa essere visto soltanto come un adempimento ad un mandato previsto espressamente dalla legge (art. 13 LASP), ma anche come momento di riflessione con i politici, di valutazione tra i tecnici e d'incontro tra operatori del settore pubblico e privato.**

Il Rapporto di pianificazione è quindi un momento di riorientamento - nel quadro di un indirizzo LASP che è fondamentalmente valido - nell'ambito di un concetto del Consiglio di Stato più ampio tendente ad armonizzare le diverse pianificazioni, cantonale e settoriali (ospedaliera, sociopsichiatrica, ecc.), e ad attuarle gradualmente, nel rispetto delle scelte di priorità e della disponibilità finanziaria.

## **I principi della LASP**

Fra i diversi principi fondamentali della LASP, due prevedono: la centralità dell'utente (art. 1 LASP), e il concetto di territorialità (art. 7 LASP) che determinano il coinvolgimento di tutte le strutture, enti e istanze delle comunità (art. 4 LASP), attraverso un coordinamento dei vari servizi pubblici e privati del Settore (art. 9 LASP).

La centralità dell'utente presuppone l'esistenza di un'organizzazione degli interventi terapeutici (art. 9 LASP e art. 4 RA, LASP); la territorialità prevede l'accessibilità, la flessibilità e la capacità di adeguamento commisurata alle esigenze dei servizi che la compongono (art. 7, cpv. 2 LASP).

(2) Il testo delle Linee direttive 1992-1995 riguardante la sociopsichiatria è riportato nell'appendice

Oltre a questo occorre garantire la tutela dei diritti dell'utente (art. 42 LASP) assicurando nel contempo una cura in una struttura adeguata e poco restrittiva della sua libertà personale (art. 21 LASP).

## **I concetti operativi della LASP**

**Il primo concetto operativo si riferisce all'équipe multidisciplinare:** si tratta di un'unità operativa nel territorio, composta di operatori professionali specifici (medico, psicologo, psicoterapeuta, educatore, animatore, infermiere, ecc.) ognuno dei quali pronto ad intervenire nel suo ambito specifico.

Se per l'utente esiste - nell'équipe - un solo operatore di riferimento (gli altri sono «riferimenti in caso di bisogno»), anche quest'operatore sa di poter far appello, in caso di necessità, al sapere tecnico dei colleghi d'altre funzioni professionali.

Se si esige la «polivalenza» verso il paziente, in caso di necessità, la «specializzazione» all'interno dell'équipe è invece un problema da affrontare con cura. A seconda dei dati epidemiologici, a certe équipe potranno essere aggiunti superspecialisti, provenienti anche da altri servizi o addirittura attivi a livello intersettoriale.

La LASP (e l'OSC) prevede il coordinamento operativo dell'équipe avente carattere clinico da parte di un medico (art. 15 LASP) pur non escludendo la responsabilizzazione di membri dell'équipe con formazione non medica - infermieri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, psico-educatori, psicomotricisti - in molte attività terapeutiche specifiche quali il coordinamento dei CPE, la supervisione degli appartamenti protetti (AP), la formazione, ecc.

Sebbene non si possa prospettare per ora un cambiamento al fatto che la responsabilità ultima è **medica** (per ragioni storiche, organizzative, operative: l'esigenza maggiore propostaci dalla situazione psico-socio-sanitaria del Cantone è medica), sarà comunque compito dei futuri progetti di pianificazione verificare ed evidenziare meglio le specifiche competenze professionali dei componenti dell'équipe multidisciplinare.

Una prima esperienza in tal senso avrà inizio con la separazione dell'ONC in Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e in Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), presentata al pto 3.4.3.1.

**Il secondo concetto operativo si riferisce alle UTR** attraverso le quali l'attività degli operatori nel territorio è privilegiata rispetto all'intervento ospedaliero, in quanto si tenta di stabilire un rapporto nuovo tra società, Stato e disagio psichico, coinvolgendo tutte le risorse a disposizione localmente (professionali, familiari, scolastiche, ecc.).

La LASP istituisce nel settore le UTR commisurate alle esigenze della popolazione (art. 7, cpv. 2 LASP).

**L'UTR è la struttura sociopsichiatrica stazionaria, semi-stazionaria o ambulatoriale, pubblica o privata riconosciuta tale dal Gran Consiglio (art. 16, cpv. 2 LASP), che si assume il compito e che dispone delle risorse necessarie per prevenire, curare e riabilitare utenti psichiatrici.**

Attualmente solo:

- i reparti di psichiatria acuta dell'ONC
- i quattro SMP
- i quattro SPS
- i tre CPE

sono considerati delle UTR ai fini della LASP. **Non esistono a tutt'oggi altre strutture pubbliche o private riconosciute tali dal Gran Consiglio (art. 16, cpv. 2, LASP).**

Tuttavia l'intervento intersettoriale sussiste sempre; esso è considerato un'esigenza tecnica ed economica indispensabile in certi tipi di presa a carico e nella formazione degli operatori.

**Il terzo concetto operativo si riferisce alla catena terapeutica:** l'équipe operante nel territorio dev'essere attiva anche in diverse istituzioni, a struttura differente, adeguate per una presa a carico individuale dell'utente, con metodi commisurati alla sua condizione di salute.

Il campo dell'assistenza sociopsichiatrica non è un'esclusiva dell'OSC. I medici generalisti, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti e diversi altri operatori, se ne occupano da liberi professionisti. Esistono inoltre gruppi e associazioni, sia pubbliche che private, (sovvenzionate o non) che hanno direttamente o indirettamente a che fare con questioni riguardanti il campo sociopsichiatrico. L'intervento di questi "partner" risulta quindi indispensabile per l'equilibrio dell'intera politica sociopsichiatrica cantonale: per questo motivo si è previsto già, in fase legislativa, la creazione del Collegio direttivo di settore (art. 9 LASP).

Attualmente il Collegio direttivo di settore è tuttavia limitato al coordinamento delle UTR descritte sopra e previste dall' OSC.

## 2. PROPOSTE PIANIFICATORIE

Le decisioni di questo primo rapporto di pianificazione sociopsichiatrica, così come previsto dall'art. 13, cpv. 2 LASP, si riassumono nei seguenti punti:

- a) Il territorio del Cantone Ticino è suddiviso in **tre settori**: Mendrisiotto, Luganese, Sopraceneri a sua volta con servizi nelle regioni di Locarno e Valli e di Bellinzona e Valli (v. pg. 27).
- b) L'attività terapeutica dei settori e delle altre strutture o istanze di interesse sociopsichiatrico è coordinata dai **tre Collegi direttivi di settore** (v. art. 9 LASP) corrispondenti alle **tre direzioni di settori** (v. pg. 27).
- c) L'effettivo degli operatori delle strutture pubbliche (OSC), attualmente di 502.39 unità (v. pg. 83) suddivise nei Servizi medico-psicologici (SMP) e psico-sociali (SPS), nei Centri psico-educativi (CPE) e nell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC), deve essere ridotto di 25 unità entro la fine del 1995 (v. pg. 86).
- d) Nell'ambito della psichiatria dei minori si evidenzia la necessità:
  - di aprire un **ambulatorio** (SMP) a tempo parziale nella **zona di Biasca** che dipenda dal SMP di Bellinzona e senza aumento di personale (v. pg. 41);
  - di organizzare, in linea di principio in collaborazione **con privati, un Centro terapeutico per adolescenti** (CTA) per minori di età tra i 12/14 e i 16/18 anni (v. pg. 43), analogo ai CPE per bambini (fino ai 12/14 anni).

Nel prossimo periodo pianificatorio 1996-1999 e qualora il bisogno sia accertato, si prevede:

- un CPE nella regione di Bellinzona e Valli (v. pg. 41);
  - un Foyer terapeutico per adolescenti caratteriali di tutto il Cantone (v. pg. 44).
- e) Nel campo della psichiatria dell'adulto e dell'anziano:
    - è necessario aprire un **ambulatorio** (SPS) nella **zona di Biasca** per gli operatori del SPS di Bellinzona che operano in quella regione (v. pg. 66). Non si prevede alcun aumento di personale;
    - occorre integrare **nell'OSC quattro Centri diurni** (CD) di Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona, messi a disposizione degli operatori OSC dalla Fondazione Sirio (v. pg. 67). Si tratta di strutture intermedie alternative, a metà strada tra la presa a carico ambulatoriale classica e quella ospedaliera, già riconosciute e sussidiate dall'AI, ma non in base alla LISPI;
    - mancano ancora diversi **appartamenti protetti**, in molti casi un'indispensabile alternativa all'ospedalizzazione (v. pg. 69). Su tutto il territorio cantonale si

prevedono 23 appartamenti protetti circa così distribuiti nei Settori: 4-5 per il Settore di Mendrisio, 8 per il Settore di Lugano, 4-5 per la regione di Locarno e 4-5 per la regione di Bellinzona, per un totale di circa 80 letti. Di questi la metà sono già esistenti e **organizzati da privati** in accordo con l'OSC e sovvenzionati dall'AI, ma non in base alla LISPI.

f) Per quanto concerne il **lavoro protetto** ed occupazionale nel territorio, per il periodo di pianificazione 1993-1995, prima di proporre iniziative nuove, si ritiene opportuno approfondire e migliorare la collaborazione con:

- il Centro al Dragonato di Bellinzona,
- la Cooperativa agricola di Gudo.

Queste due strutture diurne private devono accogliere anche utenti acuti dei servizi OSC del Sopraceneri, regione poco dotata di strutture per utenti psichiatrici.

g) Gli utenti dell'ONC saranno suddivisi in acuti e in cronici stabilizzati (v. pg. 71). Secondo le indicazioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) l'ONC, in quanto tale, sarà **suddiviso in una Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e in un Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)** per cronici, quest'ultimo sussidiato dalla Confederazione sia per quanto concerne la gestione corrente che per gli investimenti.

La CPC (v. pg. 75) sarà dotata di ca. 200-220 letti e prenderà a carico unicamente utenti psichiatrici acuti. Il CARL (v. pg. 75) si occuperà di ca. 80 utenti cronici dell'ONC e non. Inoltre può organizzare al suo interno un nucleo per giovani adulti psicotici gravi (v. pgg. 43/45).

h) Le spese di gestione delle strutture OSC (v. pg. 101), oltre a considerare le misure di risparmio decise dal Consiglio di Stato, non devono aumentare oltre l'incremento dei prezzi al consumo. Per l'OSC verrà studiata la possibilità di **introdurre il principio del "credito quadro"** e le relative competenze per un suo efficiente utilizzo.

i) Per quanto attiene agli investimenti per la ristrutturazione degli immobili necessari alla psichiatria pubblica, si fa riferimento alla perizia effettuata da uno studio di architettura privato, su mandato del Consiglio di Stato e all'aggiornamento della Sezione stabili erariali al 1° gennaio 1993 (v. pg. 102).

**Il Consiglio di Stato nel PF 1992-1995 deciderà**, in base alle disponibilità finanziarie dello Stato e alle priorità, l'ammontare degli **investimenti** da riservare alla sociopsichiatria. Per ogni opera verrà presentato al Gran Consiglio uno specifico messaggio.

l) Per quanto attiene alla pianificazione più in generale, il presente rapporto prevede di **intensificare il lavoro di raccolta e di elaborazione di dati epidemiologici** relativi al Cantone, già in atto dal 1991 presso il Centro documentazione e ricerca OSC (v. pg. 112).

### 3. LE PRIORITÀ

Le priorità nel periodo 1993-1995 oltre alla riduzione del personale OSC, sono le seguenti:

#### Settore minorenni

1. aprire a Biasca, a tempo parziale, un ambulatorio per le 3 Valli, quale sottosedo del SMP di Bellinzona. Non si prevede aumento alcuno di personale;
2. creare il CTA per adolescenti, in collaborazione con operatori privati del Sopraceneri.
3. nel CARL, qualora il settore privato non fosse in grado di provvedere in questo senso, occorre organizzare una struttura di 8-10 letti per gravi forme di autismo cronico.

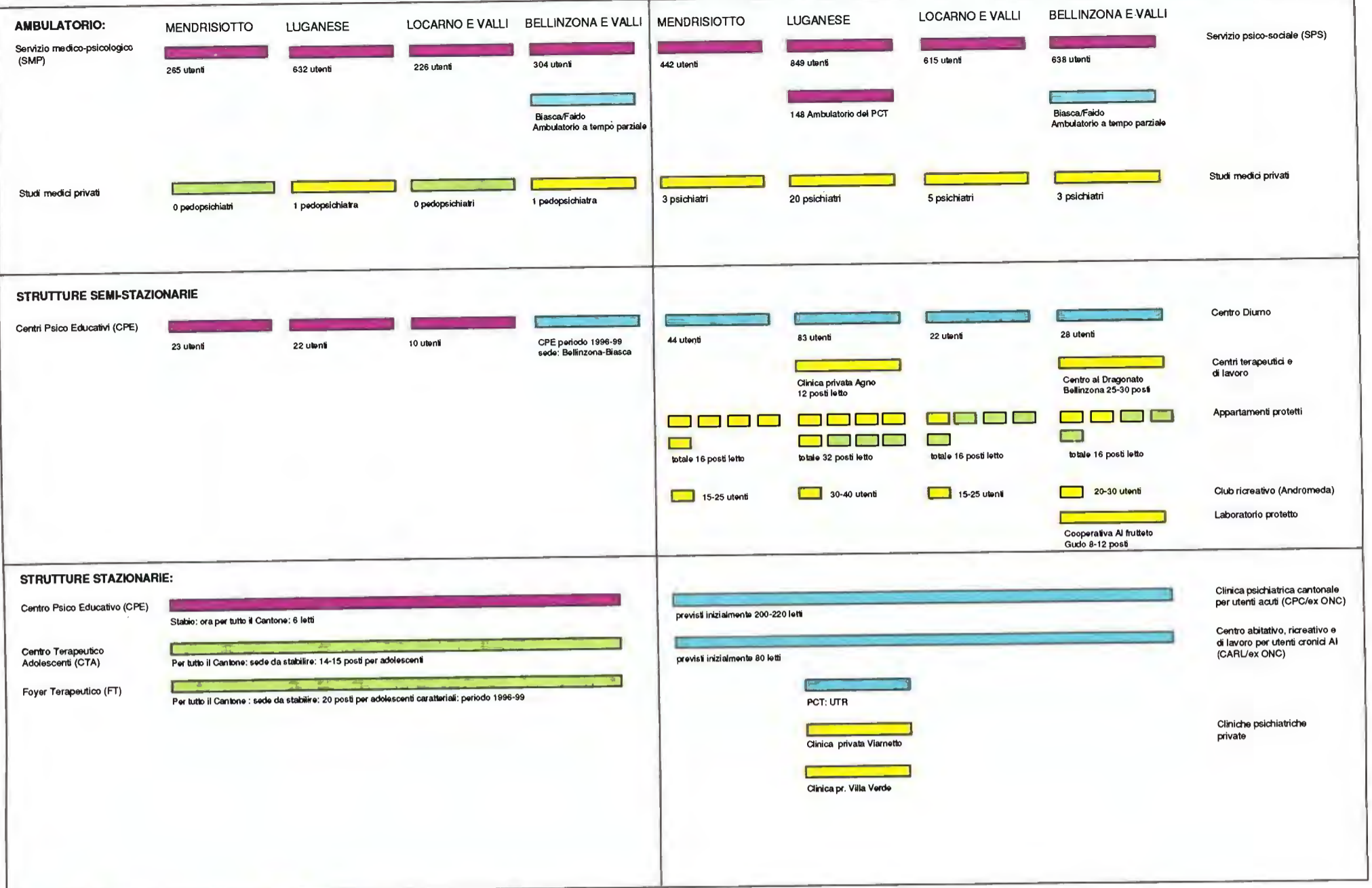
#### Settore adulti e anziani

1. aprire a Biasca, a tempo parziale, un ambulatorio per le tre Valli, quale sottosedo del SPS di Bellinzona. Non si prevede aumento alcuno di personale;
2. integrare nell'OSC i quattro centri diurni di ogni regione;
3. completare la rete di appartamenti protetti in ogni regione, in collaborazione con istituzioni private;
4. approfondire e migliorare la collaborazione terapeutica, riabilitativa, occupazionale e del tempo libero, con il Centro al Dragonato di Bellinzona e la Cooperativa agricola di Gudo;
5. separare e ristrutturare l'attuale ONC in una Clinica psichiatrica cantonale e in un Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL).

# STRUTTURE SOCIOPSICHIATRICHE DEL CANTON TICINO (situazione al 1.1.1993)

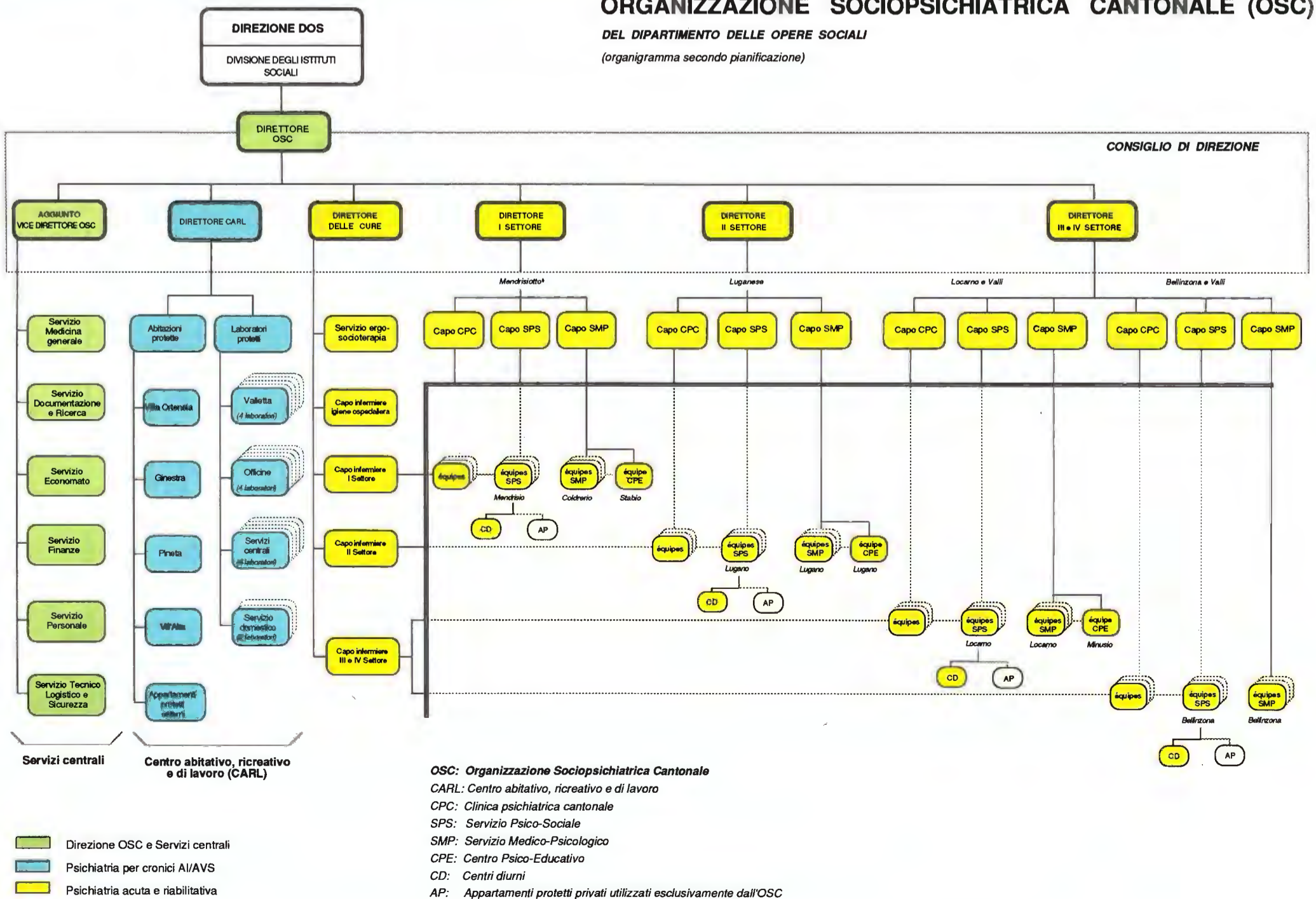
PER MINORENNI

PER ADULTI E ANZIANI



## ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE (OSC)

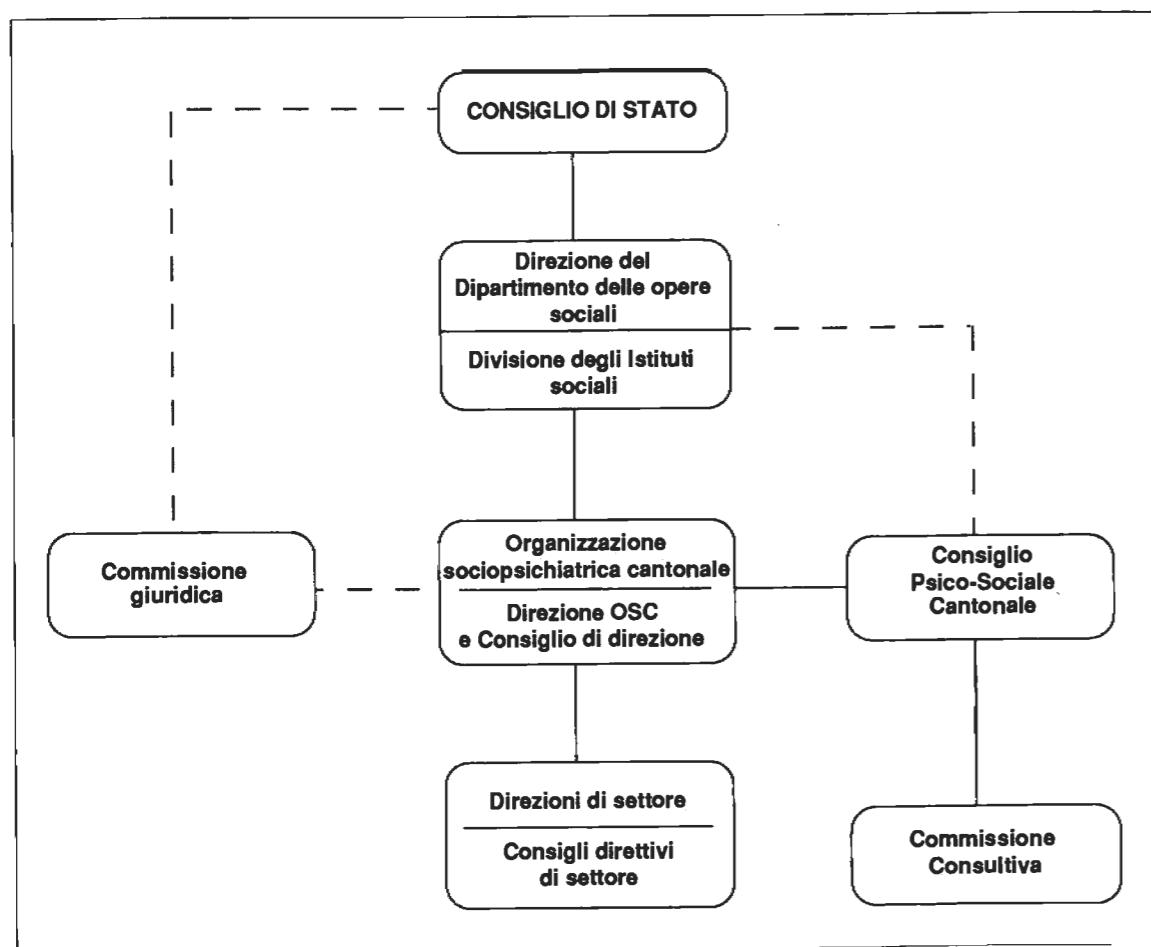
DEL DIPARTIMENTO DELLE OPERE SOCIALI  
(organigramma secondo pianificazione)



# LA PSICHIATRIA PUBBLICA: SITUAZIONE ATTUALE E SOLUZIONI PROSPETTATE

## 1. L'ORGANIZZAZIONE GENERALE ATTUALE

Per poter applicare i nuovi concetti di politica sanitaria previsti dalla LASP, il Consiglio di Stato ha istituito le istanze previste dalla Legge (la **Commissione giuridica**, art. 14; il **Consiglio psico-sociale**, art. 10 e la **Commissione consultiva**, art. 12), e ha raggruppato tutti i servizi psichiatrici pubblici in un unico organismo, denominato **Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)** - art. 3, Reg. LASP - la cui attività è iniziata il 1.1.1985.



## 1.1. LA COMMISSIONE GIURIDICA

La **Commissione giuridica (CG)** è composta da un Presidente (scelto tra i membri dell'ordine giudiziario), da un medico privato specialista in psichiatria, da un operatore sociale e da due supplenti. Alla CG compete la **risoluzione dei ricorsi** inoltrati dai pazienti o dai loro rappresentanti, in caso di violazione (o presunta tale) dei loro diritti, decidendo in modo autonomo, come giustamente spetta ad un Tribunale.

La CG è quindi un Tribunale creato a tutela della libertà individuale e con il preciso scopo di evitare alle persone bisognose di assistenza di venir collocate in strutture non idonee al trattamento terapeutico più adeguato.

La Commissione giuridica svolge inoltre un lavoro di **verifica dell'idoneità delle strutture sociopsichiatriche esistenti**.

### Commissione giuridica: attività 1988-1992

	1988	1989	1990	1991	1992
Ricorsi pendenti al 31.12	-	3	-	-	2
Ricorsi presentati	45	51	44	51	64
Ricorsi evasi	42	54	44	49	64
Ricorsi iniziati da evadere	3	-	-	2	2
Ricorsi da iniziare	-	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>45</b>	<b>54</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>66</b>
Decreti	5	6	2	7	5
Sentenze di cui:	4	7	7	2	3
- accolte	-	-	1	-	2
- parzialmente accolte	2	1	1	-	1
- respinte	2	5	3	2	-
- irricevibili	-	1	-	-	-
- prive di oggetto	-	-	2	-	-
Stralci e accordi	33	41	35	40	56

## 1.2. IL CONSIGLIO PSICO-SOCIALE CANTONALE E LA COMMISSIONE CONSULTIVA

Una nuova concezione globale dell'assistenza sociopsichiatrica necessita di un apparato di pianificazione.

In quest'ottica la legge prevede un **Consiglio Psico-Sociale Cantonale (CPSC)** e la sua **Commissione Consultiva (CC)**.

Il Consiglio psico-sociale cantonale (del quale fanno parte i Direttori di settore, un responsabile dei Servizi per minorenni, un rappresentante eletto dagli operatori sociali e un membro nominato dal Consiglio di Stato) ha un compito di preavviso dell'intervento psichiatrico nella sua globalità, proponendo al Dipartimento competente, rispettivamente al Consiglio di Stato, le soluzioni più opportune di pianificazione e coordinamento sociopsichiatrico.

Il CPSC, che è un organo agile nella sua composizione, affronta il suo compito con la **Commissione Consultiva**. Quest'ultima risulta composta da persone nominate in funzione della competenza tecnica, rappresentative dei vari settori professionali interessati all'intervento sociopsichiatrico, che esamina e discute i progetti elaborati dal CPSC.

## 1.3. L'ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE (OSC)

L'OSC prevede: l'organizzazione generale, il finanziamento e la gestione del personale di competenza di una Direzione cantonale; l'attività medica, di cura e di riabilitazione, decentralizzata nei tre settori diretti da medici specialisti in psichiatria-psicoterapia dove il lavoro dell'**équipe** (medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, psicoeducatore, psicomotricista, ecc.) diventa di fatto il **perno** dell'intervento terapeutico, garante della presa a carico dell'utente e della continuità delle cure fino al suo reinserimento nella società.

### 1.3.1. L'équipe sociopsichiatrica

É il fulcro attorno al quale l'OSC organizza i suoi servizi: si tratta di un gruppo di lavoro multidisciplinare, formato da persone professionalmente qualificate nel campo dell'aiuto al disagio psichico.

L'équipe, in tal modo, è in grado di operare sia in campo ospedaliero che ambulatoriale, nel rispetto delle singole competenze, pur preservando, nel suo interno, la presenza di un operatore di riferimento che entra in un legame privilegiato con l'utente.

### 1.3.2. I settori

Il territorio cantonale è suddiviso in settori geografici. **I settori sono tre** (Mendrisiotto, Luganese e Sopraceneri). Il settore del Sopraceneri comprende due sottosectori, quello del Locarnese e valli, e quello del Bellinzonese e valli.

Ogni settore è dotato degli stessi strumenti operativi. Essenzialmente, si tratta del servizio di psichiatria generale, che si occupa principalmente di adulti e di anziani con annesso un proprio servizio ospedaliero presso l'ONC, e del servizio di psichiatria infantile-juvenile. Quest'ultimo servizio dispone di un centro semiambulatoriale per cure intense (CPE), che attualmente manca solo nel settore del Bellinzonese e valli e di una struttura stazionaria intersettoriale presso il CPE di Stabio.

In concreto l'OSC attualmente comprende:

- strutture **ambulatoriali** (i servizi psico-sociali e i servizi medico-psicologici di Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona);
- strutture **semistazionarie** (centri diurni per adulti, laboratori; i centri psico-educativi di Stabio, Lugano e Minusio e i laboratori protetti dell'ONC);
- strutture **stazionarie** (l'ospedale neuropsichiatrico attualmente unico per tutto il cantone, ma suddiviso anch'esso in tre gruppi di padiglioni corrispondenti ai tre settori geografici; internato presso il CPE del Mendrisiotto quale struttura stazionaria intersettoriale per tutto il Cantone).

### 1.3.3. La Direzione di settore e il Collegio direttivo del settore

A capo del settore sta un direttore che è un medico specialista in psichiatria o in pedopsichiatria. Egli dirige, coordina e rappresenta le équipes specializzate dell'OSC, ognuna delle quali è a sua volta coordinata da un medico capo-servizio (se l'équipe è principalmente ambulatoriale) o da un medico capo-reparto (se l'équipe è principalmente ospedaliera).



Il coordinamento tra le équipes pubbliche (OSC) e private dovrà perfezionarsi tramite il Collegio Direttivo di Settore, uno per settore, che è l'istanza presieduta dal direttore di settore di cui fanno parte i medici capi-servizio, i capi-reparto, i capi infermieri di settore e i responsabili delle unità terapeutico-riabilitative pubbliche e private riconosciute.

Dal punto di vista tecnico-scientifico ed operativo, le équipes dei vari servizi che appartengono al settore sono autonome.

#### 1.3.4. I Servizi intersettoriali OSC

Quale sostanziale complemento ai servizi settoriali dell'OSC sono stati previsti dei servizi a carattere intersettoriale che fungono da supporto, sia dal punto di vista amministrativo che dal punto di vista terapeutico, a seconda della loro specificità.

A questi servizi appartengono:

- il servizio amministrazione del personale;
- il servizio economato che comprende inoltre i servizi di cucina, mensa, lavanderia e guardaroba dell'ONC;
- il servizio finanze e contabilità ed elaborazione elettronica dei dati;
- il servizio tecnico, sicurezza e logistica;
- il servizio di medicina generale;
- il servizio di socioterapia, con i laboratori protetti;
- il servizio infermieristico, nella sua organizzazione e formazione specifica;
- il centro di documentazione e di ricerca.

#### 1.3.5. La Direzione dell'OSC e il Consiglio di Direzione

Il **direttore dell'OSC**, responsabile della gestione amministrativa, finanziaria, logistica e del personale, riservate le competenze dei servizi centrali dello Stato, art. 3 RdA-LASP, è il Presidente del Consiglio di direzione composto dall'**aggiunto vice-direttore**, dai **3 direttori di settore** e dal **responsabile delle cure infermieristiche**.

Il direttore dell'OSC rappresenta l'OSC per tutte le questioni generali e gestionali verso l'esterno, mentre per tutte le questioni generali di tipo medico-terapeutiche è affiancato dal direttore di settore che presiede il CPSC pro tempore.

Questo stile di direzione, affermatosi fin dal 1985 con ottimi risultati, sottolinea quindi la partecipazione e la collegialità in quanto, considerata la complessità e l'interdipendenza fra i due ambiti, permette un'opportuna articolazione tra aspetto terapeutico e aspetti gestionali.

#### 1.3.6. Conclusioni

L'OSC è la struttura pubblica della psichiatria cantonale. Con i suoi Servizi copre **l'intero territorio cantonale, suddiviso in 3 Settori**: Mendrisiotto, Luganese e Sopraceneri (Locarno e Valli e Bellinzona e Valli).

I Servizi dell'OSC sono di carattere **ambulatoriale, semi-stazionario e stazionario** e fanno riferimento alle **UTR** menzionate all'art. 16, cpv. 1 LASP.

**Dove non sia possibile collaborare con il settore privato**, l'OSC crea i servizi e le strutture indispensabili per la **continuità delle cure** (art. 6 e 18 LASP).

L'**équipe sociopsichiatrica** (art. 15 LASP) è il nucleo attorno al quale l'OSC organizza i propri Servizi.

I responsabili delle UTR e delle strutture private complementari partecipano direttamente all'organizzazione delle attività sociopsichiatriche del Settore di appartenenza (Collegio direttivo di Settore, art. 9 LASP).

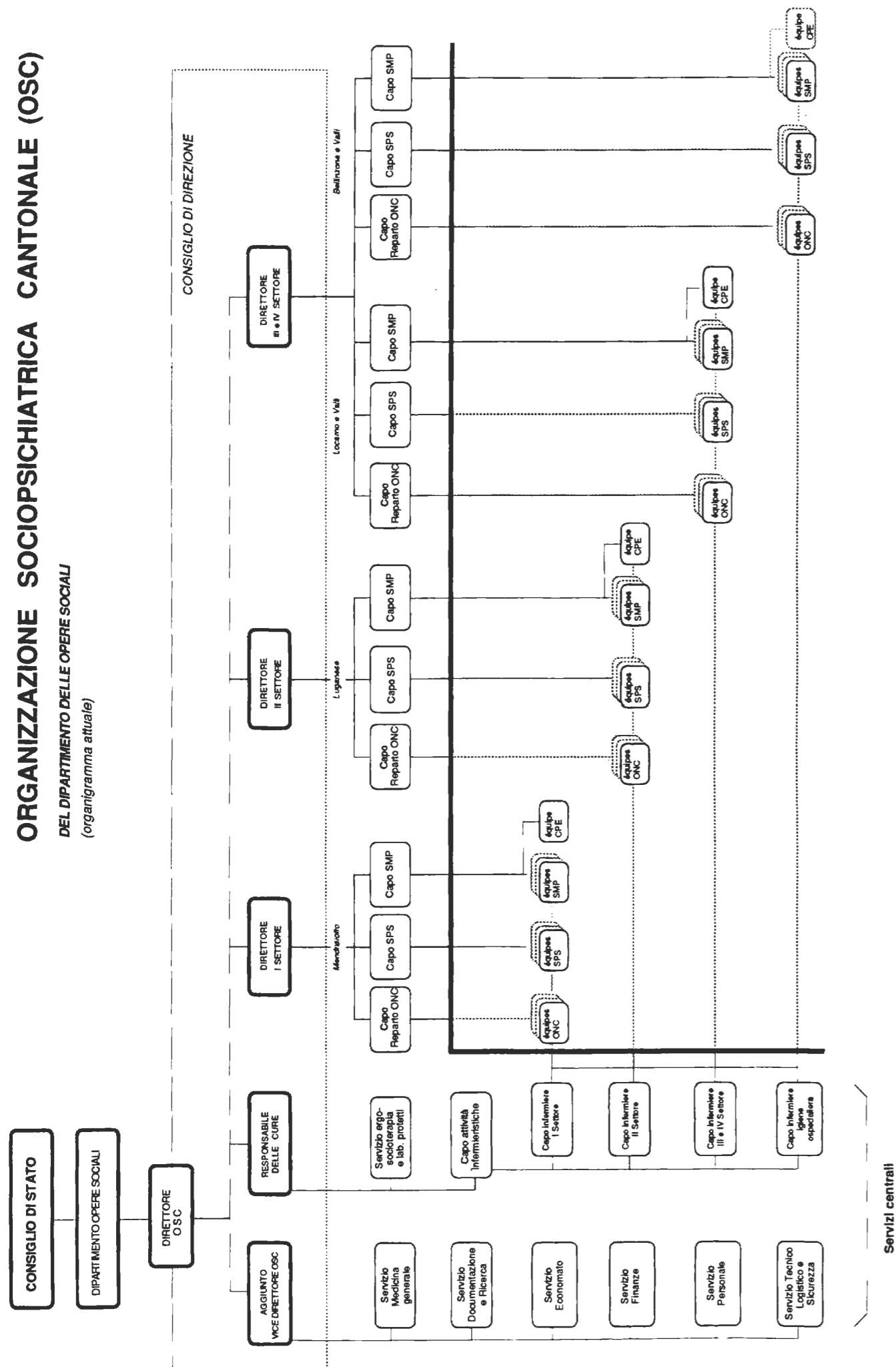
Presso l'**Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale** è stato creato un Centro di Documentazione e di Ricerca (CDR) presso il quale è stata sviluppata, in collaborazione con altri enti, un'**indagine sui bisogni e sull'attività sociopsichiatrica svolta dalle UTR**.

Come viene precisato a pag. 18 non esistono a tutt'oggi strutture pubbliche o private riconosciute dal Gran Consiglio come UTR ad eccezione di quelle dell'OSC (ONC, SMP, SPS, CPE) in quanto strutture dell'Amministrazione cantonale.

Di seguito viene presentato l'organigramma attuale che evidenzia i settori e i servizi dell'OSC. Lo stesso dovrà essere modificato come esposto a pg. 23.

# ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE (OSC)

DEL DIPARTIMENTO DELLE OPERE SOCIALI  
(organigramma attuale)



## 2. I SERVIZI DEI MINORI OSC

### 2.1. INTRODUZIONE

La psichiatria e psicoterapia del bambino e dell'adolescenza costituisce un campo specifico all'interno della psichiatria.

Una delle peculiarità maggiori della psichiatria e psicoterapia infantile e dell'adolescenza è la prevalenza dell'intervento a carattere preventivo.

#### Servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza

L'organizzazione attuale dei servizi intende offrire ai minorenni bisognosi di assistenza ai sensi della LASP, e alle famiglie interessate, una pluralità di proposte e di organizzazione di interventi, che tengano conto delle diversità delle richieste individuali e delle situazioni istituzionali.

I Servizi dell'OSC per minorenni (Servizi medico-psicologici e Centri psico-educativi) si caratterizzano come le sole strutture pubbliche d'indirizzo psichiatrico e psicoterapeutico, nelle quali d'un canto sono effettuate osservazioni cliniche a scopo diagnostico per la valutazione precisa di ogni situazione, e d'altro canto sono effettuate prese a carico terapeutiche differenziate.

### 2.2. LEGGI E ORDINAMENTI

- La legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza del 15 gennaio 1963 descrive bene nella presentazione dei suoi scopi, la necessità di un'azione di prevenzione per «il normale sviluppo psico-fisico del bambino».
- La legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) del 26 gennaio 1983 si rifà all'art. 397 a) del Codice Civile Svizzero per definire gli utenti bisognosi di un'assistenza adeguata e rimanda poi all'art. 18 lo specifico richiamo alla necessità di avere un servizio adeguato rivolto ai minorenni, in ogni settore dell'OSC.
- Nel Codice Civile Svizzero, nella legge cantonale sulla protezione della maternità e nel Codice Penale Svizzero si fa riferimento alle diverse età per definire il passaggio del giovane all'età adulta.

- Ai minorenni è garantita un'assistenza ambulatoriale, semi-stazionaria e stazionaria quantunque, per principio, le difficoltà psicologiche del giovane vengano prese a carico, nel limite del possibile, a livello ambulatoriale e semi-stazionario (art. 6 cpv. 1 LASP) «nel suo ambiente sociale e familiare».

- Il Cantone provvede a che sia anche garantita la presa a carico di urgenze sia con le proprie istituzioni, sia collaborando con gli Istituti AI privati e i reparti di pediatria dell'Ente ospedaliero cantonale, nel principio di un'utilizzazione ottimale delle risorse pubbliche e private già esistenti.

- Nel Codice Penale Svizzero gli art. 369 - 373 stabiliscono un quadro generale sulla procedura concernente i fanciulli e gli adolescenti e le misure nei loro confronti.

### 2.3. ISTITUZIONI ESISTENTI

#### 2.3.1. Istituzioni sociopsichiatriche pubbliche

Per la cura e la riabilitazione degli utenti minorenni, l'OSC dispone di:

Il Servizio medico-psicologico dell'OSC che si occupa di minorenni dal punto di vista della salute mentale e funziona come ambulatorio rivolto alla popolazione della regione. Le famiglie o il minorenne stesso possono rivolgersi spontaneamente oppure su consiglio di terzi (scuola, pediatria, medico di famiglia, ecc.).

E' organizzato in un'équipe multidisciplinare (medici, psicologi, psicomotricisti, psicoeducatori, assistenti sociali) diretta da uno psichiatra specialista dell'età infantile e adolescenziale. In certi casi è necessaria un'osservazione prolungata e il bambino viene allora collocato temporaneamente al CPE. Oltre a questa attività di ambulatorio, il SMP viene sempre più sollecitato da richieste di consulenza e collaborazione con altri enti rivolti all'infanzia e all'adolescenza.

Un ulteriore tipo di attività del SMP è rappresentata dall'attività peritale a richiesta dell'Autorità giudiziaria o amministrativa che richiede delle valutazioni specialistiche.

Lo spirito di lavoro che caratterizza le équipes settoriali dei SMP è aperto alla collaborazione nei confronti di tutti i servizi già menzionati.

Attualmente le strutture ospedaliere esistenti fanno fronte alle urgenze, anche per la casistica adolescenziale.

Inoltre il SMP opera in collaborazione con il Servizio psico-sociale e altri Servizi dello Stato.

#### SMP: Numero utenti fino ai 19 anni avuti in cura, % rispetto ai minorenni della regione, 1986/1992

SETTORI	N° UTENTI PER SERVIZIO							% UTENTI FRA I MINORENNI DELLA REGIONE				
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1986	1987	1988	1989	1990
Mendrisiotto	243	204	228	243	265	265	305	2.2	1.9	2.2	2.4	2.6
Luganese	682	712	589	672	707	631	706	2.8	3.0	2.5	2.9	3.0
Locarno e valli	241	215	207	214	228	220	223	1.9	1.75	1.7	1.8	1.9
Bellinzona e valli	558	309	265	267	284	304	271	3.4	1.9	1.7	1.7	1.9
TOTALE	1724	1440	1289	1396	1484	1420	1505	-	-	-	-	-
MEDIA	-	-	-	-	-	-	-	2.7	2.3	2.1	2.3	2.5

#### SMP: Nuovi utenti e controlli / risegnalazioni - 1986/1992 (compresi casi in corso)

SETTORI	NUOVI UTENTI							CONTROLLI O RISEGNALAZIONI						
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Mendrisiotto	80	80	71	89	89	94	104	163	124	157	154	176	171	201
Luganese	296	231	193	268	310	266	305	386	481	396	404	397	365	401
Locarno e valli	104	98	86	95	94	95	94	137	117	121	119	134	125	129
Bellinzona e valli	331	147	119	108	123	103	113	227	162	146	159	161	201	158
TOTALE	811	556	469	560	616	558	616	913	884	820	836	868	862	889

Le tabelle dimostrano globalmente un leggero aumento degli utenti per servizio, ma con un trend diverso tra Sotto e Sopraceneri.

**SMP: Consultazioni o consulenze per altri enti - 1989/1992**

(in ore / anno)

ALTRI ENTI	MENDRISIO				LUGANO				LOCARNO				BELLINZONA				TOTALE			
	1989	1990	1991	1992	1989	1990	1991	1992	1989	1990	1991	1992	1989	1990	1991	1992	1989	1990	1991	1992
Scuole	110	64	70	97	140	80	88	144	201	208	367	292	121	81	92	98	572	433	617	631
Sost. pedagogico	30	3	8	14	92	48	36	6	206	52	110	129	113	105	73	25	441	208	227	174
Scuola speciale	-	20	-	-	180	46	36	10	26	27	34	46	5	22	51	15	211	115	121	71
Istituti Al minorenni	72	93	56	55	68	85	102	79	37	-	95	129	73	25	50	75	250	203	303	338
Istituti sociali	22	1	2	-	180	90	40	78	240	119	178	133	144	79	96	62	586	289	316	273
Foyers sociali	38	44	17	4	90	60	40	30	45	71	43	-	32	12	7	16	205	187	107	50
Asili nido	-	15	9	34,5	45	-	50	64	147	122	44	47	35	30	23	-	227	167	126	145,5
Polimb. profilattici	-	7	6	1	45	-	60	58	-	5	5	5	-	-	-	-	45	12	71	64
Ospedali (ped.)	10	32	-	-	94	-	-	-	15	10	-	-	454	18	21	16	573	60	21	16
Antenne e CTT	-	-	-	-	-	-	-	150	10	77	48	23	-	-	-	-	10	77	48	173
Altro	4	18	10	14	52	300	200	69	251	251	285	123	230	144	168	25	537	713	663	231
<b>TOTALE</b>	<b>286</b>	<b>297</b>	<b>178</b>	<b>219,5</b>	<b>986</b>	<b>709</b>	<b>652</b>	<b>688</b>	<b>1178</b>	<b>942</b>	<b>1209</b>	<b>927</b>	<b>1207</b>	<b>516</b>	<b>581</b>	<b>332</b>	<b>3657</b>	<b>2464</b>	<b>2620</b>	<b>2166,5</b>

**Il Centro psico-educativo** è un centro diurno a carattere regionale e costituisce nel campo della psichiatria infantile una struttura semi-residenziale clinica e terapeutica per bambini da 1 a 12-14 anni di età circa, che presentano disturbi generalizzati di sviluppo.

Per garantire la sua funzione, il centro diurno è strutturato come un luogo dove il bambino possa godere delle seguenti condizioni:

- ambiente terapeutico caratterizzato da relazioni privilegiate;
- possibilità di stimolazione e di confronto a livello delle varie attività espressive, di gioco e di creatività;
- possibilità di scambio a livello sociale con coetanei e con gli educatori senza la pressione di un programma scolastico.

Inoltre devono essere garantiti:

- la collaborazione con le scuole dell'infanzia, elementari e speciali per l'inserimento scolastico del bambino nella scuola del quartiere a tempo parziale;
- la possibilità di un'istruzione scolastica al Centro stesso per pazienti che non sono ancora in grado di frequentare le scuole esterne;
- i contatti regolari con le famiglie, la cui collaborazione è desiderata e spesso indispensabile per la ripresa evolutiva del bambino;
- i contatti regolari con la persona o l'ente collocante, le scuole e gli istituti esterni;
- la possibilità di fare riferimento a specialisti dei Servizi stessi o esterni (pediatria, neurologo, logopedista, ecc.) per ogni approfondimento diagnostico e terapeutico.

Le prestazioni effettuate dai CPE vengono assicurate sia dal personale del Centro stesso, sia dall'équipe del SMP, sia da professionisti privati a seconda dell'indicazione e delle competenze.

**CPE: numero utenti - 1986/1992**  
%o rispetto ai minorenni della regione

SETTORI	N° UTENTI PER CENTRO							%o UTENTI FRA I MINORENNI DELLA REGIONE				
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1986	1987	1988	1989	1990
	MENDRISIOTTO											
CPE Stabio:												
avuti in cura	42	40	34	28	23	23	24	3.8	3.7	3.3	2.7	2.3
notte (int.)*	2	2	2	3	4	4	4	-	-	-	-	-
ammessi	5	6	3	1	2	3	4	0.45	0.6	0.3	0.1	0.2
dimessi	8	9	6	7	3	3	4	0.7	0.8	0.6	0.7	0.3
LUGANESE												
CPE Lugano:												
avuti in cura	29	21	23	20	17	22	29	1.2	0.9	1.0	0.9	0.7
ammessi	3	1	5	5	2	7	10	0.1	0.04	0.2	0.2	0.09
dimessi	9	4	7	5	2	3	7	0.4	0.2	0.3	0.2	0.09
LOCARNO E V.												
CPE Minusio:												
avuti in cura	12	11	13	14	13	10	12	1.0	0.9	1.1	1.2	1.1
ammessi	4	1	4	2	2	-	4	0.3	0.08	0.3	0.2	0.2
dimessi	2	2	1	3	3	2	-	0.2	0.2	0.08	0.3	0.3
BELLINZONA E V.	CPE DA REALIZZARE 1996-1999											

\* solamente presso CPE Stabio

**CPE: Numero utenti avuti in cura e giornate di presenza per centro 1985/1992**

ANNO	MENDRISIOTTO			LUGANESE		LOCARNO E VALLI		TOTALE	
	Numero utenti	di cui in internato	Giornate presenza	Numero utenti	Giornate presenza	Numero utenti	Giornate presenza	Numero utenti	Giornate presenza
1985	41	2	4'297	33	2'980	17	1'722	91	8'999
1986	42	2	4'239	29	2'961	12	1'931	83	9'131
1987	40	2	4'076	21	2'692	11	1'613	72	8'381
1988	34	2	3'935	23	2'536	13	1'677	70	8'148
1989	28	3	3'240	20	2'476	14	1'958	62	7'674
1990	23	4	2'797	17	2'377	13	1'690	53	6'864
1991	23	4	2'421	22	2'580	10	1'429	55	6'430
1992	24	4	2'738	29	2'452	12	1'541	65	6'731

Anche nei CPE la quantificazione globale delle attività indica un mantenimento delle giornate di presenza ad eccezione del CPE di Lugano.

**CPE: prestazioni terapeutiche esterne (in numero o ore)\*, 1985-1992**

ANNO	CPE STABIO		CPE LUGANO		CPE MINUSIO		TOTALE	
	N°	h	N°	h	N°	h	N°	h
1985	-	-	43	-	114	-	157	-
1986	24	46.50	10	-	169	-	203	46.50
1987	123	105.75	-	-	293	-	416	105.75
1988	197	111.50	-	-	441	-	638	111.50
1989	258	115.50	153	-	231	-	642	115.50
1990	123	80.75	117	-	138	-	378	80.75
1991	175	50.50	170	-	160	44	505	94.50
1992	155	54.75	73	-	171	34.5	399	89.25

\* Alcune prestazioni sono espresse in ore, altre in numero. Per poter valutare l'attività annuale vanno considerate le ore + il numero di prestazioni.

Mentre le attività interne all'istituzione denotano una tendenza alla diminuzione, resta tendenzialmente costante il carico di impegni esterni del CPE.

### 2.3.2. Il settore privato di interesse pedopsichiatrico

Nell'ambito privato, accanto alla tradizionale «offerta» di medici specialisti privati, sono attivi psicologi, psicoterapeuti, logopedisti, psicomotricisti, ergoterapisti ed altri operatori specializzati.

Pure di iniziativa comunale, consortile o privata, è l'organizzazione di consultori profilattici materni e pediatrici, di istituti specializzati sia per casi sociali (istituti, foyers), sia per minorenni invalidi.

Di iniziativa privata, ma coordinati da una speciale Commissione prevista dalla Legge cantonale d'applicazione alla LFS, sono pure le strutture che intervengono nel settore delle tossicodipendenze.

**Gli Istituti sociali** sono strutture che si occupano di un numero variabile tra i 40 e i 60 ragazzi in età scolastica (in genere dai 6 ai 14-15 anni). Esse dispongono dell'internato e in alcuni casi di sezioni di scuola elementare interna.

La casistica è in gran parte composta da ragazzi che provengono da famiglie disunite e che presentano difficoltà di comportamento e caratteriali e che necessitano quindi di un sostegno educativo e pedagogico.

**Gli Istituti AI/LISPI** sono enti riconosciuti anche dall'AI che si occupano di ragazzi handicappati fisici e mentali e che abbisognano di scolarizzazione speciale e di cure speciali (fisioterapia, logopedia, ergoterapia, ecc.) dall'età infantile fino, in genere, ai 18 anni.

**I Foyers** si occupano di ragazzi della pre-adolescenza (12/13 anni) fino ai 20 anni e di una casistica più grave rispetto a quella degli Istituti sociali.

In genere si tratta di ragazzi che hanno maggiori difficoltà caratteriali e di affidamento sociale.

**Gli Asili nido** sono strutture generalmente diurne che si occupano prevalentemente di minorenni di età inferiore ai 3 anni.

L'attività di queste strutture è basata sul sostegno educativo pedagogico ai bambini.

**Le Antenne** sono strutture ambulatoriali che si occupano in modo specifico di minorenni e di adulti con problemi di tossicodipendenza.

**Il Centro terapeutico residenziale per tossicomani** accoglie consumatori di droghe pesanti - minorenni e adulti - al fine di interrompere definitivamente la loro dipendenza.

Per quanto riguarda il Servizio sociale cantonale, così come la Pro Infirmis, si rinvia al pto 3.1.3.3. (pag. 61).

### 2.3.3. Altre istituzioni pubbliche

- Servizio ortopedagogico itinerante (SOIC);
- Scuola speciale;
- Servizio di sostegno pedagogico nelle scuole materne, elementari e medie;
- Scuola cantonale infermieri in psichiatria (SCIP).

## 2.4. I PRINCIPI PIANIFICATORI

- Il Consiglio di Stato, già nel 1979, nell'ambito del messaggio della nuova legge sull'assistenza sociopsichiatrica, aveva evidenziato il «concetto di settore destinato a rispondere a una soglia minima di bisogni psichiatrici». Il territorio è **suddiviso in 3 Settori interessanti 4 regioni**: Mendrisiotto (Settore Mendrisiotto), Luganese (Settore Luganese), Locarno e Valli, Bellinzonese e Valli (Settore Sopraceneri).
- Nelle 4 regioni sono organizzati **servizi analoghi** al fine di garantire rapidamente le prestazioni più adeguate sancite dalla legge stessa.
- La decentralizzazione inoltre deve garantire una conoscenza approfondita delle necessità della regione di riferimento, permettendo un miglior **coordinamento con le varie istituzioni presenti**, in particolare con la scuola e i suoi servizi, gli istituti per minorenni privati e sussidiati dallo Stato e l'ospedale regionale o di zona.
- Al minorenne che presenta un disagio psicologico è **garantita un'assistenza adeguata**. L'offerta pubblica e privata deve coprire i bisogni terapeutici indispensabili al minorenne appartenente al settore.
- **All'istituto privato** con potenzialità logistiche adeguate, è **garantito il finanziamento** di ogni attività atta a rispondere alle esigenze del minorenne quando queste non sono già assicurate da istituzione pubblica.

- Prima di ogni potenziamento delle strutture pubbliche, si valuteranno tutte le possibilità dell'**offerta privata** della regione.
- In presenza di ingiustificate resistenze all'ammissione di casi da parte di istituti privati sussidiati, evidenziato il **non diritto al sovvenzionamento pubblico**, il Consiglio di Stato può ridurre la propria quota parte alla copertura del disavanzo d'esercizio.
- E' promosso il principio della **preminenza delle cure ambulatoriali** e dell'assistenza nell'ambiente familiare e sociale del minorenne; in particolare si ribadisce che al minorenne è garantita la **permanenza nella scuola** da lui frequentata.

## 2.5. FABBISOGNO 1993-1995

Il fabbisogno è determinato, direttamente e indirettamente, da diversi fattori dei quali i più importanti sono:

- l'effettivo della popolazione e in particolare l'effettivo dei giovani da 0 a 19 anni, sia in valore assoluto, sia in percentuale della popolazione globale;
- il coordinamento tra tutte le istituzioni pubbliche e private del cantone attive, nel campo dei minorenni;
- l'accessibilità al servizio condizionata dalle distanze, dalle vie di comunicazione e dai mezzi di trasporto.

Va considerato in proposito che nei paesi occidentali l'incidenza delle affezioni psichiatriche è costante, e simile da paese a paese. Sulla base dei dati statistici esposti si può ragionevolmente ritenere che il bisogno attualmente evidenziato in risorse psichiatriche pubbliche è soddisfatto, sia pure con un trend che fa crescere il ricorso ai servizi ambulatoriali, e diminuire il ricorso ai servizi ospedalieri.

Per quanto attiene alla popolazione minore di 19 anni, notiamo, nel 1990, 25 utenti dei servizi pubblici ambulatoriali su 1000 abitanti di questa fascia d'età, con un tasso d'incidenza di casi nuovi di 10 per 1000 abitanti. Mediamente, nel 1991, ogni utente è stato visto per 13 volte l'anno.

### 2.5.1. Strutture ambulatoriali: i Servizi medico-psicologici

È importante che il **Servizio medico-psicologico** si mostri dinamico, mobile e soprattutto specializzato.

In questo senso deve poter svolgere la sua funzione di servizio di psichiatria e psicoterapia infantile e dell'adolescenza a disposizione della popolazione e degli altri servizi che si occupano di minorenni.

Occorre prevedere anche l'organizzazione di **una sede periferica, aperta a tempo parziale** nelle tre valli (Biasca), la cui attività sarà garantita dall'attuale personale del SMP di Bellinzona. Questa regione risulta, a tutt'oggi, ancora sguarnita.

Nell'età adolescenziale, nella prevenzione e cura delle tossicomanie, così come nella consulenza diretta a docenti ed educatori, assume particolare importanza la **collaborazione con la scuola e con le altre Istituzioni**.

A questo scopo è opportuna l'**assunzione di medici specialisti** nella psichiatria infantile e nell'adolescenza, poiché l'attuale organico del Servizio non prevede ancora quadri intermedi ("medico psichiatra") al giorno d'oggi ritenuti necessari per le funzioni che si sono descritte.

In un periodo intermedio occorrerà formare dei medici assistenti in psichiatria e psicoterapia del bambino e dell'adolescente.

Per il quadriennio, a livello ambulatoriale, **non necessitano modifiche organizzative particolari**.

L'evoluzione, anche in relazione alla diminuzione dei minorenni nel Cantone (da 65'706 unità nell'85 a 56'952 previste nel 1995), dovrà essere tenuta sotto costante controllo statistico e di valutazione qualitativa.

Tra i Servizi medico-psicologici c'è un'interdipendenza che dev'essere riconosciuta; è quindi opportuno incaricare uno degli attuali Capi servizio quale **coordinatore SMP**.

### 2.5.2. Strutture semi-stazionarie: i Centri psico-educativi

#### Fascia d'età dai 3 ai 12 anni

I CPE si profilano nel senso medico-terapeutico indicato in questa programmazione.

Analogamente alle altre regioni del Cantone e per poter garantire un'assistenza adeguata agli utenti, appare opportuno prevedere un Centro diurno di 10-12 posti (simile all'esistente CPE di Minusio), **nella regione di Bellinzona e Valli**. La sua realizzazione viene **rinviiata a dopo il 1995**, rispondendo ancora il centro di Minusio

alle esigenze attuali per il settore del Sopraceneri, pur con difficoltà dovute alla distanza. Andrebbe inoltre valutata la base legale alla quale fa riferimento l'attività dei Centri psico-educativi (CPE), che attualmente è regolata dagli art. 19 e 73 della Legge sulla assicurazione per l'invalidità (LAI) che contengono le disposizioni per l'istruzione scolastica speciale e l'assistenza ai minorenni grandi invalidi.

Considerata la possibilità di sovrapposizioni d'intervento fra questo tipo di struttura e le scuole speciali, si ritiene opportuno rafforzare il carattere clinico dei CPE riferendosi agli articoli 12 e 13 della summenzionata LAI e agli articoli 401-404 della relativa ordinanza.

In quest'ottica, dopo un periodo di sperimentazione presso il CPE di Lugano, conclusosi positivamente, si intende proseguire con lo stesso programma anche presso il CPE di Minusio.

Al termine del periodo di programmazione sociopsichiatrica 1993-95, e dopo attenta valutazione delle esperienze fatte, si dovrebbe **decidere sull'eventuale riorientamento di questo tipo d'intervento.**

### 2.5.3. Strutture stazionarie

#### Fascia d'età dai 3 ai 12 anni

È indispensabile che un Servizio dell'OSC appositamente impostato sia in grado di accogliere bambini in gravi difficoltà e non più gestibili dalla famiglia o dagli Istituti che ne fanno le veci allorché un tale intervento appare agli specialisti più indicato di un ricovero nel reparto di pediatria.

Onde poter far fronte a questo tipo di esigenza funziona presso il **CPE del Mendrisiotto**, a Stabio, un internato come **struttura stazionaria intersettoriale**. Questa struttura stazionaria intersettoriale è preposta ad accogliere la casistica di tutto il Cantone. Essa in caso di bisogno assumerà il personale supplementare a seconda della gravità e della consistenza numerica della casistica assunta.

#### Fascia d'età dai 12 ai 18/20 anni

Per quanto concerne le strutture stazionarie, attualmente si riscontrano difficoltà nel gestire 4 tipi di patologia puberale e adolescenziale:

1. **psicotici cronici**, con associata debilità di lieve grado che a causa della loro sintomatologia o personalità non sono adatti alle strutture esistenti per debili; in questa categoria rientrano pure gli oligofrenici con importanti tratti psicotici concomitanti o secondari (attualmente queste categorie si trovano per lo più collocate in istituti pedagogici che sino a poco tempo fa erano del tutto sprovvisti di una consulenza psichiatrica): si tratta di **25 casi** di giovani ex-autistici in tutto il Ticino (stima del Gruppo di studio OSC/DIC). Essi vivono in famiglia e fanno riferimento a istituti già esistenti. Un'associazione privata, con sede a Mendrisio, organizza vacanze e fine-settimana per aiutare le famiglie; 7-8 casi sono particolarmente gravi per cui occorre inserirli in una struttura idonea, eventualmente adeguata a questa nuova esigenza;
2. scompensi **psicotici acuti**: i casi conosciuti negli ultimi anni variano tra le **5-6 unità all'anno**;
3. **caratteriali**, in situazione di rottura con la famiglia, oppure senza famiglia o con la famiglia disgregata, oppure espulsi dalla scuola o ancora segnalati dalla magistratura, che non possono essere gestiti dai foyers attualmente esistenti nel Ticino: sono circa una **ventina i giovani** di questa categoria, per lo più collocati fuori Cantone;
4. **pre-psicotici o psicotici instabili**, per lo più ragazzi che hanno un discreto livello intellettuale e/o adattivo e che sono stati in generale scolarizzati normalmente: si tratta al massimo per tutto il Cantone di **5-6 casi l'anno**.

Per coprire i bisogni relativi alle problematiche sopra descritte si rivela indispensabile la creazione di nuove strutture e la modifica di strutture esistenti.

In particolare è indispensabile:

- **creare un Centro terapeutico per adolescenti** (per i casi esposti ai pti 2 e 4)
- **favorire la creazione di foyers terapeutici mancanti** (per i casi esposti al pto 3)
- **modificare gli istituti AI esistenti**, eventualmente inserirli nel CARL (per i casi esposti al pto 1).

Descriviamo ora queste tre strutture.

#### Centro Terapeutico per Adolescenti (CTA)

Il Centro Terapeutico per Adolescenti è analogo ai centri diurni che già esistono per i bambini, ma specializzato nella presa in carico di adolescenti e in grado di offrire anche ospitalità per la notte.



E' dunque una struttura residenziale per giovani tra i 12-14 e 20 anni.

Il CTA deve situarsi in posizione geografica centrale per poter utilizzare le risorse scolastiche e professionali esistenti sul territorio.

Al Centro saranno organizzate attività diurne a carattere terapeutico.

Gli interventi terapeutici sono rivolti all'ospite, ma si estenderanno anche all'ambiente di provenienza: famiglia, scuola, istituto, ecc.

La funzione del Centro, che accoglierà pazienti con crisi acute (psicotici acuti, pre-psicotici o psicotici instabili), è quella di permettere che il paziente possa venire temporaneamente separato dal suo ambiente affinché sia interrotta la spirale di acutizzazione del comportamento problematico sia per l'ospite che per il suo ambiente.

La realizzazione del CTA permetterà di verificare ulteriori future necessità istituzionali regionali, necessità che per ora non sembrano urgenti.

E' diretto da un medico specialista in psichiatria infantile e dell'adolescenza e deve avvalersi di personale specializzato ed in numero sufficiente.

**In attesa della realizzazione del CTA** e in caso di difficoltà nel trovare un'adeguata presa in carico di un adolescente in caso di ospedalizzazione improrogabile, il pedopsichiatra capo del Servizio medico-psicologico del settore di provenienza, previa valutazione della situazione, si assume la responsabilità di trovare la soluzione o il collocamento più adeguato, compresa l'eventuale ospedalizzazione all'ONC.

Egli faciliterà ai genitori e all'équipe dell'ONC l'ammissione del/della giovane paziente in ospedale. Metterà pure a disposizione dei medici e degli infermieri dell'ospedale, la sua équipe medico-psicologica, sia per le cure specialistiche pedopsichiatriche, sia in vista della presa in carico alla dimissione e, se necessario, dell'inserimento scolastico o istituzionale.

#### **Foyer terapeutico (FT) (periodo 1996-1999)**

Si tratta di una struttura che in linea di principio non fa parte dei servizi medico-psicologici, ma dipende normalmente da una Fondazione (del tipo Foyer Pro Juventute). Tali strutture sono riconosciute e finanziate (disavanzo) dallo Stato e ricevono sussidi dalla Confederazione.

Il FT può accogliere adolescenti con disturbi di personalità (caratteriali) e dovrebbe essere situato in prossimità dei centri urbani, poiché i giovani frequentano le scuole esterne e si recano regolarmente sul posto di lavoro nel territorio.

Il responsabile della struttura deve avere un diploma di una scuola superiore in pedagogia curativa o in psicologia. I collaboratori sono educatori.

Il Servizio medico-psicologico può collaborare per la valutazione dei casi all'ammissione, alla dimissione, per la supervisione all'équipe o la presa in carico psicoterapeutica degli ospiti.

La pianificazione sociopsichiatrica prevede questo tipo di foyer nel periodo 1996-1999.

#### **Istituti AI esistenti adeguati alle nuove esigenze**

Per il trattamento degli **utenti psicotici cronici**, la soluzione ottimale prevede l'integrazione degli stessi negli Istituti (internati) attualmente esistenti. Andrà dapprima verificato il numero dei possibili utenti per settore. Il processo di adeguamento di una parte dei posti prevede la consulenza regolare fornita dal SMP sia sul ragazzo che sull'équipe.

É inoltre da prevedere - eventualmente in un secondo tempo - l'introduzione di psico-educatori o di educatori specializzati nel campo dei disturbi adolescenziali, con anche la conseguente modifica delle attività svolte dai ragazzi nei laboratori.

Solamente dopo un'approfondita valutazione dell'offerta privata, lo Stato potrebbe creare, all'interno del Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), un apposito reparto per questo tipo di **casistica, particolarmente grave** (attualmente ca. 7/8 casi).

## **2.6. LA COLLABORAZIONE TRA LE VARIE ISTITUZIONI**

### **La collaborazione tra OSC e Scuola**

L'attività di prevenzione ed educazione rappresenta uno strumento indispensabile per l'individuazione e l'intervento precoce sui possibili disturbi psichici del bambino e dell'adolescente e sul disadattamento familiare e scolastico; questo garantisce al minorenne bisognoso di cure e di trattamenti terapeutici particolari un'assistenza adeguata da parte dei Servizi minorili dell'OSC, nel rispetto dell'ambiente familiare e sociale.

Il ricorso ad una struttura alternativa alla scuola, o alla scuola speciale, o ad altri istituti deve avvenire solamente quando siano accertate le condizioni che rendono indispensabile un trattamento individualizzato, medico-specialistico e psicoterapico.

La pluralità di istituzioni preposte all'educazione, alla rieducazione e all'assistenza terapeutica dei minorenni richiede quindi un impegno di collaborazione e di coordinamento che va garantito da parte di tutti gli attori interessati. Tale interazione avviene, per lo più, nei seguenti modi:

### **consulenza**

Per consulenza si intende la richiesta di informazioni e suggerimenti a settori specialistici non rappresentati dall'istituzione richiedente. Ad esempio da un lato i servizi OSC possono ricorrere ai servizi del DIC per quanto riguarda l'orientamento professionale, l'impostazione di interventi educativi, i programmi didattici e gli inserimenti scolastici, dall'altro i servizi del Dipartimento dell'istruzione e della cultura (DIC) possono formulare richieste ai servizi dei minori dell'OSC relative alla consulenza pedopsichiatrica e di psicologia clinica (per esempio nei casi di inibizione intellettiva, fobia scolastica, ecc.).

### **richieste peritali**

Nella richiesta peritale l'ente o l'autorità che necessita di una perizia in vista di un processo decisionale, spesso con importanti implicazioni giuridiche, formula domande precise su alcuni aspetti; ad esempio le strutture cliniche possono far capo alla scuola per perizie relative al livello scolastico raggiunto e alle possibilità di formazione professionale; d'altro canto alla scuola risultano necessarie perizie medico-psicologiche per decisioni relative a enti assicurativi (in particolare l'AI), al rinvio della scolarità, al passaggio alle scuole speciali, all'esonero dall'obbligatorietà scolastica.

### **coordinamento degli interventi per un singolo minore**

Nel caso in cui un minore sia seguito da più servizi è necessario che i vari operatori, nel rispetto dell'autonomia delle diverse istituzioni, deleghino parte delle loro competenze decisionali ad un collega che assume il ruolo di coordinatore e diventa il punto di riferimento per la famiglia.

### **passaggio dei casi**

Nel caso in cui emerga la necessità di un intervento di psicoterapia individuale o familiare, di interventi brevi, di psicoterapia di sostegno, di terapie medicamentose o di consulenza a livello familiare, spetta ai servizi competenti dell'OSC effettuare gli interventi, qualora la famiglia non intenda richiedere l'intervento di uno psichiatra o di uno psicologo libero professionista.

I servizi clinici possono suggerire alla scuola la necessità di un insegnamento individualizzato, di sostegno o di altre misure pedagogiche. Le varie proposte potranno essere recepite nei limiti delle risorse disponibili.

Qualora si evidenziasse l'opportunità di un intervento clinico sul minore, il Servizio di sostegno pedagogico chiederà alla famiglia, in accordo con il Servizio medico-psicologico dell'OSC, di procedere al passaggio del caso, trasferendo ad una diversa e più appropriata istituzione tutte le responsabilità dell'intervento e del relativo coordinamento.

### **La collaborazione per singoli casi**

Definiamo collaborazione per singoli casi il lavoro attuato da più servizi che seguono per ragioni diverse lo stesso minore.

Una volta chiarito l'aspetto relativo alla responsabilità del caso vanno sempre tenuti presenti gli aspetti istituzionali ed in particolare le competenze decisionali della famiglia, dei vari servizi e della scuola.

Non si tratta in questo caso di una consulenza, in quanto ogni ente è direttamente implicato nell'intervento, ma più precisamente di una specie di negoziazione in cui si mettono in comune risorse e competenze, al fine di ottenere un intervento ottimale. Le modalità di collaborazione tra i diversi enti vertono sui rapporti con l'istituzione, sui contributi peritali, che potrebbero essere oggetto di convenzione.

Occorre quindi rafforzare il coordinamento tra i vari gruppi e commissioni ed in particolare:

- a) il coordinamento interdipartimentale DOS/DIC, con la verifica e l'attuazione delle disposizioni contenute nella Legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza, del 5 gennaio 1963; nella Legge sulla scuola e nei relativi regolamenti d'applicazione riguardanti il servizio ortopedagogico itinerante, il sostegno pedagogico e le scuole speciali nonché nella legge sull'assistenza sociopsichiatrica.

A tale scopo sono attualmente operative le seguenti Commissioni e Gruppi di lavoro che rappresentano spazi di cooperazione privilegiati:

- Consiglio psico-sociale cantonale e Commissione consultiva del CPSC (LASP, art. 10 e 14)
- Commissione consultiva e di vigilanza per la maternità, l'infanzia, la fanciullezza e l'adolescenza (art. 22 LM)
- Commissione per l'integrazione invalidi (Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi, 14.3.1979)
- Commissione cantonale di coordinamento dei servizi di sostegno pedagogico (Legge della scuola, art. 94/94 bis)

- b) il coordinamento inter-istituzionale tra i Servizi medico-psicologici, i Centri psico-educativi dell'OSC e i responsabili del coordinamento dei servizi scolastici, i Capi-équipe, così come i responsabili delle varie istituzioni private attive nel settore minorile.

Commissioni e Gruppi di lavoro attualmente esistenti:

- Collegio direttivo di settore (LASP, art. 9)
  - Coordinamento tra i gruppi del Servizio di sostegno (regolamento d'applicazione della legge della scuola, art. 15, lett. g del 15.5.1985)
  - Associazione ticinese istituti minorili composta dai rappresentanti degli Enti che reggono le varie strutture
  - Conferenza dei Direttori di Istituti minorili;
- c) il coordinamento tra gli operatori delle varie istituzioni interessate ad un medesimo caso;
- d) il passaggio dei casi dal Servizio medico-psicologico o istituzione per minorenni ad un Servizio ambulatoriale, semi-stazionario o stazionario per adulti (LASP, art. 18 - 2), che deve avvenire secondo un piano terapeutico concordato tra i Servizi.

### La collaborazione tra OSC ed EOC

Il pediatra ospedaliero può rivolgersi al SMP per avere una consulenza pedopsichiatrica e/o psicologica per bambini (adolescenti) ospedalizzati.

Il Servizio medico-psicologico può ricorrere al reparto di pediatria per esami medici approfonditi, complementari all'osservazione diagnostica pedopsichiatrica.

## 3. I SERVIZI DEGLI ADULTI E DEGLI ANZIANI OSC

### 3.1. ADULTI

#### 3.1.1. Introduzione

La LASP postula una presa a carico globale della persona, famiglia, ecc., bisognosa di assistenza nei momenti della prevenzione, cura e riabilitazione.

Per quanto concerne la **prevenzione** delle problematiche sociopsichiatriche in generale e delle malattie mentali in particolare, sia la promozione della salute mentale, sia la prevenzione dei comportamenti a rischio, è un compito che non può essere affidato alla sola Organizzazione sociopsichiatrica. Infatti i compiti in questo campo possono essere affrontati sia attraverso le misure di **informazione** per il tramite dei mass-media vari, sia attraverso gli interventi di promozione della salute da organizzare a livello regionale o locale attraverso delle azioni che devono essere concordate e coinvolgere le varie istituzioni esistenti.

Il ruolo dell'Organizzazione sociopsichiatrica in questo campo è comunque molteplice. Occorre accogliere tempestivamente le segnalazioni di una casistica potenziale a rischio, sottoporre le persone - attraverso le misure volontarie o allorquando necessario anche a carattere coatto - ai necessari chiarimenti diagnostico-terapeutici, come pure agli adeguati interventi terapeutico-riabilitativi.

Sarebbe del tutto utopico pensare che gli **atteggiamenti etero-aggressivi** e distruttivi in seno alla popolazione ticinese possano scomparire attraverso una psichiatrizzazione del fenomeno. Ciò non di meno interventi sociopsichiatrici adeguati hanno permesso di diminuire notevolmente le problematiche etero ed auto-aggressive in seno all'utenza dell'OSC.

Per quanto concerne queste problematiche si precisa che le stesse sono notevolmente diminuite con il risanamento logistico dell'ONC, con l'apertura dei reparti e con un intervento terapeutico più vicino ai bisogni dell'utente e meno preoccupato degli aspetti meramente custodialistici.

Anche gli atteggiamenti precedentemente assai frequenti di aggressività verso il personale o di fuga dall'istituto sono notevolmente diminuiti.

Per quanto concerne i fenomeni auto-aggressivi e in particolare la **suicidalità**, l'istituto ONC presenta delle percentuali chiaramente inferiori a quelle nazionali: nel 1991 i casi di decesso a causa di suicidio sono stati 3 e precisamente 2 per il settore di Lugano e 1 per il settore del Sopraceneri.

La cura della persona bisognosa di assistenza fa riferimento ai **criteri di adeguatezza** dell'intervento e alla necessità di una risposta differenziata e personalizzata. In conformità alla legge federale, fa inoltre riferimento al **criterio di proporzionalità** della restrizione della libertà personale, ribadendo quindi il diritto del cittadino di fruire di assistenza secondo i principi sopraesposti.

Infine, la **riabilitazione** fa riferimento al diritto della persona malata o invalida a poter reintegrarsi in famiglia, sul lavoro, nella comunità: è evidente, in tale ambito, la complementarità con la legislazione esistente, in particolare con la LISPI.

Specifichiamo, ai pti. 3.1.3. e 3.2.3., le istanze responsabili dell'assistenza sociopsichiatrica alle persone adulte e anziane nel nostro Cantone.

### 3.1.2. Leggi e ordinamenti

- la **legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)** del 26 gennaio 1983 entrata in vigore il 1. gennaio 1985 analogamente al suo Regolamento d'applicazione del 19 dicembre 1984;
- la **legge sugli ospedali pubblici** del 20.12.1982 all'art. 10 che specifica come la pianificazione ospedaliera «è coordinata con la pianificazione in materia sociopsichiatrica e con la pianificazione cantonale». Più avanti (art. 11) si ribadisce la disponibilità di eventuali altri servizi e consulenze previsti dalla pianificazione ospedaliera cantonale. In particolare nei singoli ospedali può essere decisa dall'Ente la creazione di reparti psichiatrici;
- il **documento di pianificazione 1989-1992 dell'EOC** (dicembre 1988), nel quale si determinano i principi di coordinamento con la pianificazione sociopsichiatrica (pt. 8.3, pag. 60);

- la **legge sulla promozione della salute** del 16.9.1986 e il coordinamento sanitario ed in particolare l'art. 49 «lo Stato promuove la lotta contro le malattie sociali o di larga diffusione» per quanto attiene ai problemi legati alla psiche (art. 48 cpv. b);
- la **legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi** del 14 marzo 1979 (LISPI);
- la **modifica del 7 novembre 1988 della legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi** (LISPI);
- le **linee direttive e il piano finanziario 1992-1995**;
- la **legge 19.6.1978 d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti** del 3.10.1951.
- la **legge cantonale assicurazione malattia** che, all'art. 12, prevede la cessazione delle prestazioni della Cassa malati per quei pazienti che non necessitano più di una cura ospedaliera per malattia acuta;
- la **legge federale sull'AI**, artt. 73-74, e la disposizione transitoria del 1° luglio 1987;
- la **legge sull'esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza per adulti** del 2 luglio 1974 (art. 14 cpv. c);
- il **Codice penale svizzero**, art. 397, cpv. 1 lett. g), riguardante l'esecuzione delle pene e misure nei confronti di ammalati, persone gracili e anziane.

### 3.1.3. Istituzioni esistenti

#### 3.1.3.1. Istituzioni sociopsichiatriche pubbliche

Per la cura e la riabilitazione degli utenti adulti, l'OSC dispone:

- di quattro Servizi psico-sociali (uno per ogni regione)
- dell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale.

I Servizi psico-sociali dell'OSC, sono servizi ambulatoriali per consultazioni e per terapie, per la consulenza alle istituzioni e per l'attività peritale.

La casistica presa a carico dal SPS si differenzia essenzialmente da quella che si riscontra in una pratica privata per il tipo di presa a carico, che è di tipo multidisciplinare.

Negli ultimi anni, attraverso la dimissione e il reinserimento sociale di degenti cronici dell'ONC, la quota di casi cronici trattata dal SPS, si è accresciuta. Ciò ha reso indispensabile l'inserimento nell'équipe psicosociale dell'infermiere psichiatrico.

#### SPS: utenti avuti in cura per servizio - 1985/1992

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
MENDRISIOTTO	-	200	352	613	577	739	513	580
LUGANESE	752	670	614	610	664*	764**	877°	916*
LOCARNO E VALLI	537	446	408	502	556	565	626	630
BELLINZONA E VALLI	529	541	541	554	594	571	649	714
TOTALE	1'818	1'857	1'915	2'279	2'391	2'639	2'665	2'840

- \* 108 utenti al PCT: 664 + 108 = 772
- \*\* 134 utenti al PCT: 764 + 134 = 898
- ° 149 utenti al PCT: 877 + 149 = 1'026
- 111 utenti al PCT: 916 + 111 = 1'027

#### SPS: utenti avuti in cura ogni 1000 abitanti della popolazione totale della regione di residenza (‰) - 1985/1990

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
MENDRISIOTTO	-	4.2‰	7.4‰	12.8‰	12.0‰	15.3‰
LUGANESE	7.0‰	6.2‰	5.6‰	5.5‰	6.0‰*	6.7‰**
LOCARNO E VALLI	9.5‰	7.8‰	7.1‰	8.7‰	9.6‰	9.6‰
BELLINZONA E VALLI	8.2‰	8.4‰	8.3‰	8.5‰	9.0‰	8.6‰
MEDIA	6.6‰	6.7‰	6.9‰	8.1‰	8.4‰	9.2‰

- \* considerando 664 utenti, con i 108 utenti al PCT, il rapporto è 6.9‰
- \*\* considerando 764 utenti, con i 134 utenti al PCT, il rapporto è 7.9‰

#### SPS: consultazioni o consulenze per altri enti - 1990/1992 (in ore / anno)

ALTRI ENTI	MENDRISIO			LUGANO			LOCARNO			BELLINZONA			TOTALE		
	1990	1991	1992	1990	1991	1992	1990	1991	1992	1990	1991	1992	1990	1991	1992
PCT / PRETORIALI	25	26	14	2180	2'180	2'180	24	29	15	8	-	-	2'237	2'235	2'209
OSPEDALI	159	112.5	107	573	635	708	282	400	442	148	221	223	1'162	1'368.5	1'480
CASE ANZIANI	145	225	167	81	70	65	300	348	304	61	102	142	587	745	678
ISTITUTI AI ADULTI / FOYERS	22	15	26	118	190	155	39	26	45	5	55	66	184	286	292
ISTIT. AI MINORENNI	6	-	-	-	-	-	-	2	-	-	10	-	6	12	-
ANTENNE, CENTRI TOSSICODIP. STCA	8	11	-	56	90	60	8	17	20	-	29	15	72	147	95
DELEGAZ. TUTORIE	6	-	3	137	156	105	93	107	74	171	300	402	407	563	584
LABORATORI PROT.	12	6	7	209	165	95	64	54	92	22	37	30	307	262	224
APPARTAMENTI PR.	477	759.5	328	357	360	320	279	342	330	280	726	428	1'393	2'187.5	1'406
DIC	-	-	25	20	158	135	-	-	185	-	8	-	20	166	345
ONC	109	33	92	500	500	380	434	577	581	108	382	615	1'151	1'492	1'668
CENTRO DIURNO	260	185.5	1'317	1'190	1'846	2'225	658	829	1'122	502	896	2'218	2'610	3'756.5	6'882
ALTRI	27	15.5	8	263	185	205	254	460	196	348	997	1'075	892	1'657.5	1'484
TOTALE	1'256	1'389	2'094	5'684	6'535	6'633	2'435	3'191	3'406	1'653	3'763	5'214	11'028	14'878	17'347

L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) è in grado di trattare ogni caso psichiatrico di pertinenza ospedaliera bisognoso di terapie intense e qualificate, interventi clinici e farmacoterapici, ergosocioterapia e psicoterapia istituzionale con attività riabilitative e psicoterapiche. I suoi reparti sono di psichiatria, di psicogeriatrics, di riabilitazione e di lungo degenza. Si prevede la creazione di strutture stazionarie AI per casi cronici stabilizzati e per debili. Questo programma è presentato al pto 3.4.3.

L'ONC è storicamente la struttura portante della psichiatria ticinese. Oggi, conformemente all'evoluzione delle cure psichiatriche, essa permane l'unica struttura pubblica stazionaria e la sua funzione è un anello importante della catena terapeutica.

L'ONC è suddiviso in Settori corrispondenti alla suddivisione del territorio cantonale (Mendrisiotto, Luganese, Sopraceneri). L'Ospedale dispone di strutture terapeutiche settoriali e intersettoriali ed in esso troviamo ancora oggi la presenza più consistente delle risorse dell'OSC.

Considerati la pertinenza dell'intervento ospedaliero e il carico assistenziale, i pazienti adulti di ogni età possono essere indirizzati nei seguenti reparti:

- i **reparti di psichiatria acuta** che accolgono a breve degenza, una casistica con disturbi psichiatrici o psicosomatici di pertinenza ospedaliera includendo gli interventi per i pazienti anziani che presentano identici disturbi e che sul piano comportamentale non alterano la natura dei reparti;
- i **reparti di riabilitazione**, che accolgono i pazienti con importanti disturbi comportamentali connessi alle difficoltà di dimissione e di reintegrazione sociale. Anche questi reparti possono accogliere la casistica con oltre 65 anni di vita;
- i **reparti di psicogeriatrica**, che accolgono i pazienti di pertinenza psichiatrica ospedaliera con disturbi psicorganici e deterioramento globale psichico, corporeo e spesso anche sensoriale.  
Le cure sono di regola prolungate a 6 e più mesi. Questi reparti possono accogliere anche la casistica non ancora in età AVS, se di loro pertinenza;
- i **reparti per pazienti cronici-lungo-degenti**, che sono attualmente in piena fase di ridimensionamento. Nel passato essi accoglievano la maggioranza degli utenti e svolgevano i compiti custodialistico-assistenziali verso una casistica di cronici non facilmente dimissibile. Essi sono stati in parte già trasformati nei reparti di riabilitazione, mentre si procede a una trasformazione e demedicalizzazione del resto (v. pg. 75).

#### ONC: numero casi avuti in cura - 1983/1992

ONC (valori globali)	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Casi avuti in cura	1'435	1'387	1'431	1'309	1'237	1'300	1'268	1'245
Giorni degenza	164'069	149'916	148'941	138'511	133'421	126'667	117'876	106'738
Posti letto	502	474	457	420	412	399	382	333
Tasso d'occupazione	89.54	86.65	89.29	90.11	88.72	86.97	84.54	87.58
Degenza media	114	108	104	106	108	97	93	86
Utenti: media presenza giornaliera	450	411	408	378	366	347	323	292

Conformemente alle esigenze della LASP e della psichiatria moderna il numero degli utenti seguiti è andato via via diminuendo nel corso degli ultimi anni passando da 1549 unità del 1983 a 1268 unità del 1991. Anche le giornate di degenza, che erano 195'666 nel 1983, sono diminuite a 117'876, determinando così una riduzione di 233 letti e l'eliminazione di alcune grandi camerate di 8-10 letti e più. In tal senso è stato spostato il baricentro dell'intervento psichiatrico dall'ospedale verso l'esterno. Ciò è stato possibile grazie all'azione congiunta della psichiatria pubblica e di quella privata.

#### ONC: casi avuti in cura ogni 1000 abitanti della popolazione totale della regione di residenza (‰) - 1985/1990

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
MENDRISIOTTO	6.2‰	5.3‰	5.5‰	4.9‰	4.5‰	5.1‰
LUGANESE	4.9‰	5.1‰	5.2‰	4.7‰	4.4‰	4.2‰
LOCARNO E VALLI	4.0‰	4.1‰	4.2‰	3.6‰	3.5‰	3.8‰
BELLINZONA E VALLI	4.1‰	3.9‰	4.0‰	4.1‰	3.9‰	4.4‰

### 3.1.3.2. Il settore privato di interesse sociopsichiatrico

Le istituzioni private qui presentate sono solamente quelle a cui fa capo una **casistica primariamente psichiatrica**.

**La Clinica di Viarnetto, di Pregassona**, è una struttura per malati acuti, ed è in grado di trattare qualsiasi tipo di patologia psichiatrica (casistica polivalente e sovrapponibile a quella di ogni altro Istituto specialistico elvetico) disponendo sia di un reparto aperto sia di una unità di elevata sorveglianza.

Nella clinica esistono anche un ambulatorio funzionante nelle ore pomeridiane, per il controllo e la gestione dei casi non stazionari, e un servizio di elettroencefalografia.

**La Clinica diurna, di Agno**, accoglie durante le ore diurne utenti che presentano turbamenti psichici, garantendo un'assistenza sociopsichiatrica ambulatoriale e semi-stazionaria.

**La Fondazione Sirio** (Fondazione pro malati di Casvegno fino al giugno 1992) è un'istituzione di diritto privato oggi impegnata principalmente nella reintegrazione degli utenti dimessi dall'ONC e privi di un riferimento familiare o istituzionale intermedio, alternativo all'Ospedale. Svolge anche un ruolo complementare all'OSC nel senso della reintegrazione socio-lavorativa di pazienti ad alto rischio di cronicizzazione.

La Fondazione Sirio è quindi un indispensabile «collegamento» tra la struttura psichiatrica pubblica e le strutture o i terapeuti privati; copre quegli spazi che tradizionalmente vengono lasciati vuoti sia dagli operatori privati che dai servizi pubblici. Risulta infatti estremamente difficile istituzionalizzare le iniziative a carattere sperimentale che devono avere flessibilità e possibilità di trasformazione.

La FS tramite il suo Segretariato gestisce amministrativamente, finanziariamente e logisticamente l'attività dei Centri diurni, terapeutici e ricreativi, dei laboratori occupazionali e degli appartamenti protetti necessari agli operatori OSC per svolgere correttamente la loro attività.

La FS mette a disposizione dell'OSC 13 appartamenti protetti (5 a Mendrisio, 5 a Lugano, 2 a Bellinzona, 1 a Locarno) che possono ospitare circa 40-50 utenti dimessi dall'ONC e ha reso possibile la ristrutturazione e l'apertura dei Centri diurni regionali di Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona. Per l'esercizio di tutte queste strutture non percepisce sussidi cantonali.

Inoltre ha reso possibile la riorganizzazione di tre laboratori protetti presso l'ONC (Bar, parco giochi, biblioteca), uno presso il demanio cantonale di Gudo (la Cooperativa agricola "Al Frutteto") nonché l'apertura di una struttura (il Centro al Dragonato a Bellinzona) per la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei giovani schizofrenici. Questi due ultimi Centri (Cooperativa e Dragonato) sono stati riconosciuti dal Cantone ai sensi della Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi e percepiscono un sussidio cantonale.

Schematicamente l'attività della FS si sviluppa quindi attraverso le strutture riportate nella tabella seguente:

#### Strutture della Fondazione Sirio al 1.7.1992

STRUTTURA FS	MENDRISIOTTO	LUGANESE	LOCARNO E VALLI	BELLINZONA E VALLI
Appartamenti protetti	5	5	1	2
Laboratori protetti	3	-	-	1*
Centro diurno	1	1	1	1
Centro terapeutico	-	-	-	1*
Segretariato cantonale	1	-	-	-

\* sussidiati dallo Stato

**Il Club 74** - creato nel 1974 sull'esempio di esperienze francesi - è l'organo esecutivo dell'Assemblea degli utenti dell'ONC, intesa come istanza socioterapeutica di incontro e di discussione durante la permanenza in ospedale.

Il Club svolge diverse attività che consistono nel coordinare le attività socioterapiche, redigere il giornale "Insieme", organizzare l'accoglienza dei nuovi ospiti, gestire un proprio fondo, coordinare le attività che mensilmente ogni UTR organizza.

Questo lavoro spetta agli utenti stessi in collaborazione con i terapeuti del Servizio di socioterapia e con particolare attenzione alle esigenze ricreative e culturali proposte da vari gruppi di animazione e dalle équipes terapeutiche.

**Il Club Andromeda** (parte integrante del Centro diurno per adulti e per anziani) è un'associazione privata ai sensi dell'art. 60 e segg. del CCS, che si propone di favorire «un completo reinserimento sociale» degli utenti sociopsichiatrici.

Il Club assume fin dalla sua origine una composizione eterogenea, accomunando sia ex-pazienti dell'ONC o del SPS, sia persone con esperienze negative (droga, carcere, difficoltà di inserimento in un ambiente estraneo) e ancora persone che, pur non avendo mai avuto bisogno di assistenza psichiatrica, sono disposte a partecipare all'attività del Club.

A queste persone inoltre si affiancano alcuni operatori che si preoccupano di garantire una presenza e un sostegno qualificato, soprattutto nelle ore serali.

Gli attuali Club Andromeda di Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona, integrati nei Centri diurni dei rispettivi Settori, sono in numero sufficiente per rispondere alle esigenze dell'attività sociopsichiatrica nel territorio.

E' comunque necessario garantire loro un sussidio che permetta l'organizzazione delle attività facendo riferimento ai fondi a disposizione per lo sviluppo di iniziative atte a favorire il reinserimento delle persone alcoliste (Fondo alcol o Lotteria intercantonale).

Il carattere di volontariato e di autonomia rimane tuttavia una condizione necessaria per il buon funzionamento dei Club. Si ritiene pertanto opportuno garantire a queste strutture intermedie l'assistenza sociopsichiatrica necessaria tramite l'équipe del SPS, demandando qualsiasi problema organizzativo, logistico-amministrativo e di finanziamento ai singoli comitati eletti fra i membri dei Club.

**Gli operatori privati**, svolgono generalmente il loro lavoro in una pratica privata.

Considerando l'effettivo riportato nell'Albo professionale del 1991, risulta che il Luganese è di gran lunga la regione con un numero di medici e di psicologi/psicoterapeuti più importante.

La necessità di collaborazione fra il settore pubblico e le persone fisiche e giuridiche di diritto privato operanti nel campo dell'assistenza sociopsichiatrica, è sancita dall'art. 4 della LASP.

La collaborazione con i medici ed in genere con tutti gli enti ed istituzioni private, avviene in un rapporto di complementarietà e non di concorrenzialità. Va affermato il principio per cui i servizi statali non dovrebbero sostituirsi all'azione di enti privati o para-statali, bensì sostenerli tramite interventi specialistici, nell'assolvere in modo più efficace e funzionale i loro compiti.

**Il collegio direttivo del settore**, che secondo la LASP riunisce tutti i responsabili delle UTR pubbliche e di quelle private, è la sede istituzionale in cui devono essere affrontati i problemi di collaborazione e di coordinamento tra la psichiatria pubblica e quella privata.

### 3.1.3.3. Altre istituzioni

L'OSC collabora regolarmente con l'Ente ospedaliero.

In tutte le strutture esistono attualmente le seguenti prestazioni a carattere sociopsichiatrico, seppure con diversa intensità da ospedale a ospedale:

- a) la consulenza psichiatrica per le necessità dei pazienti ricoverati;
- b) le urgenze psichiatriche;
- c) le cure psichiatriche (in accordo con i primari di medicina) che fossero necessarie per pazienti di una casistica a carattere somatico o psico-somatico di pertinenza ospedaliera o con esigenze di terapia psichiatrica vera e propria;
- d) le cure di pazienti malati mentali che abbisognano di un ricovero somatico.

**Gli Istituti privati riconosciuti in base alla Legge sull'Integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI)** si prefiggono scopi di riabilitazione e reintegrazione sociale e professionale.

Gli istituti prendono variamente a carico, a seconda delle rispettive caratteristiche, una casistica di invalidi fisici e psichici e possono usufruire di una consulenza psichiatrica esterna sia privata che pubblica.

**Le strutture terapeutiche per tossicomani** sono composte dalle Antenne, dall'ospedale generale (disintossicazione fisica), dal Centro terapeutico (disintossicazione psichica), e infine dalle strutture per la post-cura e il reinserimento sociale e lavorativo. A questi si accompagnano misure socio-pedagogiche e preventive, e altre attività di sensibilizzazione, di documentazione, ecc.

La presente pianificazione, come già menzionato a pg. 7, si limita ai compiti in campo della tossicomania affidati unicamente all'OSC. Pertanto gli interventi per tossicomani non fanno parte di questa pianificazione.

L'intervento dell'OSC, sia a livello ambulatoriale, sia a livello delle strutture stazionarie, è riservato dunque a quella categoria di tossicomani che presenta le problematiche psichiatriche di carattere primario con una tossicomania secondaria quale complicazione delle problematiche psichiatriche, e verso chi, nella fase di consumo o nella fase di disintossicazione, presenta delle problematiche comportamentali talmente scompensate in senso di alterazioni psichiche, da imporre un intervento specialistico.

La pianificazione dunque non vuole psichiatrizzare ogni e qualsiasi intervento verso la tossicomania anche se non si può negare che le singole tossicomanie presentano anche aspetti psicologici e sociali.



Per illustrare meglio l'attuale intervento dell'Organizzazione Sociopsichiatrica in campo della tossicomania riportiamo due statistiche.

La prima riguarda l'intervento nelle strutture a carattere ambulatoriale ossia nei Servizi medico-psicologici e psico-sociali.

#### Numero di utenti tossicodipendenti seguiti ambulatorialmente, 1991

SETTORE	SPS	SMP
Mendrisiotto	14	1
Luganese	107	20
Locarnese	26	2
Bellinzonese e Valli	21	2

Una seconda invece riguarda il solo periodo di disintossicazioni fisiche 1991 e 1992 presso l'ONC.

Va precisato che l'indicazione alla degenza per le persone qui considerate era di tipo psichiatrico (disturbo mentale) e che di conseguenza, per alcune di esse, il loro soggiorno si è prolungato oltre i giorni di disintossicazione.

#### Numero di disintossicazioni fisiche presso l'ONC, 1991-1992

SETTORE	Mendrisiotto		Luganese		Sopraceneri		TOTALE	
	1991	1992	1991	1992	1991	1992	1991	1992
N° disintossicazioni fisiche effettuate	6	12	3	3	7	7	16	22
Tipo di sostanze:								
• eroina	5	12	3	2	6	4	14	18
• haschic	1	-	-	-	-	-	1	-
• politossicomanie	-	-	-	-	1	-	1	-
• cocaina	-	-	-	1	-	3	-	4
N° di disintossicazioni:								
• portate a termine	2	8	3	3	7	7	12	18
• non portate a termine	4	4	-	-	-	-	4	4
Durata complessiva in giorni di disintossicazione:								
• portate a termine	26	178	49	43	70	56	145	277
• non portate a termine	92	22	-	-	-	-	92	22

Il Servizio ticinese di cura dell'Alcolismo (STCA), si occupa di una parte della popolazione più gravemente alterata dall'abuso di alcol.

Alla medicina privata e agli ospedali pubblici e privati per contro, è demandato il trattamento delle situazioni di scompenso alcolico. Questo trattamento riguarda sia i problemi dello scompenso corporeo, sia i plurimi aspetti dello scompenso psico-sociale e familiare. L'OSC, ed in particolare l'ONC, assume i casi di scompenso psichico acuto dovuto all'abuso di alcol.

L'OSC collabora con il STCA, e la medicina e psichiatria privata, in questa presa a carico.

Il Servizio sociale cantonale è istituito in base all'art. 20 della legge sulla protezione della maternità ed infanzia. Trattandosi di un servizio sociale di base, si occupa di tutte le fasce d'età promuovendo azioni di protezione a favore della famiglia.

La Pro Infirmis è un'opera assistenziale privata, sorta per aiutare le persone handicappate ed i loro congiunti a superare le difficoltà che devono affrontare. Essa si occupa di fanciulli, di adolescenti e di adulti, sino all'età AVS. Nel Ticino la sede centrale della Pro Infirmis si trova a Bellinzona. Gli interventi regionali sono suddivisi in tre zone principali: Bellinzona e Valli, Locarno e Valli e Lugano con il Mendrisiotto.

Il Servizio sociale della Pro Infirmis si occupa di persone con difficoltà innate o acquisite in campo sensoriale, corporeo o mentale.

Gli altri ospedali e cliniche private che non fanno parte dell'EOC, usufruiscono di consulenze psichiatriche e possono trattare casi di disturbi psico-somatici o di psicopatologia lieve mentre un numero molto ristretto di essi, come già specificato, è di interesse sociopsichiatrico maggiore in grado di assumere casi gravi e medi gravi.

## 3.2. ANZIANI

### 3.2.1. Introduzione

La pianificazione sociopsichiatrica non prevede una separazione della psichiatria e psicoterapia per adulti e anziani. Per il periodo 1993-95 non si prevede dunque la creazione di nessun servizio di psicogeriatrica dell'OSC.

Essendo gli interventi dell'OSC sussidiari a quelli specifici per gli anziani e della medicina privata, per il periodo 1993-95 si collaborerà con i servizi e centri diurni di geriatria

presso gli ospedali, le case per anziani e altre associazioni private del cantone.

L'assistenza sociopsichiatrica alle persone anziane, e quella psico-geriatrica in particolare, possono essere viste solamente come parti integrate all'assistenza sanitaria e sociale alle persone anziane. In questo campo una problematica psichiatrica specifica non può essere né così bene individuata né così facilmente separata dalle altre problematiche sanitarie e sociali. Per questa ragione, soprattutto nel campo ambulatoriale, l'onere principale dell'assistenza sanitaria agli anziani è assicurato dai medici di famiglia.

Non è certamente nelle intenzioni del programmatore "psichiatrizzare" impropriamente tutta l'assistenza sociale e sanitaria alle persone anziane; la collaborazione dell'OSC nella prevenzione e nell'intervento terapeutico riabilitativo è garantita là dove si può e si devono rallentare gli sviluppi delle casistiche gravemente demenziali.

**Sono considerati psico-geriatrici sia i pazienti con una indicazione psichiatrica insorta in età pre-senile sia i pazienti geriatrici veri e propri con una indicazione psichiatrica insorta per la prima volta nella terza età.**

Specifichiamo, di seguito, le basi legali che disciplinano la materia e le istanze direttamente o indirettamente responsabili dell'assistenza alla terza età nel nostro Cantone.

### 3.2.2. Leggi e ordinamenti

(in aggiunta alle indicazioni riportate al pto 3.1.2.)

- **La legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane** (del 25.6.73) che prevede lo sviluppo di **attività sociali** a favore delle persone anziane e, oltre alla costruzione, l'acquisto, il finanziamento di case di riposo o appartamenti, prevede «l'istituzione e la gestione di servizi ambulatoriali e domiciliari di assistenza specialistica, di aiuto infermieristico, terapeutico, domestico e ricreativo» (art. 2).

### 3.2.3. Istituzioni esistenti

#### 3.2.3.1. Istituzioni sociopsichiatriche pubbliche

Per la cura e la riabilitazione degli utenti psico-geriatrici, l'OSC dispone:

- dei quattro Servizi psico-sociali
- dei reparti di psicogeriatrica dell'ONC.

I **Servizi psico-sociali (SPS)** sono competenti per individuare i casi da gestire ambulatoriamente (in collaborazione con i medici di famiglia, i reparti di geriatria dell'EOC, i servizi di aiuto domiciliare, le case per anziani ed altri) e per decidere il loro ricovero all'ONC. Per il momento il SPS interviene solamente su segnalazioni che riguardano casi di una certa gravità o quelli gravissimi.

I **reparti di psico-geriatria dell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale** accolgono pazienti affetti da gravi disturbi comportamentali irriducibili in ambito non ospedaliero. Deve trattarsi di una sintomatologia grave, non trattabile altrove con adeguata assistenza e consulenza medico-infermieristica. All'istituzione che invia l'utente (medici di famiglia, case per anziani, ospedali), in presenza di miglioramento sintomatologico, è richiesta la riassunzione del caso dimissibile.

Considerando la gravità della dipendenza e il carico assistenziale, i pazienti con 65 e più anni possono essere indirizzati in 4 tipi di reparti:

- **i reparti di psichiatria acuta** che accolgono a breve degenza i pazienti anziani con disturbi psichiatrici o psicosomatici assieme agli altri adulti;
- **i reparti di riabilitazione** che accolgono anche i pazienti anziani ammessi a causa di importanti disturbi comportamentali connessi con disturbi psichiatrici organici e deterioramento corporeo, se suscettibili di miglioramento;
- **i reparti di psicogeriatrica** di cure prolungate che accolgono pazienti di pertinenza ospedaliera con disturbi psico-organici e deterioramento globale psichico sensoriale e corporeo più o meno stazionari.
- **i reparti per i lungodegenti** che sono tuttora il luogo di vita di molti anziani. Essi sono del tutto inadeguati allo scopo e devono essere sottoposti a una radicale trasformazione e demedicalizzati.

#### 3.2.3.2. Altre istituzioni

I **Servizi di geriatria dell'EOC** sono unità di cura, inseriti in un Ospedale acuto, nel quadro organizzativo generale del reparto di medicina interna.

**La Casa per anziani** (ai sensi della legge anziani), è un Istituto a carattere sociale che accoglie, nel limite delle possibilità logistiche, persone anziane bisognose di assistenza provenienti di regola dal Comune o dai Comuni proprietari o convenzionati o domiciliate nella regione.

La maggior parte delle "case per anziani" è stata trasformata in **casa per anziani medicalizzata**. Questa struttura risponde in maniera più adeguata ai bisogni di carattere sanitario di persone non più autosufficienti ed evita all'anziano bisognoso di cure il trasferimento in un ospedale acuto.

**Il Servizio aiuto domiciliare**, conformemente all'art. 3 Legge «anziani» si prefigge di promuovere e di sostenere la qualità di vita dell'anziano o dell'invalide al proprio domicilio. Vi opera personale con formazione di infermiere in salute pubblica, con formazione di aiuto familiare e personale ausiliario.

**Gli appartamenti protetti** mettono a disposizione appartamenti ad affitto moderato, per coppie o persone singole integrati da locali comunitari (mensa, spazio per attività terapeutico-ricreative, infermeria, ecc.) con una limitata presenza di personale sanitario, dei servizi o generico.

Le strutture per le persone anziane sono completate da Centri diurni ricreativi terapeutici. Un'attività molto importante viene infine svolta da associazioni specifiche quali l'Associazione Terza Età (ATTE), l'Associazione anziani, pensionati, invalidi OCST e la Pro Senectute.

### 3.3. I PRINCIPI PIANIFICATORI

**Nel campo della psichiatria:**

- come per i servizi dei minori, l'assistenza sociopsichiatrica degli adulti è regionalizzata ed è organizzata in **3 settori** che interessano le 4 regioni del Cantone: Mendrisiotto, Luganese, e Sopraceneri (Locarno e Valli e Bellinzona e Valli);
- agli utenti sociopsichiatrici è garantita **la continuità delle cure** atte a evitare l'assuefazione alla vita stazionaria dell'Istituto. Per questo motivo sono organizzate regionalmente le UTR necessarie a garantire la progressiva reintegrazione sociale e professionale dell'utente e ad evitarne l'istituzionalizzazione;
- l'ONC è il luogo specializzato di cure intense e stazionarie per gli utenti considerati acuti di tutto il Cantone. **Per gli utenti considerati cronici devono essere previste strutture protette non medicalizzate;**
- la **collaborazione tra OSC e EOC** verte su due aspetti principali: la consulenza psichiatrica agli utenti dei vari ospedali (riservata la possibilità di riferirsi a specialisti

privati) e la cura di urgenze a carattere misto, somatico e psichiatrico, gestibili in attesa di chiarimento e di successiva definizione della struttura di cura più idonea;

- l'attività sociopsichiatrica dei servizi pubblici (OSC) **deve integrarsi con il lavoro svolto dalle istituzioni pubbliche e private** dei relativi settori e in particolare dalle UTR che verranno riconosciute e sussidiate dallo Stato;
- **i servizi terapeutico-riabilitativi privati possono essere riconosciuti** quali UTR ai sensi della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica **nella misura in cui servono a garantire la continuità delle cure** ed evitano ai servizi pubblici uno sviluppo unilaterale delle prestazioni sociopsichiatriche;
- l'assistenza sociopsichiatrica ai **detenuti del PCT** è garantita dal personale medico-terapeutico dell'OSC, **presso l'Istituto di pena**. In particolare l'OSC assicura le consultazioni ambulatoriali e la gestione socioterapica dei letti psichiatrici che verranno organizzati dal PCT all'interno del suo perimetro di sicurezza; l'équipe OSC, in accordo con le autorità competenti, decide l'ospedalizzazione presso l'ONC di quegli utenti del PCT che non possono essere assistiti altrimenti, senza per questo rafforzare le misure di sicurezza in vigore presso l'ospedale;
- l'OSC assicura ai servizi appositi la collaborazione nella presa a carico degli **alcolisti e dei tossicomani con evidenti turbamenti psichici** sia presso l'ONC, sia a livello ambulatoriale;
- la scelta delle priorità sociopsichiatriche deve essere data agli aspetti preventivi e riabilitativi degli interventi;

**Nel campo della psicogeriatría:**

- la pianificazione sociopsichiatrica prevede che l'**offerta terapeutica** al paziente psicogeriatrico dev'essere decentralizzata.  
**Nelle 4 regioni del Cantone sono assicurate prestazioni psicogeriatriche ambulatoriali e semi-stazionarie;**
- attualmente le strutture stazionarie nei reparti di psicogeriatría dell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale, accolgono l'utenza proveniente da tutto il Cantone. Inoltre vanno distinti due tipi di utenza psicogeriatrica. In primo luogo, utenti in età AVS, che necessitano di cure medico-infermieristiche più o meno intensive. In secondo luogo, utenti in età AVS, lungodegenti, e considerati cronici dal punto di vista medico-assicurativo. **Nell'ambito pianificatorio è necessario precisare le aree d'intervento per pazienti acuti e cronici;**
- il **ricovero in ospedale psichiatrico** dell'anziano dev'essere, se possibile, **evitato** in conformità ai principi della LASP; è indicato solamente per quei pazienti affetti da gravi disturbi psichici irriducibili in ambito **non ospedaliero;**

- la **pianificazione** è sussidiaria e deve integrarsi nella **pianificazione dei servizi per anziani**;
- l'**attività psicogeriatrica ambulatoriale dell'OSC** è **complementare** alle prestazioni dei Servizi per anziani che fanno riferimento al DOS e all'EOC.

In questo ambito, l'équipe SPS deve garantire l'intervento sociopsichiatrico, la consulenza e la collaborazione con le persone fisiche e giuridiche di diritto privato che operano in questo specifico settore di cura (in particolare con gli istituti per anziani medicalizzati e con i servizi di aiuto domiciliare), assicurando nel contempo il **collocamento dell'utente bisognoso di cure particolari nell'UTR maggiormente corrispondente alle sue esigenze** e, nel limite del possibile, mantenendolo nel suo ambiente sociale e familiare.

Il medico del SPS, unitamente al resto dell'équipe interverrà:

- in situazioni di **urgenza psichiatrica** dell'anziano istituzionalizzato o a domicilio, per valutare l'indicazione di una ospedalizzazione o le possibilità di un intervento di sostegno nell'ambiente di vita;
- prestando **consultazioni a scopo diagnostico** negli ambulatori dei SPS, negli ospedali, negli istituti per anziani e a domicilio;
- per la **presa a carico psicoterapeutica** a medio e lungo termine del paziente anziano, su esplicita domanda del medico curante.

Queste modalità d'intervento sono complementari alla medicina privata.

### 3.4. FABBISOGNO 1993-1995

#### 3.4.1. Strutture ambulatoriali: i Servizi psico-sociali

Le **strutture ambulatoriali** sono decentrate nelle 4 regioni geografiche del Cantone e sono ubicate a Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona.

Occorre prevedere l'organizzazione di una **sede periferiche nelle tre valli (Biasca)**, aperta a tempo parziale, pur mantenendo invariato il numero di operatori del SPS di Bellinzona, che ne garantisce l'attività.

Si offre inoltre un servizio di **consulenza ad ospedali generali, istituzioni e associazioni private o parastatali** che si occupano di malati psichici, partecipando all'attività di prevenzione.

#### 3.4.2. Strutture semi-stazionarie

Le strutture semi-stazionarie si inseriscono nella rete terapeutica del territorio con lo scopo di rispondere alle problematiche e ai bisogni espressi dall'utente, dalla sua famiglia e dai suoi terapeuti. In tal modo si tutelano meglio sia i bisogni che i diritti della persona malata e si evitano nel contempo i collocamenti in strutture stazionarie, eccessivamente limitative delle libertà personali e destinate principalmente a pazienti isolati, sprovvisti di mezzi e per i quali sono fallite le misure di assistenza e di terapia a domicilio.

Attraverso la messa a punto delle strutture semi-stazionarie si realizza una delle principali finalità della LASP: la tutela dei diritti dell'utenza che necessita di strutture alternative ai collocamenti coattivi o volontari nelle strutture a carattere stazionario.

Sono considerate strutture semi-stazionarie sociopsichiatriche:

- i centri diurni
- le residenze notturne
- gli appartamenti protetti
- i laboratori protetti
- i club terapeutici-riabilitativi.

Attualmente l'OSC non dispone di centri diurni (solo in parte sopperiti con le infermerie dei Servizi psico-sociali delle 4 regioni), di Ospedali di notte (ad eccezione di alcuni letti presso l'ONC) e di laboratori protetti (esclusi quelli organizzati all'interno dell'ONC).

Usufruisce per contro della **collaborazione della Fondazione Sirio** e di gruppi autogestiti di ex-utenti e simpatizzanti, per quanto riguarda gli appartamenti protetti e i club ricreativi (Club Andromeda). La Fondazione ha messo a disposizione quattro centri diurni nelle quattro regioni del Cantone. Li animano e li coordinano gli operatori SPS.

#### 3.4.2.1. I Centri diurni

Il Centro diurno (CD) è una struttura dove il paziente trascorre una parte della giornata seguendo un programma di cura diversificato.

Nel CD si prevedono 4 funzioni diverse, eventualmente gestibili in spazi separati, per evitare eventuali incompatibilità funzionali:

- a) come alternativa medicalizzata in caso di crisi alla cura stazionaria in Ospedale psichiatrico;
- b) come struttura intermedia tra la dimissione ospedaliera e il trattamento ambulatoriale;
- c) come prima fase di un programma di riabilitazione e di reinserimento sociale per giovani ad alto rischio di cronicizzazione;
- d) come alternativa alla lungodegenza in Ospedale psichiatrico e quindi come una fase di un programma riabilitativo per malati cronici.

Le prime due funzioni (a e b) hanno un carattere terapeutico e anti crisi; le ultime due (c e d) hanno un carattere prevalentemente riabilitativo.

Si può adattare il centro diurno alle esigenze degli utenti, prevedendo il collegamento con la rete degli appartamenti protetti, dei club terapeutici o con altre strutture.

Esso **non sostituisce però l'Ospedale psichiatrico**. E' tuttavia possibile trattare anche casi psichiatrici gravi con ottimi risultati.

Il centro diurno **non dev'essere** abbinato alla residenza notturna (ospedale di notte), onde evitare l'istituzionalizzazione.

Grazie a una iniziativa privata (Fondazione Sirio) sono già stati aperti i CD a Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona, strutture sussidiate dall'AI. Si prevede l'integrazione di questi Centri nei servizi dell'OSC.

#### 3.4.2.2. Le Residenze notturne

La Residenza notturna (RN) offre la possibilità di cura nelle ore serali e l'alloggio ai pazienti senza famiglia che riprendono durante il giorno una normale attività lavorativa. La permanenza è limitata nel tempo. E' una struttura transitoria che permette il passaggio graduale dalla situazione ospedaliera alla completa integrazione sociale e professionale.

**La residenza notturna può essere organizzata in un appartamento protetto** adattato a questo scopo. Qui, come in un ospedale psichiatrico, vengono garantite le cure medico-infermieristiche necessarie alla continuazione del trattamento previsto dal piano terapeutico. La presenza infermieristica dev'essere continua.

Al momento attuale, per il settore del Mendrisiotto, esiste già un ospedale di notte presso l'ONC, che permette ad alcuni pazienti una normale attività lavorativa all'esterno dell'Istituto e la terapia serale in un ambito relativamente protetto.

Il settore di Lugano per utenti di sesso femminile collabora attualmente con una struttura privata. Occorre individuare una nuova collaborazione con privati per l'accoglimento di utenti di sesso maschile.

#### 3.4.2.3. Gli appartamenti protetti

Per appartamento protetto (AP) si intende una struttura abitativa - di solito da 3 a 6 posti letto - che ospiti utenti in una situazione più autonoma rispetto all'ospedalizzazione, sia globale, che di giorno o di notte.

L'AP rappresenta una tipica struttura intermedia, posta nella rete assistenziale fra la presa a carico ambulatoriale e familiare e quella ospedaliera.

Siccome esistono numerosi tipi e concetti di AP, essi possono e debbono essere definiti solo sulla base di una concezione globale che li caratterizzi. Sia la concezione sia il programma devono essere esplicitati prima dell'apertura.

In riferimento al programma sviluppato, gli AP possono essere suddivisi in:

- a) **AP residenziali**, case o comunità di alloggio; sono caratterizzati da una lunga permanenza degli ospiti: i gravi cronici, e gli ex degenti dell'ospedale psichiatrico. In questi casi la dimissione dall'AP - che pure avviene con una certa frequenza - non è all'inizio programmabile: l'AP svolge quindi la funzione di sostituto residenziale dell'ospedale neuropsichiatrico e della famiglia. L'affitto è a carico degli ospiti.

In essi possono essere svolte certe attività riabilitative e/o socioterapiche, oppure gli ospiti possono recarsi nelle strutture del settore, nei laboratori protetti, ospedali di giorno, club ricreativi. ecc..

- b) **AP riabilitativi**, sono case o comunità di alloggio caratterizzate dal fatto di essere una fase intermedia di un processo terapeutico-riabilitativo.

Il programma riabilitativo prevede la possibilità di un ulteriore reinserimento sociale o nella famiglia originaria o in una famiglia affidataria; in un appartamento autonomo o in un appartamento meno «protetto» o ancora in una casa per anziani o in una pensione, ecc..

Gli AP residenziali e riabilitativi non esauriscono ovviamente le possibilità degli interventi. Rappresentano solo un indispensabile anello della catena terapeutica, in quanto strutture intermedie polivalenti.

Il numero degli appartamenti protetti per Settore può variare sensibilmente in funzione dei programmi terapeutici elaborati dalle varie équipes.

L'esigenza di una certa mobilità che per lo Stato risulterebbe di difficile attuazione, induce a continuare come finora, affidando ad un'istituzione privata (Fondazione Sirio) l'incarico di reperire gli appartamenti e le strutture necessarie e alle équipes dell'OSC l'assistenza sociopsichiatrica agli utenti.

Il fabbisogno in appartamenti protetti per settore ritenuto adeguato alle esigenze della psichiatria, senza le residenze notturne, consiste in:

Settore	N° appartamenti	Posti letto previsti
Mendrisiotto	4-5 appartamenti	16 posti letto
Luganese	fino a 8 appartamenti	32 posti letto
Locarno e Valli	4-5 appartamenti	16 posti letto
Bellinzona e Valli	4-5 appartamenti	16 posti letto

Le prestazioni terapeutiche agli utenti degli appartamenti protetti sono garantite dalle équipes dei SPS dei rispettivi settori e dall'ONC, senza aumento di personale.

#### 3.4.2.4. I Laboratori protetti

Tutte le strutture sociopsichiatriche pubbliche e private tendono alla riabilitazione e al reinserimento della loro utenza nel normale ciclo lavorativo e di produzione. Purtroppo una parte delle persone affette da disturbi psichici non è in grado di svolgere un'attività lavorativa normale. Per queste, come per tutte le persone affette da malattie invalidanti di qualsiasi altro genere, la LISPI prevede la messa a punto di laboratori protetti ed occupazionali, onde opporsi all'emarginazione e all'inattività forzata degli invalidi. Solamente una modesta frazione delle persone affette da gravi disturbi psichici presenta problematiche tali da non poter prevedere l'inserimento in un laboratorio protetto, poiché la loro condizione comprometterebbe il buon funzionamento delle strutture in questione.

Alle persone collocate nei Laboratori protetti già esistenti sono garantiti:

- la possibilità di mettere alla prova le loro capacità lavorative residuali o potenziali con la garanzia di un adeguato sostegno sociopsichiatrico;
- l'opportunità di essere guidate e sostenute nel processo di recupero o, eventualmente, di apprendimento di un'attività lavorativa qualitativamente e quantitativamente adatta alle loro condizioni;
- la possibilità di impiegare il tempo in maniera strutturata e finalizzata all'attività occupazionale o protetta laddove un loro reinserimento nel normale ciclo lavorativo o nelle strutture protette ai sensi della LISPI non sia ipotizzabile;

d) il beneficio psichico dovuto al lavoro.

Tali laboratori protetti esistono già all'interno dell'ONC.

#### 3.4.2.5. Il Centro Al Dragonato e la Cooperativa al Frutteto

Un'esperienza pilota per soli casi di psichiatria è in funzione dal maggio 1989. Si tratta del Centro Al Dragonato di Bellinzona e della Cooperativa Agricola di Gudo (Il Frutteto), che accomunano intenti terapeutici a intenti riabilitativi e ricreativi in una regione scarsamente dotata di strutture per la cura e la riabilitazione di giovani e adulti.

Al termine del periodo pianificatorio (1995) verrà deciso un eventuale ulteriore sviluppo di questa esperienza anche nelle altre regioni del Cantone.

Attualmente lo Stato interviene con sovvenzionamenti di complemento ai sussidi AI, così come previsto dalla LISPI, la quale, però, non riconosce le prestazioni terapeutiche eseguite da medici e psicoterapeuti. Per questo motivo è necessario che la struttura sia riconosciuta quale UTR e finanziata in virtù dell'art. 3 LASP, fermo restando la necessità di valutare l'eventuale inserimento della struttura nell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale a favore di una regione (Bellinzona e Valli) particolarmente sprovvista di strutture e operatori (medici) psichiatrici.

#### 3.4.3. Strutture stazionarie

##### 3.4.3.1. L'ONC: la necessità delle modifiche

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) fissa allo 0.7% della popolazione il fabbisogno di posti letto in psichiatria a condizione che esistano sul territorio le necessarie strutture per l'assistenza extra ospedaliera. Rapportando questo indice alla popolazione ticinese occorrono 210 letti ca. per l'intero Cantone.

Attualmente sono a disposizione della popolazione oltre 420 letti: 382 presso l'ONC, 41 presso la clinica Viarnetto ed altri sparsi in differenti Istituzioni ospedaliere.

Si può affermare che il Canton Ticino ha un numero effettivo di posti letto per casi di psichiatria acuta superiore al fabbisogno. Infatti esaminando i dati riguardanti l'ONC, si osserva che la valutazione medica - eseguita su ogni utente al momento dell'ammissione e ogni qualvolta lo stato psico-fisico del paziente si modifica in modo importante -

conferma che a fine 1991, 107 ospiti dell'ONC su 323 mediamente presenti, sono da considerarsi casi di psichiatria cronica.

Inoltre di questi 107, 52 utenti sono in età AI (ossia al di sotto dei 62 anni per le donne e 65 anni per gli uomini), e 55 sono in età di pensionamento (percepiscono le indennità dell'Assicurazione vecchiaia, AVS).

Nell'ambito della psicogeriatra, l'OSC destina strutture stazionarie alla cura e alla riabilitazione dell'utente anziano. A tale fine presso l'Ospedale neuropsichiatrico cantonale sono organizzati reparti di psicogeriatra il cui obiettivo principale è essenzialmente la diagnosi e la cura allo scopo di promuovere il reinserimento dell'anziano nel suo ambiente di vita, garantendo nel contempo un adeguato sostegno.

Nell'ONC quindi, come in numerosi altri ospedali psichiatrici svizzeri, vengono ospedalizzati ancora oggi invalidi psichici, senza che ciò abbia una giustificazione plausibile, visto che questi ospiti dovrebbero essere accolti, in modo più adeguato, nelle abitazioni e nei laboratori protetti ed occupazionali.

Per questo motivo già il 21 gennaio 1987, il legislatore federale aveva modificato le disposizioni legislative contenute nella Legge federale sull'AI riguardanti il sussidiamento delle strutture che ospitano utenti al beneficio di prestazioni AI e aveva emanato una disposizione transitoria in proposito, entrata in vigore il 1° luglio 1987.

Durante il periodo 1982-1991 l'ONC ha ricevuto le sovvenzioni seguenti:

#### ONC: sussidi federali AI per i laboratori protetti, 1982-1991

Anno	Sussidio per spese d'esercizio	Sussidi per investimenti
1982	1'185'758.-	-
1983	1'420'778.-	-
1984	1'555'408.-	107'039.-
1985	1'413'507.-	97'328.-
1986	1'516'500.-	156'564.-
1987	1'336'359.-	34'466.-
1988	1'538'179.-	30'935.-
1989	1'699'841.-	70'526.-
1990	1'743'147.-	67'876.-
1991	1'916'494.-	43'765.-
<b>TOTALE</b>	<b>15'325'971.-</b>	<b>608'499.-</b>

Solamente il 27 aprile 1992 l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha deciso di limitare le sovvenzioni previste dall'art. 73 LAI, alle sole strutture con pazienti psichiatrici cronici beneficiari di una rendita AI a decorrere dal 1° gennaio 1994.

Per interpretare correttamente la nuova disposizione federale occorre porsi alcuni interrogativi e più precisamente:

1. definire esattamente gli spazi entro i quali la presenza del medico - quale membro effettivo dell'équipe terapeutica - non è ritenuta indispensabile.
2. se gli spazi "medicalizzati" possono essere delimitati è allora indispensabile stabilire:
  - a) quali e quanti utenti dell'ONC non necessitano di un intervento medico continuo;
  - b) quali e quanti utenti possono seguire programmi riabilitativi decisi da équipe non medicalizzate (ossia non coordinate da un medico).

La Legge cantonale sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie (LCAM) d'altronde limita il suo intervento nel caso di pazienti lungodegenti cronici stabilizzati.

Il Regolamento d'applicazione della LCAM (art. 18) fissa inoltre in 720 giorni il tempo di decorrenza del termine in cui la necessità della cura ospedaliera può essere soddisfatta in un istituto per malattie croniche o in una casa per anziani medicalizzata (riservata una decisione medica contraria).

L'Ufficio federale ha dunque deciso di sostenere l'impegno degli enti che desiderano garantire un'assistenza adeguata agli utenti cronici in strutture interne o esterne all'ospedale psichiatrico, ma completamente separate dai reparti clinici per casi acuti.

Questa nuova impostazione richiede quindi di:

- suddividere i pazienti ospedalizzati in 2 categorie - acuti e cronici stabilizzati - ed accoglierli in 2 strutture indipendenti:
    - la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) per i casi acuti
    - il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) per i casi cronici stabilizzati;
  - realizzare un nuovo modello terapeutico-organizzativo per il CARL,
- in base alle indicazioni contenute nella tabella riportata di seguito.

### ONC: suddivisione degli utenti psichiatrici acuti e cronici, 1992

Periodo considerato	tot. utenti AI e AVS esaminati	tot. utenti con 1-360 giorni degenza	tot. utenti con 361-720 giorni deg.	tot. utenti in età AI* con oltre 720 giorni deg.	tot. utenti in età AVS** con oltre 720 giorni deg.
1.01-28.02.92	409	198	33	92	86
1.03-30.04.92	417	217	30	88	82
1.05-30.06.92	387	191	31	87	78
1.07-31.08.92	383	193	31	86	73
1.09-31.10.92	387	211	30	77	69
1.11-31.12.92	363	194	26	78	65

	di cui ACUTI	di cui CRONICI	di cui ACUTI	di cui CRONICI
1.01-28.02.92	42	50	21	65
1.03-30.04.92	40	48	19	63
1.05-30.06.92	44	43	20	58
1.07-31.08.92	43	43	17	56
1.09-31.10.92	35	42	19	50
1.11-31.12.92	36	42	19	46

Fonte: formulario classificazioni mediche trasmesse al Servizio finanze OSC

\* età AI: fino ai 61 per le donne e ai 64 anni di età per gli uomini

\*\* età AVS: da 62 per le donne e da 65 anni di età per gli uomini

Sommando il totale degli utenti cronici in età AI (fino ai 61/64 anni) e in età AVS (dai 62/65 anni in poi) che non usufruiscono più di una copertura completa da parte della assicurazione malattia, otteniamo un effettivo di: gennaio-febbraio 115 utenti, marzo-aprile 111 utenti, maggio-giugno 101 utenti, luglio-agosto 99 utenti; settembre-ottobre 92 utenti; novembre-dicembre 88 utenti.

### 3.4.3.2. La Clinica psichiatrica cantonale

La Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dovrebbe accogliere quindi 200-220 utenti circa, la cui cura a domicilio è impossibile e che, per la patologia intrinseca o per le difficoltà d'assistenza, non possono essere curati altrove. Si tratta soprattutto di persone con scompensi psicotici acuti, gravi neurosi, stati di agitazione e di alcoolismo, sindromi psico-organiche scompensate, depressioni con pericolo suicidale.

Considerati la pertinenza dell'intervento clinico e il carico assistenziale, i pazienti adulti di ogni età, possono essere indirizzati nei seguenti tre tipi di reparti:

- reparti di psichiatria acuta** che accolgono, a breve degenza, una casistica con disturbi psichiatrici o psicosomatici di pertinenza ospedaliera, inclusi gli interventi per i pazienti anziani che presentano identici disturbi e che sul piano comportamentale non sono in contrasto con la natura dei reparti;
- reparti di riabilitazione**, che accolgono i pazienti con importanti disturbi comportamentali connessi alle difficoltà di dimissione e di reintegrazione sociale, per i quali sono previsti programmi di riabilitazione specifici a carattere collettivo o individuale. Anche questi reparti possono accogliere la casistica con oltre 65 anni di vita;
- reparti di psicogeriatrica**, che accolgono i pazienti di pertinenza psichiatrica ospedaliera con disturbi psicorganici e deterioramento globale psichico, corporeo e spesso anche sensoriale. Le cure sono di regola prolungate a 6 e più mesi. Questi reparti accolgono in genere pazienti in età AI con i disturbi summenzionati.

### 3.4.3.3. Il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro

L'unità di cure prolungate per pazienti cronici (prevista anche dall'art. 17 LASP) accoglierà progressivamente da 40 a 80 utenti circa e avrà come obiettivo la gestione dei disturbi del comportamento e soprattutto il mantenimento ed il potenziamento dell'autonomia dell'utente psichicamente labile. La presa a carico di questi utenti richiede la precisa elaborazione di un programma riabilitativo individuale, la definizione di obiettivi concreti e limitati che integrino in un ambiente tollerante di relazione e di comunicazione le cure infermieristiche e ergo-socioterapeutiche per rispondere con terapie personalizzate e globali ai bisogni della persona.



I reparti di lungo degenza per utenti cronici andranno separati da quelli della Clinica psichiatrica cantonale, per costituire una struttura a sé stante atta a garantire un'assistenza adeguata a questo tipo di casistica.

Questo si traduce in cambiamenti strutturali che fanno emergere nuove e diverse modalità assistenziali. Si modificano i contenuti delle varie professioni, il loro ruolo ed i loro rapporti (ad esempio nel senso di un maggior riconoscimento reciproco).

Il sostegno finanziario dell'AI al CARL è quindi vincolato da condizioni, quali la necessità di:

1. organizzare dei reparti separati per invalidi, con relativa contabilità separata;
2. elaborare, per questi reparti, concetti architettonici conformi alle direttive dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (decisione dell'UFAS del 27 aprile 1992);
3. garantire la presenza di personale di cura e riabilitazione specializzato (educatori, maestri socioprofessionali, ecc.);
4. garantire la completa presa a carico degli utenti (abitazione, occupazione e tempo libero);
5. verificare che gli utenti non siano più al beneficio di prestazioni delle casse malati;
6. escludere la cura degli utenti della clinica psichiatrica e del centro protetto in reparti comuni.

La mancata osservanza di queste regole dopo il 1° gennaio 1994 non darà ulteriore diritto alle sovvenzioni federali.

Nella piantina dell'ONC, presentata di seguito, è riportata la separazione nelle 2 aree: la Clinica psichiatrica cantonale, riservata ai pazienti psichiatrici acuti e il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro, riservato a quelli cronici; le strutture destinate ai servizi logistici generali o ad altre attività, non terapeutiche per praticità restano nell'"area" della Clinica psichiatrica, anche se in essi saranno organizzati dei Laboratori protetti ed occupazionali (es. mensa, lavanderia, padiglioni, ecc.).

L'attribuzione definitiva di un edificio all'una o all'altra struttura (CPC o CARL) verrà stabilita al termine della riorganizzazione e in accordo con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS).



#### SERVIZI CENTRALI

(verde)

- 6 Mottino
- 14 Casa personale
- 15 Baracche (prev. demolizione)
- 16 Camera mortuaria
- 17 Centro documentazione/CFOS
- 18 Centro medico/Farmacia cant.
- 19 Chiesa
- 20 Direzione OSC
- 22 Mensa
- 25 Scuola infermieri (SCIP)
- 27 Cucina/lavanderia

#### CENTRO ABITATIVO, RICREATIVO E DI LAVORO

(blu)

- 5 Ginestra
- 8 Pineta
- 10 Valletta
- 11 Villa alta
- 13 Villa Ortensia
- 21 Legatoria
- 23 Officine
- 26 Serre
- 28 Teatro

#### CLINICA PSICHIATRICA

(giallo)

- 1 Verbena
- 2 Adoma
- 3 Centro sociale
- 4 Edera
- 7/12 Oleandro/Villa Margherita (dal 1995 Scuole sanitarie)
- 9 Quadrifoglio
- 24 Prestino
- 29 Villetta

### 3.5. LA COLLABORAZIONE TRA LE VARIE ISTITUZIONI

#### La collaborazione tra OSC e EOC

La legge sugli ospedali del 20 dicembre 1982, all'art. 11, cpv. 7, cita che «nei singoli ospedali può essere decisa dall'Ente la creazione di reparti psichiatrici». La legge sociopsichiatrica presuppone, all'art. 16, cpv. 1, la creazione di «... reparti psichiatrici inseriti negli ospedali generali».

Nel quadro dell'armonizzazione delle diverse pianificazioni, quella ospedaliera e quella sociopsichiatrica, occorre quindi determinare soluzioni logistiche (in particolare anche quali possibili sedi di intervento delle équipes territoriali, in specie negli ospedali periferici) suscettibili di assicurare il rispetto della volontà del legislatore e delle esigenze del settore sociopsichiatrico attualmente sotto dotato rispetto alla medicina generale e ospedaliera specie nel Sopraceneri.

Per il momento, per quanto riguarda la psichiatria acuta, si è concordato con l'EOC che presso i reparti degli ospedali dell'EOC saranno assunte le urgenze e le malattie psichiatriche che non necessitano un intervento ambientale inconciliabile con la logistica dell'ospedale.

Nei reparti di medicina quindi è possibile, in accordo con i primari di medicina, ospedalizzare 1-2 utenti in situazione di crisi per i quali non è auspicabile l'immediato collocamento in una struttura più adeguata.

In questi casi il medico-psichiatra dell'OSC o privato garantisce la necessaria consultazione al paziente e/o la consulenza agli operatori dell'ospedale se non fosse stabilito diversamente e affidato alla psichiatria privata.

L'OSC si impegna a collaborare con l'EOC nella misura in cui quest'ultimo lo riterrà opportuno, per la definizione e la successiva attuazione sperimentale d'un modello di medicina d'urgenza, che tenga conto anche delle urgenze psichiatriche.

Vi è anche la possibilità che (ad esempio negli ospedali periferici) si attivi una collaborazione fra STCA, EOC e OSC per il trattamento di piccoli gruppi di alcolisti, in situazioni ambientali e terapeutiche più adeguate.

#### La collaborazione tra OSC e ospedali privati

Come si è detto, alcuni ospedali privati si fanno carico di una certa quota di pazienti psichiatrici, in particolare Viarnetto per il Sottoceneri e per altri versì Intragna e la Clinica Santa Croce di Orselina per il Sopraceneri.

Con queste è ipotizzabile un incremento e una miglior definizione della collaborazione.

#### La collaborazione tra OSC e case per anziani

La collaborazione tra OSC e case per anziani può articolarsi tramite il medico di riferimento della casa stessa, sotto forma di presa a carico consiliaria, e di insegnamento e preparazione specificamente psico-geriatrica per il personale. Essa assume particolare importanza per il fatto che l'OSC mantiene i suoi reparti di psico-geriatria, che permettono un intervento non solo diversificato, ma anche sempre adeguato alla situazione del paziente, anche in fase acuta.

#### La collaborazione tra OSC e PCT

La persona incarcerata che presenta una patologia psichiatrica conserva il diritto di essere assistita e curata.

L'intervento terapeutico deve tuttavia svilupparsi all'interno dei limiti posti dalla sicurezza e dalla protezione della società.

La nuova prospettata riorganizzazione dell'assistenza sociopsichiatrica al detenuto deve quindi tener conto di questi due aspetti del problema e realizzarsi senza portare pregiudizi né a una parte né all'altra.

In modo schematico il nuovo modello si articola attorno ai seguenti principi:

- l'assistenza psichiatrica al PCT viene assicurata dall'OSC, che agisce in tal modo in qualità di consulente;
- il trattamento e le cure psichiatriche dispensate all'interno del PCT sono di esclusiva competenza dell'OSC. La sua azione sarà limitata unicamente dalle esigenze di sicurezza e di ordine interno imposte dalla normativa in vigore in materia di esecuzione delle pene e misure;
- l'OSC è responsabile di fornire il personale terapeutico necessario, in particolare designa il medico responsabile che a sua volta costituirà l'équipe di lavoro (infermiere, psicologo, ecc);
- l'OSC interviene in PCT per assicurare l'assistenza alle persone che ne faranno esplicita richiesta oppure che vengono segnalate dal medico internista, dalla Direzione o dagli altri servizi operanti in PCT.

La presente organizzazione dell'assistenza psichiatrica in PCT ha il pregio di dividere chiaramente le due funzioni di sicurezza e di trattamento favorendo il rapporto tra il terapeuta, che venendo dall'esterno non è direttamente assimilabile alla struttura repressiva, e il carcerato.

D'altra parte l'intervento dell'équipe dell'OSC permette una corretta selezione dei casi già in ambito penitenziario, evidenziando in modo chiaro coloro che soffrono di patologie tali da rendere necessario (quando è tecnicamente possibile) un ricovero in ospedale psichiatrico. L'OSC comunque prende a carico nelle sue strutture i condannati di cui all'art. 43 e 44 CPS.

#### **La collaborazione tra OSC e medici privati**

Ai medici di famiglia, generalisti e pratici, viene affidato un importante ruolo. Sono essi infatti quasi sempre ad affrontare per primi anche i bisogni sociopsichiatrici così come essi nascono in seno alle famiglie della loro utenza. L'OSC collabora dunque con i medici generalisti sia in veste di consulente, sia assumendo gli interventi specialistici nelle sue strutture ambulatoriali o a carattere diurno.

Per quanto concerne gli specialisti non psichiatri, la collaborazione con essi verte principalmente sui chiarimenti diagnostici o di accettazione in terapia su segnalazione di altri colleghi. Questo campo interessa in particolare le strutture a carattere ambulatoriale.

La collaborazione con gli specialisti in psichiatria è altrettanto intensa anche se, grazie alla loro formazione e alle loro capacità professionali, questa collaborazione assume una quota-parte relativamente modesta nella segnalazione dei casi particolarmente destinati alle strutture psichiatriche a carattere ospedaliero.

### **3.6. CONCLUSIONI**

Quanto sopra esposto evidenzia la necessità di una adeguata organizzazione sociopsichiatrica territoriale a favore dell'adulto e dell'anziano bisognoso di assistenza.

Attualmente il baricentro assistenziale si sposta gradualmente dall'ONC verso i SPS, anche se vengono ancora ricoverate persone che dovrebbero più convenientemente ricevere un altro tipo di assistenza nella loro regione o luogo di domicilio.

Nasce così l'esigenza del potenziamento dell'assistenza territoriale, della **creazione di strutture intermedie** e della **riconversione di quelle esistenti**.

In particolare occorre poter garantire una **rete regionalizzata di appartamenti protetti** e di **centri diurni**. Ciò deve essere fatto in collaborazione con le risorse, enti e strutture pubbliche e private.

Secondo il criterio della complementarità, alle prime spettano prevalentemente le **funzioni preventive e curative** per i casi ad alto livello di assistenza psichiatrica, alle altre i casi di minor livello **assistenziale** e l'area **socio-riabilitativa**.

Fra le collaborazioni iniziate o auspicabili vi è quella centrale con l'EOC, che andrà sviluppata per decidere comuni soluzioni pianificatorie per il periodo 1996-1999, pur potendosi nel frattempo attivare soluzioni sperimentali laddove si ravvisino le possibilità e l'opportunità.

Queste iniziative, indispensabili per una corretta politica in favore del cittadino bisognoso di assistenza richiedono:

- un'opportuna verifica dell'effettivo del personale terapeutico;
- investimenti per l'acquisizione o la riconversione di beni mobili o immobili;
- il rafforzamento della formazione professionale per gli operatori;
- l'organizzazione di analisi e di valutazione delle trasformazioni socio-assistenziali in atto.

Per il 1993-1995 si prevede quindi:

- una migliore valutazione quantitativa dei bisogni psicogeriatrici della popolazione in relazione con l'attuale potenziale dell'OSC e con la collaborazione con altre strutture;
- una più intensa presenza del SPS quale consulente o coterapeuta nelle case per anziani, e nei servizi dell'EOC;
- l'elaborazione di un modello di intervento psicogeriatrico, che tenga conto di quanto previsto dalla LASP e dalla pianificazione dell'EOC e dalla politica per gli anziani;
- la presa a carico non medicalizzata, in apposite strutture del CARL, di pazienti cronici da lungo tempo ivi residenti.

Parallelamente si intensificherà l'organizzazione di corsi di formazione specifici per gli operatori.

#### 4. FABBISOGNO DI PERSONALE OSC

##### Premessa

Dopo una diminuzione del personale nel periodo 1981-1984 di 31.35 unità, l'effettivo del personale OSC è stato aumentato per tre volte durante il periodo che va dal 1984 al 1988. Il primo aumento è stato autorizzato dal Consiglio di Stato nella misura di 19.5 unità (15 infermieri e 4.5 addetti ai servizi generali) quale diretta conseguenza della decisione dell'8 gennaio 1985 di ridurre l'orario di lavoro da 45.5 a 42 ore settimanali a partire dal 1° luglio 1985. Il secondo, l'8 gennaio 1987, ha interessato il personale dei servizi esterni, che è aumentato di 4.5 unità (1 medico assistente, 1 psicologo e 0.5 funzionario amministrativo per il Mendrisiotto; 2 medici assistenti per il Sopraceneri). Il terzo, infine, ha interessato 10.5 unità così suddivise: 1 medico assistente e 0.5 psicologi al settore Mendrisiotto, 3 medici assistenti e 2 psicologi al Luganese, e 2 medici assistenti e 2 psicologi al Sopraceneri). Di seguito viene esposto l'attuale effettivo dei collaboratori OSC al 1° gennaio 1993, suddiviso per servizio e UTR.

#### 4.1. OSC: POSTI AUTORIZZATI E PERSONALE AVVENTIZIO

(al 1.1.1993)

ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE	UNITA'
Direzione OSC	4
Servizio medicina generale (compreso Laboratorio analisi)	7
Servizio documentazione e ricerca	4.75
Servizio economato	123.85
Servizio finanze	4
Servizio personale	2
Servizio logistica e sicurezza (compreso ricezione ONC)	5.50
Direzione delle cure / attività infermieristiche	154
Servizio ergo-socioterapia e laboratori protetti	36.39
Direzione Settore I - Mendrisiotto	2
SPS Settore I - Mendrisiotto	9
ONC Settore I - Mendrisiotto	5
SMP Settore I - Mendrisiotto	6
CPE Settore I - Mendrisiotto	17
Direzione Settore II - Luganese	2
SPS Settore II - Luganese	15.50
ONC Settore II - Luganese	7
SMP Settore II - Luganese	14.10
CPE Settore II - Luganese	12
Direzione Settore III e IV - Sopraceneri	2.80
SPS Settore III - Locarnese	9
ONC Settore III - Locarnese	4
SMP Settore III - Locarnese	7.50
CPE Settore III - Locarnese	8.50
SPS Settore IV - Bellinzonese	10
ONC Settore IV - Bellinzonese	5
SMP Settore IV - Bellinzonese	8.50
	486.39
Unità stages a disposizione per tutta l'OSC	16
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>502.39</b>

Per utilizzare al meglio tutte le risorse umane a disposizione e permettere una maggiore mobilità degli operatori all'interno dell'OSC, il Consiglio di Stato intenderebbe, al momento dell'assunzione, **non** designare una sede di servizio unica, ma assegnare il collaboratore all'Organizzazione sociopsichiatrica e facilitare di conseguenza la mobilità interna. In questo senso la Legge sull'ordinamento degli impiegati dello Stato, va modificata.

Di seguito viene riportato l'effettivo di ogni tipo di struttura al 1° gennaio 1993.

L'effettivo di ogni servizio medico-psicologico è suddiviso secondo la classificazione adottata dalla VESKA (e non in base alla pianta organica dello Stato), per rendere possibile un confronto con altre strutture sanitarie svizzere.

Questo tipo di suddivisione verrà mantenuto per la quantificazione del personale di ogni ulteriore servizio o UTR.

#### 4.2. SMP: EFFETTIVO DEGLI OPERATORI

CATEGORIE PROFESSIONALI	MENDRISIOTTO	LUGANESE	LOCARNO E VALLI	BELLINZONA E VALLI	TOTALE *
Medici e altri accademici:					
- medici Capi servizio	1	1	1	1	4
- medici assistenti	-	-	-	1	1
- psicologi	2	7.6	3	3	15.6
Personale di cura	-	-	-	-	-
Altre discipline mediche:					
- psicomotricista	1	1	0.5	0.5	3
- educatori / psicoeducatori	1	1	1	1	4
- assistenti sociali	-	2	1	1	4
Personale amministrativo	1	1.5	1	1	4.5
TOTALE	6	14.1	7.5	8.5	36.1

\* stagiaires non conteggiati

#### 4.3. CPE: EFFETTIVO DEGLI OPERATORI

CATEGORIE PROFESSIONALI	MENDRISIOTTO	LUGANESE	LOCARNO E VALLI	TOTALE *
Medici e altri accademici:				
- medici coordinatori	-	1	1	2
- psicologi coordinatori	1	-	-	1
Personale di cura:				
- infermieri	1	-	-	1
Altre discipline mediche:				
- educatori / psicoeducatori	8.5	7	4	19.5
- docenti	2.5	3	2.5	8
Personale amministrativo	1	-	-	1
Economato:				
- cuochi	1	1	0.75	2.75
- operai	1	-	-	1
- addetti ai servizi generali	1	-	0.25	1.25
TOTALE	17	12	8.5	37.5

\* stagiaires non conteggiati

#### 4.4. SPS: EFFETTIVO DEGLI OPERATORI

CATEGORIE PROFESSIONALI	MENDRISIOTTO	LUGANESE	LOCARNO E VALLI	BELLINZONA E VALLI	TOTALE *
Medici e altri accademici:					
- direttori di settore	1	1	-	1	3
- medici capi servizio	1	1	1	1	4
- medico PCT	-	1	-	-	1
- medico perito	-	-	-	0.8	0.8
- medici assistenti	1	3	1	2	7
- psicologi-psicoterapeuti	1	2	2	2	7
Personale di cura:					
- infermieri	3	4	3	3	13
- infermieri PCT	-	1	-	-	1
Altre discipline mediche:					
- assistenti sociali	2	2	1	1	6
Personale amministrativo					
- segretarie	1	1	-	1	3
- segretarie aggiunte	1	1.5	1	1	4.5
TOTALE	11	17.5	9	12.8	50.3

\* stagiaires non conteggiati

#### 4.5. ONC: EFFETTIVO PERSONALE

Medici e accademici - 1 capo servizio medicina generale - 4 capi reparto - 4 medici psichiatri - 10 medici assistenti	19
Personale di cura - 113 infermieri CRS - 36.5 aiuto infermieri - 4.5 assistenti geriatriche	154
Altre discipline mediche - 17.89 socioterapia - 2 guardiani - 6 operatori del Centro medico - 1 cappellano - 3 funzionari amministrativi del servizio medico	29.89
Personale amministrativo - 4 custodi CPC + FC - 2 direzione OSC - 2 servizi centrali OSC - 4 servizio finanze OSC - 2 servizio personale OSC - 1 servizio sicurezza OSC - 1 capo servizio economato OSC	16
Economato - 52.76 inservienti nei padiglioni - 6 religiose - 14 addetti alla lavanderia + guardaroba - 19.5 addetti alla cucina - 28.09 trasporti + lavaggio + mensa + magazzino	120.35
Personale tecnico / Laboratori protetti	12.50
Altri (Centro documentazione) - 0.75 responsabile - 1.5 psicologi/economisti - 1 bibliotecaria - 1 funzionario amministrativo	4.25
Ex-degenti e inservienti (6.5 ex-degenti, parte integrante dell'effettivo)	6.50
<b>TOTALE ONC</b>	<b>362.49</b>

\* 16 posti stagiaires non conteggiati

Il Consiglio di Stato nell'ambito della politica di contenimento dei costi dello Stato, ha deciso la riduzione del 5% degli effettivi dell'OSC pari a 25 unità durante il periodo 1992-1995, delle quali 4.75 già risparmiate a fine 1992. Per questo motivo, dopo il 1995, l'OSC dovrà svolgere il suo mandato con un effettivo pari a 482 unità, riservata la quantificazione del personale necessario all'eventuale organizzazione del reparto per giovani adulti psicotici cronici gravi presso il CARL e la garanzia di una maggiore mobilità del personale OSC.

#### 5. FABBISOGNO FINANZIARIO

##### 5.1. OSC: COSTI DI GESTIONE 1980-1991

Le informazioni presentate di seguito, relative alla situazione finanziaria, fanno riferimento ai dati forniti dalla "contabilità dello Stato": questa contabilità considera esclusivamente tutte quelle operazioni che hanno implicato un'uscita o un'entrata monetaria escludendo pertanto gli interessi sul capitale e gli ammortamenti.

Nell'analisi dei dati, questa premessa è molto importante per non farsi sviare da eventuali operazioni avvenute con il passaggio da conti debitori e creditori che possono non essere pienamente considerate da questa contabilità.

Dando un primo sguardo ai dati, si nota immediatamente il costante aumento delle uscite totali per tutte le strutture e chiaramente per l'OSC nel suo complesso.

Infatti l'incidenza delle uscite per il personale sul totale delle uscite è assai elevata in tutte le strutture: l'ONC e il CPE, in quanto strutture stazionarie o semi-stazionarie, presentano un tasso attorno all'80%, mentre per i SMP e SPS esso è di ca. il 90%.

L'andamento delle uscite per il personale in tutte le strutture è in continua crescita in tutti gli anni: questo è il fattore determinante dell'aumento costante del totale delle uscite all'OSC.

Le motivazioni di tale andamento vanno ricercate lungo diverse direttrici:

- il fattore legato al rincaro ed alle variazioni dello stipendio;
- il numero di unità di personale, e le rispettive qualifiche.

Il primo fattore è legato all'aumento dovuto al rincaro ed alle variazioni reali dello stipendio, compreso tra il 2.5% ed il 9% ca., ad eccezione del 1987 quando non c'è stata alcuna variazione.

Il secondo fattore da considerare è la variazione nel numero di unità del personale. Nel 1985, quale conseguenza della diminuzione dell'orario di lavoro da 45.5 ore a 42 ore, sono state concesse all'OSC 19.5 unità di personale in più, dato che non tutti i posti sono stati coperti immediatamente, questo aumento ha avuto ripercussioni anche sul 1986. Negli ultimi 4 anni l'andamento del numero di unità di personale OSC non si è presentato costante: tra il 1986 e il 1987 si è avuto una maggiorazione di 4.5 unità, tra il 1987 e il 1988 di 10.5.

E' da notare che le variazioni dell'organico nei servizi esterni riguardano sempre categorie professionali appartenenti alle fasce di retribuzione più alte.

Il terzo fattore da tener presente è l'entrata in vigore, nel 1989, di un nuovo sistema di attribuzione dei premi di merito rivolto a tutto il personale: in precedenza solo una minima parte del personale poteva accedere a tali premi.

Il quarto fattore è l'aumento di classe salariale che con risoluzioni governative può venir attribuito ad alcune categorie professionali: questa eventualità non si presenta molto frequentemente, ma è comunque da evidenziare.

Da ultimo è necessario ricordare gli scatti di anzianità annuali: questi in media dovrebbero rappresentare una costante, ma non va dimenticato che l'età media del personale è in progressivo (seppur lieve) aumento negli ultimi 4 anni (da 40.5 anni nel 1987 a 42 anni nel 1990).

Gli aumenti dei costi e del deficit per il periodo 1986-1991 e quelli relativi ai preventivi 1992-1993 sono riassunti nella tabella seguente.

#### Aumento percentuale costi e disavanzo, 1986-1991

Aumento nominale 1986-1991	personale	totale	disavanzo
SMP	66%	64%	62%
CPE	43%	44%	228%
SPS	127%	120%	105%
ONC	55%	50%	105%
OSC media annua	62% 10.33%	56% 9.33%	103% 17.17%
1991-1992 (preventivo)	3.4%	1.6%	- 0.04%
1992-1993 (preventivo)	4.0%	3.0%	+ 6.9%
1984 (previsioni)*	5.0%	4.9%	+ 5.7%
1995 (previsioni)*	5.0%	4.8%	+ 5.7%

\* previsioni relative alla tabella OSC senza misure di riorganizzazione

Indicativamente l'incremento del 62% del costo per il personale, tra il 1986 ed il 1991, è giustificato come segue:

#### Giustificazione incremento costo personale, 1986-1991

Aumento personale e variazione posti	13.8%
Rincarò	19.2%
Aumenti reali	11.8%
Scatti e classi alternative	4.7%
Riserva matematica	8.3%
Aumento 7bis	0.4%
Altro	3.8%
	62%

Da alcuni dati possono essere estrapolate altre informazioni relative ai servizi ambulatoriali, anche questi suddivisi per utenti avuti in cura e per consultazioni: in questo caso non è possibile fare un paragone con altre strutture in quanto non si dispone di dati di confronto.

E' possibile però notare come le strutture per minori presentino valori unitari sempre in ascesa, mentre il SPS presenta un andamento (sia in generale, che per i singoli servizi) abbastanza fluttuante: ciò significa che l'aumento di prestazioni avuto in questo servizio, negli ultimi anni, è stato maggiore, in alcuni casi, dell'aumento dei costi sostenuti per erogarli.

Anche i dati relativi alle entrate possono essere suddivisi in entrate da ospedalizzazione (anche se per i servizi è improprio usare questo termine) ed altre entrate. Queste ultime per gli ambulatori non esistono, mentre hanno un'incidenza elevata per l'ONC grazie al grande sviluppo di attività accessorie: in questi ultimi anni, ad esempio, si è incrementata la fornitura di pasti all'esterno instaurando una collaborazione permanente con il Centro asilanti di Chiasso.

Per quanto riguarda invece le entrate da ospedalizzazione sarebbe lecito attendersi una tendenza simile all'andamento del numero di giornate di degenza, che per ONC e CPE decresce, ed al numero di consultazioni, che per SPS e SMP cresce.

Ora accade che non sempre questa regola si dimostra vera e ciò può essere motivato da alcuni fattori che di seguito verranno analizzati.

Gli aumenti delle tariffe in corrispondenza di variazioni della convenzione con la Federazione ticinese delle casse malati: questo fatto coinvolge i SPS e i SMP nel 1989, i CPE nel 1990, mentre l'ONC nel 1988 e 1989.

Altro elemento è rappresentato dalla quota dei crediti esistenti a fine anno che di regola non dovrebbe incidere compensandosi con gli incassi d'inizio anno relativi alla quota di crediti non riscossi negli anni precedenti. Consistenti ritardi nei pagamenti possono però condurre a situazioni sensibilmente diverse: ciò è successo nel 1989 quando una parte considerevole dei crediti ONC è stata riscossa nel 1990.

L'andamento di queste entrate e uscite ha comportato per tutti gli anni un risultato negativo per tutte le strutture. L'aumento percentuale del disavanzo negli ultimi 5 anni è stato superiore all'aumento percentuale dei costi (v. tabelle). Questo significa che il ritmo di crescita delle uscite non è stato controbilanciato dall'aumento delle entrate.

Per SPS e SMP il deficit è molto elevato rispetto alle uscite (80-90%), per l'ONC si aggira attorno al 45-55%, mentre rimane a livelli più bassi per il CPE (35-45%). Per l'OSC in generale il deficit corrisponde a ca. il 55-60% delle uscite totali.

## TARIFFE APPLICATE ALL'OSC - 1987/1993

1987	dal 1/1 1988	dal 1/7 1988	1989	1990	1991	1992	1993
------	--------------------	--------------------	------	------	------	------	------

### ONC

Acuti domiciliati in TI - dal 1° al 15° giorno	90.-	90.-	94.-	110.-	110.-	130.-	137.-	142.-
Acuti domiciliati in TI - dal 16° al 90° giorno				90.-	90.-	110.-	116.-	120.-
Acuti domiciliati in TI - oltre il 90° giorno	70.-	70.-	74.-	70.-	70.-	90.-	95.-	99.-
Cronici in età AI				70.-	70.-	90.-	95.-	99.-
di cui fatturati a: paziente				45.-	45.-	60.-	65.-	65.-
Cassa Malati				25.-	25.-	30.-	30.-	34.-
Cronici in età AVS				70.-	70.-	90.-	95.-	99.-
di cui fatturati a: paziente				62.-	62.-	80.-	82.-	82.-
Cassa Malati				8.-	8.-	10.-	13.-	17.-
Pazienti domiciliati in Svizzera (confederati)	110.-	110.-	120.-	138.-	138.-	163.-	250.-	290.-
Pazienti domiciliati all'estero (stranieri)	125.-	125.-	130.-	154.-	154.-	182.-	300.-	350.-
Ospedale di giorno e di notte	45.-	45.-	45.-	50.-	50.-	60.-	63.-	65.-
Pazienti INSAI/AI/AMF	105.-	105.-	105.-	105.-	125.-	182.-	229.-	229.-
Cure di disintossicazione per bevitori (TI)	46.-	46.-	46.-	--	--	--	--	--
Cure di disintossicazione per bevitori (conf.)			65.-	--	--	--	--	--
Supplemento per camera privata	55.-	55.-	55.-	--	--	--	--	--
Supplemento per camera semiprivata	30.-	30.-	30.-	--	--	--	--	--

### SPS/SMP

Medici	53.-	53.-	53.-	80.-	80.-	90.-	90.-	90.-
Psicologi	36.-	36.-	36.-	36.-	36.-	36.-	36.-	36.-
Infermieri	--	--	--	25.-	25.-	28.-	28.-	28.-

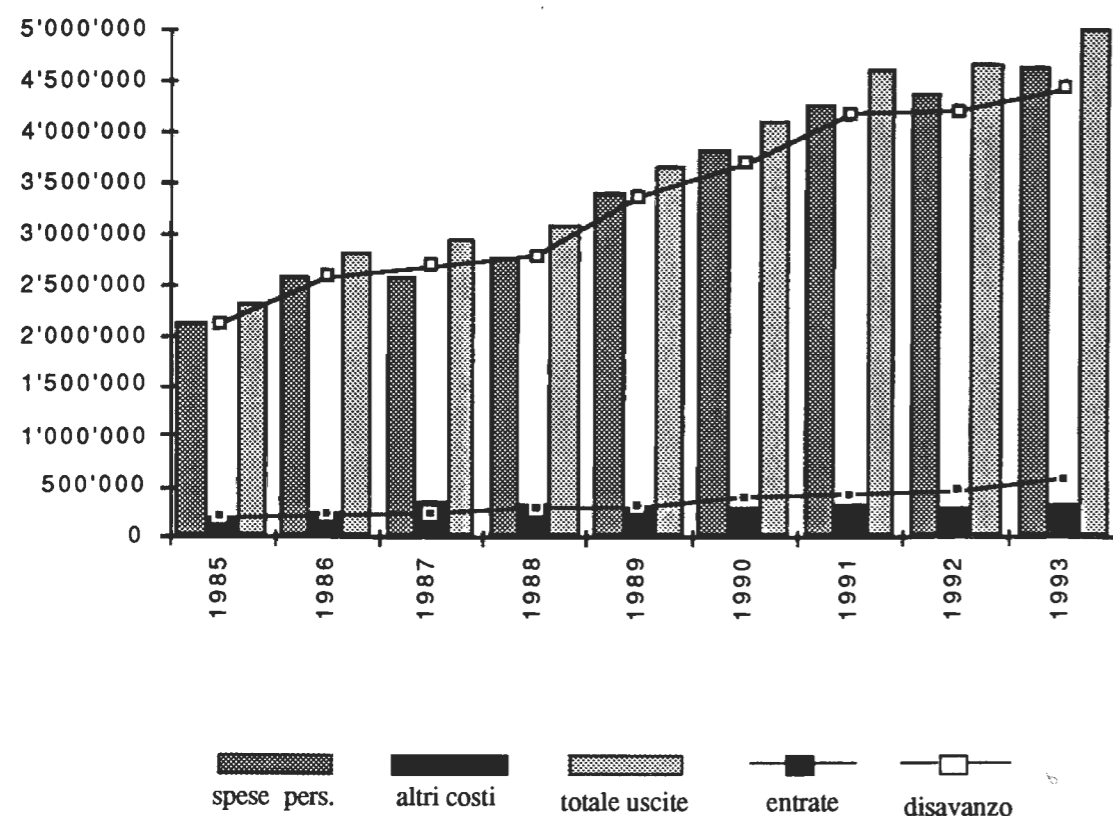
### CPE

Giorno di degenza in internato	170.-	170.-	170.-	170.-	205.-	205.-	205.-	205.-
Giorno di degenza in ambulatorio	130.-	130.-	130.-	130.-	155.-	155.-	155.-	155.-
Provvedimenti sanitari oltre alla scuola spec.	90.-	90.-	90.-	90.-	110.-	110.-	110.-	110.-
Provvedimenti sanitari ambulatoriali	54.-	54.-	54.-	54.-	70.-	70.-	70.-	70.-



### 5.1.1. SMP: evoluzione finanziaria 1985-1993

(Fonte: Contabilità dello Stato)



	spese pers.	altri costi	totale uscite	entrate	disavanzo
1985	2.132.066	189.632	2.321.698	208.708	2.112.990
1986	2.576.621	234.782	2.811.403	232.552	2.578.851
1987	2.577.248	358.400	2.935.648	247.340	2.688.308
1988	2.752.621	326.076	3.078.697	289.982	2.788.715
1989	3.394.351	280.964	3.675.315	313.294	3.362.021
1990	3.800.337	302.737	4.103.074	401.636	3.701.438
1991	4.275.890	330.035	4.605.925	427.914	4.178.011
1992	4.362.966	308.835	4.671.801	464.222	4.207.579
1993*	4.655.500	337.968	4.993.468	575.000	4.418.468

\* Preventivo

### SMP: costi totali unitari, 1988-1992

SERVIZI DI:		1988	1989	1990	1991	1992
COLDRERIO	Consultazioni	14'881	15'581	17'821	18'464	20'219
LUGANO	Costo per consultazione	207.-	236.-	230.-	249.-	231.-
LOCARNO	Costo consul. a carico Stato	187.-	216.-	208.-	226.-	208.-
BELLINZONA						

Fonte: contabilità dello Stato

**Nota:** il costo per consultazione si calcola dividendo il totale dei costi dei SMP per il numero totale delle consultazioni.

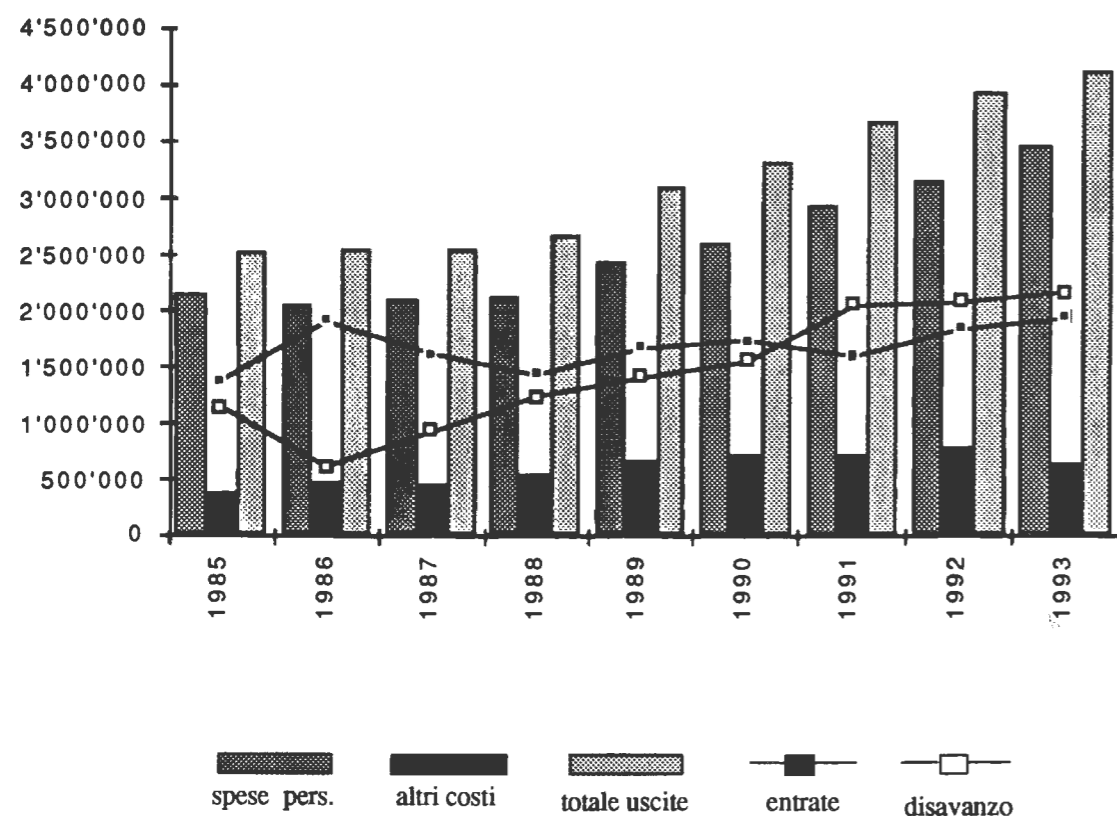
Il costo per consultazione a carico dello Stato si calcola invece togliendo dal totale dei costi i ricavi per consultazioni dei soli medici e psicologi, pagati dalle Casse malati secondo le tariffe riportate a pg. 91.

L'aumento del costo a carico dello Stato per ogni consultazione va attribuito alla diminuzione delle **consultazioni fatturate**. Infatti si rammenta che di tutte le figure professionali attive nei SMP solamente i medici e gli psicologi psicoterapeuti fatturano le loro prestazioni applicando le tariffe riportate a pg. 91.

Oltre a questo, non vengono fatturate le consulenze a istituzioni pubbliche e private (scuole, delegazioni tutorie, ecc.).

### 5.1.2. CPE: evoluzione finanziaria 1985-1993

(Fonte: Contabilità dello Stato)



	spese pers.	altri costi	totale uscite	entrate	disavanzo
1985	2.147.658	380.991	2.528.649	1.381.980	1.146.669
1986	2.064.262	484.774	2.549.036	1.923.998	625.038
1987	2.105.873	458.229	2.564.102	1.623.913	940.189
1988	2.128.141	559.570	2.687.711	1.450.365	1.237.346
1989	2.434.566	670.940	3.105.506	1.683.853	1.421.653
1990	2.591.801	725.200	3.317.001	1.748.207	1.568.794
1991	2.947.352	713.840	3.661.192	1.608.743	2.052.449
1992	3.133.130	786.090	3.919.220	1.831.150	2.088.070
1993*	3.465.800	648.631	4.114.431	1.950.000	2.164.431

\* Preventivo

### CPE: costi totali unitari, 1988-1992

CENTRI DI:		1988	1989	1990	1991	1992
STABIO	Giornate di presenza	8'148	7'674	6'864	6'430	6'731
LUGANO	Costo per giornata	330.-	405.-	483.-	569.-	582.-
MINUSIO	Costo giorn. a carico Stato	152.-	185.-	229.-	319.-	310.-

Fonte: contabilità dello Stato

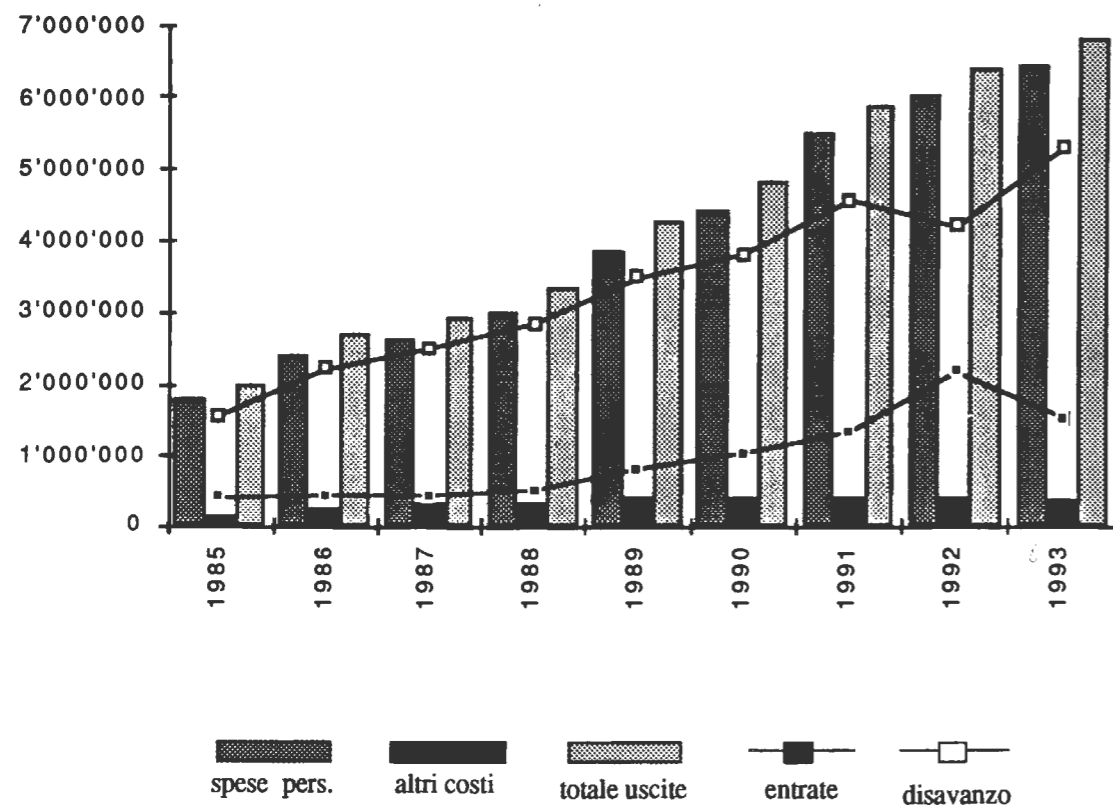
**Nota:** il costo per giornata si calcola dividendo il totale dei costi di gestione per il numero di giornate di degenza.

Il costo per giornata a carico dello Stato si calcola togliendo dal costo giornaliero i ricavi pagati dall'AI.

Si deve inoltre considerare che il CPE di Stabio è una struttura stazionaria (giorno e notte) altamente specializzata per l'intervento su bambini fino a 12/14 anni che presentano una patologia acuta e grave.

### 5.1.3. SPS: evoluzione finanziaria 1985-1993

(Fonte: Contabilità dello Stato)



	spese pers.	altri costi	totale uscite	entrate	disavanzo
1985	1.817.644	146.116	1.963.760	410.635	1.553.125
1986	2.410.033	251.418	2.661.451	447.176	2.214.275
1987	2.613.240	326.150	2.939.390	435.204	2.504.186
1988	2.973.070	348.948	3.322.018	498.191	2.823.827
1989	3.869.954	399.770	4.269.724	798.757	3.470.967
1990	4.412.853	405.490	4.818.343	1.030.274	3.788.069
1991	5.476.498	391.044	5.867.542	1.336.438	4.531.104
1992	5.996.435	403.836	6.400.271	2.185.098	4.215.173
1993*	6.440.500	384.013	6.824.513	1.520.000	5.304.513

\* Preventivo

### SPS: costi totali unitari, 1988-1992

SERVIZI DI:		1988	1989	1990	1991	1992
MENDRISIO	Consultazioni	28'758	28'589	33'128	39'700	38'340
LUGANO	Costo per consultazione	116.-	149.-	145.-	148.-	167.-
LOCARNO	Costo consul. a carico Stato	98.-	121.-	114.-	114.-	110.-
BELLINZONA						

Fonte: contabilità dello Stato

**Nota:** il costo per consultazione si calcola dividendo il totale dei costi attribuiti a ciascun servizio per il numero di consultazioni totali del servizio stesso.

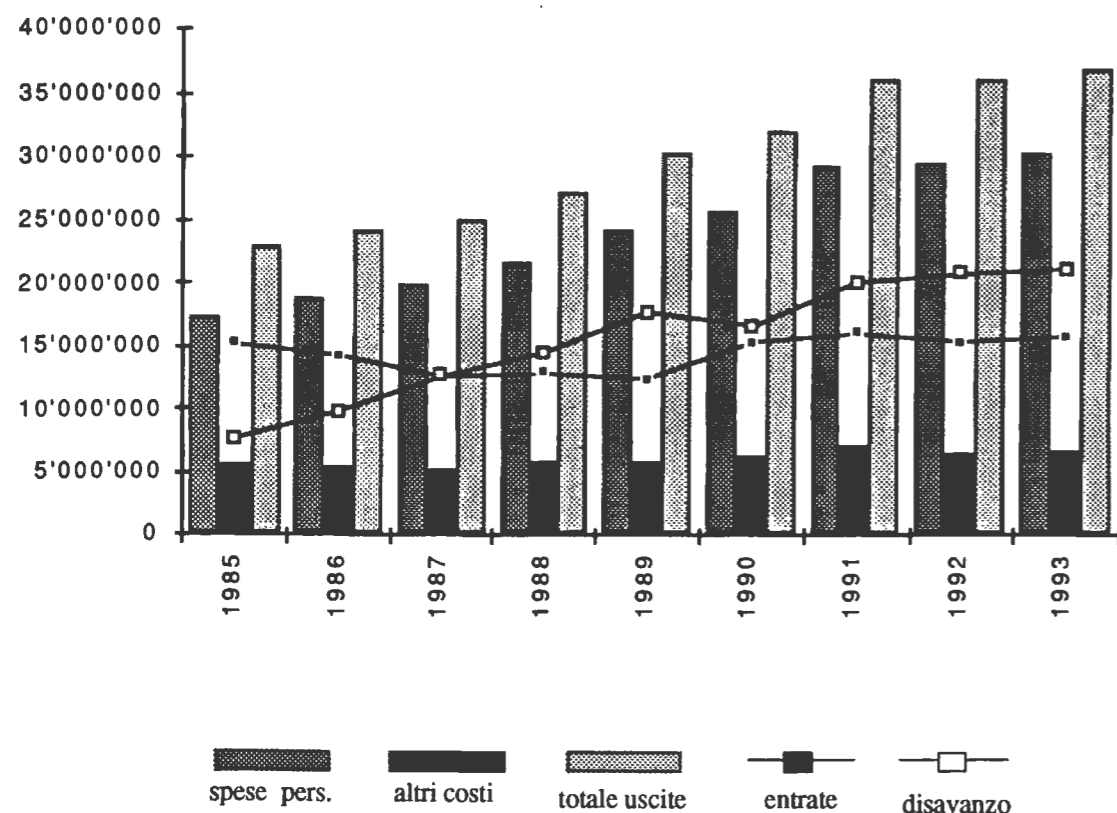
Il costo per consultazione a carico dello Stato si calcola togliendo dal costo per consultazione i ricavi per consultazioni, fatturate dai medici, psicologi ed infermieri, pagati dalle Casse malati secondo le tariffe riportate a pg. 91.

I servizi ambulatoriali per adulti devono sempre più soddisfare una crescente domanda di prestazioni terapeutiche da parte della popolazione delle regioni di riferimento (Mendrisiotto, Luganese, Locarno e Valli e Bellinzona e Valli).

Per questi servizi è quindi necessario adottare un tariffario che permetta la fatturazione di tutte le consulenze prestate a terzi.

### 5.1.4. ONC: evoluzione finanziaria 1985-1993

(Fonte: Contabilità dello Stato)



	spese pers.	altri costi	totale uscite	entrate	disavanzo
1985	17.346.793	5.521.949	22.868.742	15.130.768	7.737.974
1986	18.755.596	5.403.516	24.159.112	14.377.405	9.781.707
1987	19.881.751	5.191.107	25.072.858	12.443.930	12.628.928
1988	21.554.911	5.686.626	27.241.537	12.859.104	14.382.433
1989	24.165.108	5.950.325	30.115.433	12.358.970	17.756.463
1990	25.571.670	6.339.337	31.911.007	15.297.570	16.613.437
1991	29.096.735	7.074.899	36.171.634	16.123.559	20.048.075
1992	29.498.093	6.501.209	35.999.302	15.327.873	20.671.429
1993*	30.129.200	6.599.655	36.728.855	15.686.000	21.042.855

\* Preventivo

### ONC: costi totali unitari per padiglione, 1988-1991

		1988	1989	1990	1991
ADORNA	Costo per giornata	264.-	289.-	305.-	327.-
	Costo per gg. a carico Stato	171.-	193.-	202.-	203.-
CENTRO SOCIALE	Costo per giornata	199.-	235.-	224.-	249.-
	Costo per gg. a carico Stato	109.-	140.-	128.-	132.-
EDERA	Costo per giornata	251.-	-	-	323.-
	Costo per gg. a carico Stato	158.-	-	-	114.-
GINESTRA	Costo per giornata	307.-	204.-	166.-	211.-
	Costo per gg. a carico Stato	206.-	108.-	72.-	95.-
MOTTA	Costo per giornata	213.-	-	-	-
	Costo per gg. a carico Stato	123.-	-	-	-
MOTTINO	Costo per giornata	267.-	286.-	312.-	-
	Costo per gg. a carico Stato	178.-	196.-	212.-	-
PINETA	Costo per giornata	160.-	161.-	165.-	217.-
	Costo per gg. a carico Stato	61.-	71.-	70.-	100.-
QUADRIFOGLIO	Costo per giornata	184.-	219.-	249.-	294.-
	Costo per gg. a carico Stato	95.-	128.-	150.-	173.-
VALLETTA	Costo per giornata	178.-	191.-	209.-	210.-
	Costo per gg. a carico Stato	86.-	95.-	114.-	95.-
VILLA MARGHERITA / OLEANDRO	Costo per giornata	235.-	258.-	290.-	328.-
	Costo per gg. a carico Stato	143.-	161.-	108.-	263.-
VILLA ALTA	Costo per giornata	199.-	182.-	139.-	-
	Costo per gg. a carico Stato	102.-	72.-	46.-	-
VILLA ORTENSIA	Costo per giornata	178.-	221.-	227.-	296.-
	Costo per gg. a carico Stato	89.-	131.-	131.-	176.-
TOTALE/MEDIA	Costo per giornata	202.-	227.-	239.-	288.-
	Costo per gg. a carico Stato	111.-	133.-	140.-	166.-

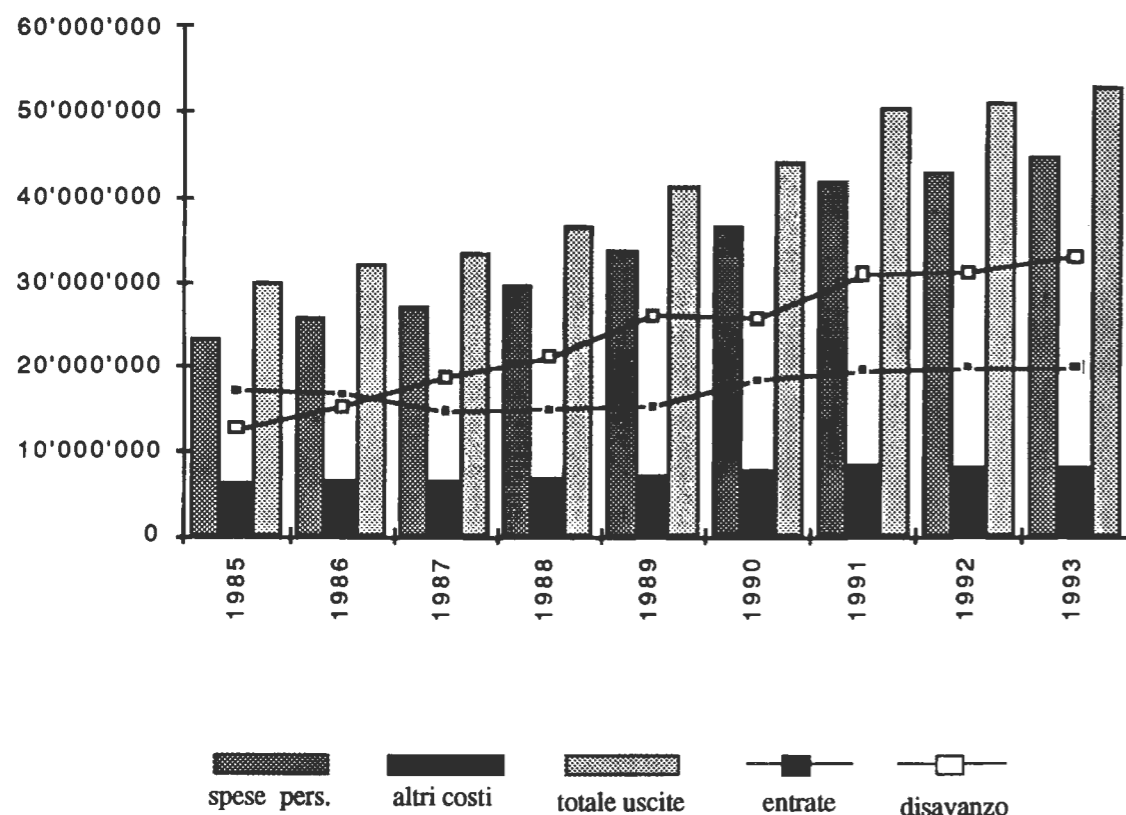
Fonte: contabilità analitica VESKA

**Nota:** il costo per giornata si calcola dividendo il totale dei costi attribuiti a ciascun padiglione per il numero di giornate di degenza del padiglione stesso.

Il costo per giornata a carico dello Stato si calcola togliendo dal costo per giornata i ricavi per giornata, stabiliti dalla convenzione con la Federazione delle casse malati e riportate a pg. 91.

### 5.1.5. OSC: evoluzione finanziaria 1985-1993

(Fonte: Contabilità dello Stato)



	spese pers.	altri costi	totale uscite	entrate	disavanzo
1985	23.444.161	6.238.688	29.682.849	17.132.091	12.550.758
1986	25.806.512	6.374.490	32.181.002	16.981.131	15.199.871
1987	27.178.112	6.333.886	33.511.998	14.750.387	18.761.611
1988	29.408.743	6.921.220	36.329.963	15.097.642	21.232.321
1989	33.863.979	7.301.999	41.165.978	15.154.874	26.011.104
1990	36.376.661	7.772.764	44.149.425	18.477.687	25.671.738
1991	41.796.475	8.509.818	50.306.293	19.496.654	30.809.639
1992	42.990.624	7.999.970	50.990.594	19.808.343	31.182.251
1993*	44.691.000	7.970.267	52.661.267	19.731.000	32.930.267

\* Preventivo

### 5.2. OSC: COSTI DI GESTIONE 1992-1995

Di seguito viene presentato il preventivo indicativo dell'OSC senza modifiche di struttura e di personale, ossia il mantenimento dell'OSC come attualmente e senza riduzione del personale di 25 unità. I risultati d'esercizio previsti sarebbero stati i seguenti:

#### 5.2.1. OSC: risultato d'esercizio senza misure riorganizzative, previsto per il periodo 1992-1995

	1992	1993	1994	1995
	consuntivo	preventivo	piano finanziario	
30 Spese per il personale *	43'193'590	44'945'000	47'192'250	49'551'862
31 Spese per beni e servizi	4'755'659	4'914'000	5'110'560	5'314'983
33 Ammortamenti (crediti inesigibili)	2'460	7'500	12'500	7'500
39 Addebiti interni	3'038'885	2'794'767	2'906'558	3'022'820
<b>3 Totale spese correnti</b>	<b>50'990'594</b>	<b>52'661'267</b>	<b>55'221'868</b>	<b>57'897'165</b>
42 Redditi della sostanza (affitti)	123'000	163'000	169'520	176'301
43 Tariffe e vendite	17'007'464	17'093'000	17'660'040	18'246'679
46 Contributi per spese correnti	2'677'879	2'475'000	2'574'000	2'676'960
<b>4 Totale ricavi correnti</b>	<b>19'808'343</b>	<b>19'731'000</b>	<b>20'403'560</b>	<b>21'099'940</b>
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>- 31'182'251</b>	<b>- 32'930'267</b>	<b>- 34'818'308</b>	<b>- 36'797'225</b>

Il piano finanziario calcola un incremento medio di costi del personale del 5% all'anno e del 4% per gli altri costi (complessivamente del 4,8%).

L'aumento del deficit è in media del 5,8% all'anno poiché le entrate aumentano solo del 3,4%.

\* i conti "Corredi ed abbigliamento" e "Perfezionamento professionale" che nelle 5 tabelle precedenti erano conteggiate nella rubrica "Altri costi", ora sono conteggiate nelle "Spese per il personale" in quanto facenti parte del gruppo contabile 30 della contabilità dello Stato.

Con le modifiche strutturali e di personale sopra citate, il preventivo indicativo dell'OSC è il seguente:

### 5.2.2. OSC: preventivo indicativo 1992-1995

	1992	1993	1994	1995
	consuntivo	preventivo	piano finanziario	
30 Spese per il personale	43'193'590	44'945'000	46'393'801	47'868'073
31 Spese per beni e servizi	4'755'659	4'914'000	5'170'560	5'377'384
33 Ammortamenti (crediti inesigibili)	2'460	7'500	12'500	7'500
39 Addebiti interni	3'038'885	2'794'767	2'906'557	3'022'820
<b>3 Totale spese correnti</b>	<b>50'990'594</b>	<b>52'661'267</b>	<b>54'483'418</b>	<b>56'275'777</b>
42 Redditi della sostanza (affitti)	123'000	163'000	169'520	176'301
43 Tariffe e vendite	17'007'464	17'093'000	18'110'040	18'714'679
46 Contributi per spese correnti	2'677'879	2'475'000	3'574'000	3'716'960
<b>4 Totale ricavi correnti</b>	<b>19'808'343</b>	<b>19'731'000</b>	<b>21'853'560</b>	<b>22'607'940</b>
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>- 31'182'251</b>	<b>- 32'930'267</b>	<b>- 32'629'858</b>	<b>- 33'667'837</b>

In questo caso l'aumento medio dei costi diventa del 3,6% mentre quello delle entrate sale del 5,6% annuo. L'aumento del deficit scende al 2,2% annuo.

Il valore di questo preventivo si spiega considerando i fattori seguenti:

- calo delle unità lavorative del SMP;
- eventuale cambiamento della base legale dei CPE;
- calo delle unità lavorative del SPS;
- suddivisione dell'ONC in CPC e in CARL; diminuzione di 16 unità lavorative.

### 5.3. OSC: COSTI D'INVESTIMENTO 1970-1992

Nei periodi precedenti, per tutti gli investimenti nel campo psichiatrico, il Consiglio di Stato ha predisposto:

### 5.3.1. SMP-SPS: costi di investimento, 1988-1992

ANNO	OGGETTO		INVESTIMENTI
1988/92	Messaggio n° 3374 per:		
	Ristrutturazione Casa Ostini SPS/SMP - Messaggio in Parlamento	2'320'000.-	2'320'000.-
<b>TOTALE</b>			<b>2'320'000.-</b>

**Nota:** il messaggio n° 3374 presentato dal Consiglio di Stato per la ristrutturazione della ex Casa Ostini di Bellinzona, prevista come sede dei servizi ambulatoriali del Bellinzonese e Valli, non è stato ancora discusso dal Parlamento. La Commissione della gestione, prima di esprimere un preavviso, intende conoscere il programma di investimento globale previsto per tutte le strutture sociopsichiatriche dell'OSC.

### 5.3.2. CPE: costi di investimento, 1962-1992

ANNO	OGGETTO		INVESTIMENTI
1962	Messaggio n° 1070 per:		
	CPE Stabio, acquisto mappale	650'000.-	650'000.-
1967	Messaggio no 1464 per:		
	CPE Stabio, nuovi padiglioni	3'081'626.-	3'081'626.-
<b>TOTALE</b>			<b>3'731'626.-</b>

### 5.3.3. ONC: costi di investimento, 1970-1992

ANNO	OGGETTO		INVESTIMENTI
1971	Messaggio n° 1726 per:		
	Pineta, Villa Ortensia	5'740'000.-	5'740'000.-
1975	Messaggio n° 2068 per:		
	Ginestra	540'000.-	
	Cucina, Mensa	3'236'000.-	
	Opere accessorie	636'000.-	4'412'000.-
1981	Messaggio del 29.7.81 per:		
	Centrale termica	690'000.-	690'000.-
1984/1987	Messaggi n° 2839/3205 per:		
	Adorna	3'884'900.-	
	Cà Rossa	950'000.-	
	Edera	2'707'465.-	
	Motta	250'000.-	
	Verbena	507'200.-	
	Lavanderia	1'240'000.-	
	Impianto potabilizzazione acqua	210'000.-	
	Farmacia	110'000.-	
	Sala video	45'000.-	9'904'565.-
<b>TOTALE</b>			<b>20'746'565.-</b>

### 5.4. OSC: COSTI D'INVESTIMENTO 1993-1995/1996-1999

Nel 1989, il Consiglio di Stato - per il tramite del Dipartimento pubbliche costruzioni - ha incaricato uno studio di architettura privato di valutare quali investimenti di tipo edilizio fossero necessari alla psichiatria pubblica per svolgere correttamente la propria attività.

I tecnici incaricati di questa analisi hanno esaminato l'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale e tutti i servizi ambulatoriali o semi stazionari nel territorio, presentando un quadro d'insieme che non necessariamente è da realizzare nella sua globalità.

Specialmente per quanto riguarda la CPC e il CARL, si sono evidenziati gli investimenti indispensabili per mantenere intatta la proprietà Casvegno a Mendrisio anche se, in futuro, alcuni immobili potranno essere rioccupati da altri servizi a carattere sociale come lo è stato nel caso della Scuola cantonale per infermieri, del Centro di formazione per operatori sociali e di molteplici corsi di formazione per il personale paramedico organizzati in collaborazione con la scuola superiore della Croce Rossa.

Le trasformazioni e gli adattamenti edilizi destinati a favorire i pazienti ONC e l'attività sociopsichiatrica in generale, saranno comunque esaminati nel dettaglio e fanno oggetto di specifici messaggi all'indirizzo del Parlamento.

Certo rimane il fatto che, a prescindere dalla destinazione definitiva degli ex padiglioni, occorre intervenire in modo risolutivo, - sull'arco di 8-12 anni - affinché anche l'ONC e i servizi sul territorio possano essere ubicati in strutture adeguate a garantire le prestazioni qualitativamente rispondenti alle attese della popolazione. Così facendo si intende inserire l'intera organizzazione psichiatrica in un contesto sociale e ospedaliero il cui adeguamento all'evoluzione dei tempi ha già trovato l'avvio con la costruzione o l'ammodernamento degli ospedali dell'EOC e di numerosi istituti per minorenni, adulti e anziani.

### 5.4.1. SMP-SPS: investimenti 1993-1995/1996-1999

		1993-1995	1996-1999
Mendrisiotto	SMP (CO)	-	0.18
Bellinzona e Valli *	SMP-SPS (CO)	2.70	-
	SMP-SPS (MO)	0.60	-

\* Messaggio del Consiglio di Stato già trasmesso al Gran Consiglio

Valori in mio di fr. al 1993; CO: costruzione; MO: mobilio/attrezzature

L'immobile di proprietà dello Stato nel quale è ubicato il SMP di Coldrerio deve essere parzialmente ristrutturato.

L'ex proprietà Ostini, anch'essa dello Stato, deve essere completamente rinnovata per rispondere al fabbisogno del SMP, del SPS e della direzione di settore.

### 5.4.2. CPE: investimenti 1993-1995/1996-1999

		1993-1995	1996-1999
Stabio	CPE (CO)	-	4.60
	CPE (MO)	-	0.40

Valori in mio di fr. al 1993; CO: costruzione; MO: mobilio/attrezzature

Lo Stato è il proprietario del Centro psico-educativo di Stabio. Si tratta di un complesso di alcuni immobili che necessitano di un'importante intervento. I lavori di ristrutturazione possono essere eseguiti nel periodo 1996-1999.

Nella seguente tabella si presentano i valori degli investimenti previsti a Casvegno per il CARL:

#### 5.4.3. CARL: investimenti 1993-1995/1996-1999

CENTRO ABITATIVO, RICREATIVO E DI LAVORO		1993-1995	1996-1999
Villa Alta	(CO)	1.00	5.84
	(MO)		0.26
Villa Ortensia	(CO)		0.45
Valletta	(CO)		4.50
	(MO)		0.80
Ginestra	(CO)		0.41
Pineta	(CO)	4.20	
	(MO)	1.80	
Serre	(CO)	0.42	
	(MO)	0.05	
Officina/Laboratori	(CO)	2.72	
	(MO)	0.65	
<b>TOTALE</b>	(CO)	<b>8.34</b>	<b>11.20</b>
	(MO)	<b>2.50</b>	<b>1.06</b>

Valori in mio di fr. al 1993; CO: costruzione; MO: mobilio/attrezzature

#### 5.4.4. CPC: investimenti 1996-1999/2000-2003

CLINICA PSICHIATRICA CANTONALE		1996-1999	2000-2003
Adorna	(CO)		0.41
Edera	(CO)		0.24
Centro sociale	(CO)		1.40
	(MO)		0.09
Verbena	(CO)		0.13
Quadrifoglio	(CO)	1.32	
	(MO)	0.10	
Adattamenti diversi (camera mort.)	(CO)	0.05	
Casa del personale	(CO)	0.48	
	(MO)	0.10	
Centro medico	(CO)		0.64
Chiesa	(CO)		0.11
Collinetta (scuola infermieri)	(CO)	0.19	
Direzione	(CO)	0.57	
Impianti tecnici	(CO)	2.21	
Mensa + Prestino	(CO)	0.33	
Motta (Centro doc. + CFOS)	(CO)		0.56
Strade, acque luride	(CO)	3.67	
Materiale tecnico	(CO)	0.60	
Mottino	(CO)		0.73
	(MO)		0.30
Servizi generali	(CO)	2.03	
	(MO)	0.20	
Villa Margherita	(CO)	4.20	
	(MO)	1.00	
<b>TOTALE</b>	(CO)	<b>15.65</b>	<b>4.22</b>
	(MO)	<b>1.40</b>	<b>0.39</b>

Valori in mio di fr. al 1993; CO: costruzione; MO: mobilio/attrezzature



L'esame degli immobili di Casvegno ha evidenziato una serie di investimenti per ristrutturazioni tali da prevedere il rinnovo della maggior parte degli edifici. Al riguardo esiste un documento specifico preparato da uno studio di architettura privato su mandato della Sezione stabili erariali e del Consiglio di Stato.

Per il rinnovo e l'eliminazione delle barriere architettoniche del Centro si prevede un investimento globale di 15 mio circa per il periodo 1992-1999. Parte di questo investimento è sussidiato dall'AI che di regola copre il 50% delle spese riconosciute. La quota parte dei costi a carico della Confederazione è comunque decisa unicamente in base al consuntivo. Per questo motivo si dà priorità alla riattazione delle strutture del Centro rispetto a quelle delle Clinica.

Riassumendo i dati sugli investimenti necessari alla psichiatria pubblica, si ottiene l'importo globale seguente:

#### 5.4.5. OSC: investimenti 1993-1995/1996-1999/2000-2003

STRUTTURE		1993-1995	1996-1999	2000-2003	Totale
ONC	CARL	10.84*	12.26*	-	23.1
	CPC	-	17.05	4.61	21.66
SMP-SPS	Coldrerio	-	0.18	-	0.18
	Bellinzona	3.3	-	-	3.3
CPE	Stabio	-	5.0*	-	5.0
TOTALE		14.14	34.49	4.61	53.24
attualmente a PF		8.32	2.0	--	10.32
mancanti		5.82	32.49	4.61	42.92

\* investimenti sussidiati dall'AI: 50% degli investimenti riconosciuti

Valori in mio di fr. al 1993

Il piano finanziario dovrà essere aggiornato di conseguenza.

## 6. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE, L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E LA RICERCA

E' generalmente riconosciuto che la formazione e l'aggiornamento permanente del personale costituiscono i presupposti indispensabili per conseguire migliori prestazioni in settori soggetti ad evoluzione quali il settore psichiatrico.

Per garantire un miglior livello di professionalità è inoltre necessaria l'apertura verso nuove modalità operative, nuovi concetti professionali, anche nell'intento di migliorare il grado di motivazione e soddisfazione del personale sul lavoro.

L'importanza della formazione professionale è menzionata in modo specifico dalla LASP che:

all'art. 6 recita: «l'utente ha diritto ad un'assistenza adeguata ed in modo particolare: (....) ad un intervento socioterapeutico ininterrotto, fornito da personale qualificato di cui sarà specialmente promossa la formazione professionale permanente».

L'art. 9 lett. d) «Il settore organizza la formazione permanente in collaborazione con gli altri settori, ricorrendo anche all'ausilio di operatori privati.»

### 6.1. I CRITERI

Per gli operatori dell'OSC si possono distinguere i seguenti criteri di base per l'accesso ad attività di formazione:

- formazione e perfezionamento professionale necessari per rispondere alle esigenze derivanti dalle nuove modalità operative indicate dalla LASP, dal tipo di presa a carico delle moderne concezioni della sociopsichiatria, e dall'evoluzione dei bisogni;
- esigenza di formazione e di perfezionamento specialistici nei campi della psichiatria sociale e della psicologia clinica;
- esigenze di formazione al lavoro interdisciplinare di équipe;

- d) criteri di razionalità: a livello del settore (come menzionato nella legge, con una formazione permanente vista anche come modo di promuovere il funzionamento organico del settore, facendo appello anche ai privati) e a livello intersettoriale (al fine di curare gli scambi, di evitare gli sprechi di energie e le ripetizioni);
- e) l'obbligatorietà, che sussiste per quei corsi di formazione indispensabili per accedere ad un nuovo posto di lavoro (esempio corsi per capi e vice-capi padiglione) e nella formazione di categorie professionali specifiche (per esempio la formazione FMH per medici specializzandi ed i corsi per stagiaires psicologi).

## 6.2. L'ORGANIZZAZIONE

- a) La formazione infermieristica di base viene assicurata dalla SCIP il cui diploma è riconosciuto dalla CRS. Esistono inoltre le scuole di infermieri di cure generali, di assistenti geriatrici e di ausiliari d'ospedale che permettono di formare altre figure professionali di rilevanza anche psichiatrica.
- b) L'attività di formazione **interna**: si tratta di tutte quelle attività con contenuti didattici rivolte al lavoro svolto all'interno dell'équipe quali le discussioni di casi, le supervisioni interne, ecc.;
- c) corsi e seminari **esterni** all'OSC: si tratta di corsi obbligatori e facoltativi che vengono attuati con altri enti pubblici o privati del Cantone, in Svizzera e all'estero;
- d) supervisioni e seminari di specialisti interni: si tratta di attività didattiche indirizzate a gruppi di operatori per le quali si fa capo ad esperti esterni;
- e) congressi e convegni:  
**modalità di coordinamento**: per il coordinamento e l'organizzazione di tutte queste attività di formazione e in particolare per quelle menzionate al punto b) e c), la Direzione OSC ha creato un **gruppo interno OSC** per la formazione del personale, composto da rappresentanti dei diversi settori, dei minori, del personale. Questo gruppo ha il compito di vagliare le esigenze di formazione e di perfezionamento a livello di équipe e di categorie professionali;

**l'informazione e la documentazione**: l'informazione riguardo ai corsi e seminari esterni, ai congressi ed alcune specifiche attività didattiche interne è curata dal **Centro di documentazione e ricerca dell'OSC**. Per molteplici attività di formazione, in modo particolare per i **corsi obbligatori per infermieri** esiste una stretta collaborazione con l'**Ufficio della formazione socio-sanitaria**. Per la messa a punto di alcuni seminari e convegni, vi è una fattiva collaborazione con altri enti pubblici quali il **Dipartimento dell'istruzione e della cultura**, alcune Università svizzere e straniere.

## 6.3. LE PROSPETTIVE

Sulla base di quanto sopra esposto, si possono determinare le seguenti linee di sviluppo della formazione e dell'aggiornamento professionale del personale OSC:

- a) le attività di formazione e perfezionamento professionale:  
sono volte a rispondere alle esigenze derivanti dalle nuove modalità di lavoro indicate dalla LASP e sono da **ampliare**, sia nell'acquisizione e approfondimento di tecniche di cura e di riabilitazione, che nella presa a carico di una casistica psicogeriatrica; in tutti gli altri settori le attività attuali **sono mantenute**;
- b) è necessario incrementare la formazione specialistica in psichiatria sociale ed in psicologia clinica, allo scopo di raggiungere livelli di professionalità elevata;
- c) deve continuare la formazione al lavoro interdisciplinare di équipe.  
Attualmente è curata anche dalle supervisioni;
- e) il criterio della razionalità nelle attività di formazione deve venire particolarmente curato attraverso una verifica degli obiettivi della formazione e dei risultati conseguiti;
- f) le attività di formazione si rifanno al criterio dell'obbligatorietà;
- g) sarà particolarmente sviluppata la formazione degli operatori dei servizi tecnici e generali per una migliore integrazione di queste attività nel processo occupazionale riabilitativo.

#### 6.4. LA RICERCA

L'obiettivo è fornire le indicazioni necessarie per una migliore conoscenza in ambito sociopsichiatrico e psico-sociale in Ticino, per la definizione delle priorità negli interventi dell'OSC ai fini pianificatori. L'attività di ricerca è affidata al Centro documentazione e ricerca e comporta tre livelli:

1. **la raccolta integrata ed analisi dei dati concernenti tutta la casistica dell'OSC** (4674 persone per il 1992), per fornire le informazioni di statistica medica di base per le valutazioni epidemiologiche indispensabili per il monitoraggio dell'attività sociopsichiatrica e per la pianificazione. Si tratta di un'attività, data la sua stessa definizione, continuativa nel tempo;
2. **gli studi su aspetti specifici della presa a carico di pazienti OSC** (per esempio la valutazione dei pazienti debili degenti all'ONC, dei cronici dimessi, delle richieste di consulenza medica da parte degli ospedali dell'EOC, dell'impatto del ricovero per i pazienti non cronici, e così via) finalizzati a fornire informazioni per l'evoluzione della presa a carico e dell'organizzazione delle relative strutture. Si tratta di studi limitati nel tempo e svolti in collaborazione con i medici responsabili.  
Un ulteriore aspetto di questo livello sono gli studi su problemi riguardanti il personale dell'OSC quali la formazione e l'aggiornamento professionale;
3. **le ricerche più ampie su tematiche psico-sociali** in Ticino, in collaborazione con istituti di ricerca quali le Università o il Fondo Nazionale Svizzero per la Ricerca Scientifica e con finanziamenti esterni; questi studi ricoprono temi richiesti dal Gran Consiglio e che sono oggetto di particolare interesse nella pianificazione generale (ad esempio i bisogni delle famiglie monoparentali in Ticino, l'assistenza a domicilio degli anziani e il carico per le famiglie). Le ricerche di questo livello sono attuate solo se vengono ottenuti finanziamenti esterni (Fondo nazionale per la ricerca, Fondazioni, ecc.).

## PRIMA APPENDICE LINEE DIRETTIVE 1992-1995

Nelle Linee direttive e nel Piano finanziario (PF) 1992-1995 del Consiglio di Stato e in particolare nel capitolo 3.4 "Politica sanitaria" al punto 3.4.4 Assistenza socio-sanitaria, vengono esposte le seguenti linee guida:

### "A LA PROBLEMÁTICA

*L'assistenza socio-sanitaria è offerta da strutture (ospedali, cliniche), servizi (ambulatori) e operatori sanitari (liberi professionisti e dipendenti) pubblici e privati, ripartiti sul territorio non necessariamente in funzione dei corrispondenti bisogni. Data la libertà di iniziativa e di scelta (libertà di industria e di commercio) sancite dall'ordinamento, le lacune dell'organizzazione territoriale dell'assistenza sociosanitaria devono essere individuate e colmate per iniziativa degli enti pubblici (Cantone e Comuni) e in accordo con le assicurazioni sociali e le associazioni professionali.*

*Un discorso analogo deve essere sviluppato nell'altro versante dell'assistenza sociosanitaria, quello che riguarda le persone anziane, che viene sviluppato nel capitolo relativo alla politica sociale.*

### B LE FINALITÀ DELL'AZIONE DELLO STATO

*L'organizzazione dell'assistenza sociosanitaria deve offrire accessibilità e adeguatezza delle prestazioni generali e specialistiche a tutta la popolazione, con la diffusione nel territorio dei servizi d'assistenza sociosanitaria di base e la relativa centralizzazione delle strutture e dei servizi di elevata specialità e particolarmente costosi.*

### C I PROVVEDIMENTI OPERATIVI

*C1 Valutare e verificare la copertura dei bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria nel territorio.*

*Promuovere iniziative e progetti intesi a colmare lacune, anche mediante la riconversione e la redistribuzione di risorse disponibili.*

*Considerare l'esigenza del coordinamento tra i servizi sociosanitari operanti nel territorio anche con un recapito di informazione per gli utenti.*

*C2 Adottare ed attuare gradualmente la pianificazione sociopsichiatrica."*

La Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane (del 25 giugno 1973) precisa all'art. 1 il ruolo dello Stato quale diretto promotore e coordinatore delle attività sociali indirizzate alla terza età. Inoltre l'art. 2 considera attività sociali - oltre alla costruzione - l'acquisto, il finanziamento di case di riposo o appartamenti, "l'istituzione e la gestione di servizi ambulatoriali e domiciliari di assistenza specialistica, di aiuto infermieristico, terapeutico, domestico e ricreativo".

In quest'area di intervento, preoccupazione del legislatore si è rivelata la tendenza alla riduzione dell'ospedalizzazione dell'anziano, perseguita mediante il potenziamento del servizio di aiuto domiciliare, la costruzione di istituti medicalizzati per anziani non più autosufficienti e la realizzazione dei centri diurni. Inoltre nelle citate linee direttive 1992-1995 del Consiglio di Stato, al capitolo Anziani (3.5.3) si legge:

#### *"A LA PROBLEMATICATA*

*La verifica di quanto previsto dalle pianificazioni settoriali (EOC, OSC e azione sociale) ha evidenziato che la rete di istituzioni specializzate per la cura e l'assistenza alle persone anziane (case per anziani, centri ambulatori, servizi domiciliari) è ancora incompleta, a volte inadeguata, anche dopo la realizzazione di un vasto programma regionalizzato.*

*Il collegamento tra realtà istituzionale (case per anziani, EOC, OSC), sede ambulatoriale e servizio domiciliare dev'essere ridefinito su base territoriale.*

*E nel contesto sociale territoriale devono essere meglio individuate, attivate e coordinate le numerose risorse potenziali costituite da enti e servizi pubblici e privati, associazioni e gruppi, promotori e operatori singoli.*

*Accanto alle attività istituzionali e di servizio, vanno sperimentati e diffusi modi di intervento particolari volti al mantenimento della persona anziana al proprio domicilio: eliminazione delle barriere architettoniche, sostegno alla famiglia o al nucleo di riferimento, nel senso della recente proposta di riforma legislativa.*

#### *B LE FINALITA' DELL'AZIONE DELLO STATO*

*Oltre a coordinare la stretta collaborazione tra le strutture stazionarie che fanno capo all'EOC (ospedali) e alle risorse dell'OSC (ospedale neuropsichiatrico e servizi dislocati nel territorio),*

*l'azione dello Stato tende a dotare in misura appropriata l'intero territorio di strutture e servizi destinati alle persone anziane bisognose di cure e di assistenza specifiche, rendendoli accessibili anche dal profilo economico con il finanziamento delle spese di gestione e, indirettamente, con provvedimenti assicurativi a sostegno degli utenti meno abbienti.*

*In particolare essa favorisce la mobilitazione di tutte le risorse disponibili e interviene con misure dirette al mantenimento della persona anziana a domicilio con la collaborazione del nucleo familiare o sociale di appartenenza.*

#### *C I PROVVEDIMENTI OPERATIVI*

*C1 Completare il programma di realizzazione di istituzioni per persone anziane (case per anziani, centri diurni e ambulatoriali), anche per la parte non più al beneficio del sussidiamento federale secondo la LAVS.*

*C2 A complemento di quanto previsto dall'EOC (realizzazione del servizio di geriatria eventualmente ambulatoriale in funzione dei concetti di assistenza coordinata) e dall'OSC (reparto acuto di psicogeriatrics e consulenza alle case per anziani medicalizzate), elaborare un piano di riferimento per lo sviluppo dell'organizzazione territoriale e coordinare le diverse forme di assistenza alle persone anziane, con l'abbinamento per comprensori tra istituzioni stazionarie, semistazionarie, centri e servizi ambulatoriali e servizi di cura e d'assistenza a domicilio, nel senso del decentramento, compatibilmente con le esigenze di razionalità, flessibilità e disponibilità del personale qualificato.*

*C3 Procedere alla ristrutturazione di taluni istituti costruiti negli anni '70 che denotano importanti carenze a livello logistico (barriere architettoniche, sicurezza pubblica).*

*C4 Attivare forme dirette d'intervento, volte al mantenimento della persona anziana al proprio domicilio (eliminazione delle barriere*

*architettoniche, indennizzo a famiglie ecc. secondo la nuova base legale proposta).*

- C5 *Coinvolgere maggiormente le organizzazioni degli utenti anziani nei processi consultivi e preparatori su scelte e programmi attinenti alla loro sfera d'interessi, ritenuto che l'incentivazione delle attività ricreative e culturali sarà prevalentemente compito delle stesse organizzazioni degli utenti, con il sostegno da parte degli enti pubblici."*

L'art. 44 LASP prevede che non si possa imporre alcuna attività lavorativa a carattere non terapeutico all'utente sociopsichiatrico ricoverato all'ONC, sebbene gli debba essere garantita la possibilità di svolgere un'attività in funzione delle proprie capacità, in prospettiva di un reinserimento nel mondo del lavoro.

Il C.d.S., considerando la Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI), ha tracciato delle linee d'intervento, contenute nelle linee direttive 1992-1995, del seguente tenore:

#### **"A LA PROBLEMATICA**

*L'impostazione dei programmi e dei progetti intesi a favorire l'integrazione sociale delle categorie marginali e dei gruppi a rischio devono necessariamente essere continuo oggetto di verifica alla luce dell'analisi dei fenomeni di emarginazione e del manifestarsi dei bisogni. Informazione ed educazione a scopo di prevenzione e interventi di sostegno e di riabilitazione pongono costantemente problemi di interpretazione nell'approccio, di flessibilità e di specificità nell'azione. La capacità di adattamento degli operatori addetti dipende anche dalle competenze e dalle possibilità di aggiornamento tecnico-professionali, tuttora limitate.*

*Il necessario collegamento tra operatori specializzati, docenti e famiglie richiede grande impiego di risorse umane e componenti di professionalità e di sensibilità culturale che occorre ulteriormente sviluppare.*

#### **B LE FINALITA' DELL'AZIONE DELLO STATO**

*Lo Stato assicura l'integrazione sociale e professionale delle persone disabili o disadattate: vi provvede con misure specifiche alle diverse forme di handicap e di disadattamento, privilegiando l'intervento preventivo e la riabilitazione, sviluppando la formazione e l'addestramento professionali e promuovendo, ove occorra, l'occupazione protetta permanente.*

*Le attività di prevenzione e di sostegno alle categorie marginali e ai gruppi a rischio devono coinvolgere le diverse componenti sociali (famiglie, associazioni) e professionali (docenti, operatori sociosanitari).*

#### **C I PROVVEDIMENTI OPERATIVI**

C1 *Aggiornare le leggi speciali e settoriali.*

C2 *Sviluppare le attività di prevenzione e di promozione di nuovi progetti di riabilitazione e di reintegrazione specifici ai bisogni emergenti, con particolare accento sull'integrazione professionale.*

C3 *Potenziare la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori sociali."*

## SECONDA APPENDICE

### LEGGE SULL'ASSISTENZA SOCIOPSICHIATRICA (LASP)

(del 26 gennaio 1983)

IL GRAN CONSIGLIO  
DELLA REPUBBLICA E CANTONE DEL TICINO

visto il messaggio 12 novembre 1979 n. 2420 del Consiglio di Stato,

decreta:

Capitolo I

#### Campo di applicazione e principi

##### I Finalità

###### Art. 1

La presente legge ha lo scopo:

- a) di tutelare i diritti delle persone bisognose di assistenza e, in modo particolare, di creare le premesse per garantire loro un'assistenza adeguata nel rispetto delle libertà individuali;
- b) di istituire e organizzare le Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR) nel territorio e di vigilare sul loro funzionamento;
- c) di favorire la prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patogeni a livello individuale e sociale.

##### II Oggetto

###### Art. 2

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

- a) indicate nell'art. 397a CCS;
- b) che compromettono gravemente con grande e imminente probabilità la propria vita e salute e quella altrui;

- c) oggetto di una misura ai sensi degli art. 43 e 44 CPS, riservato il diritto federale;
- d) che necessitano di altri interventi psicosocioterapeutici.

##### III Persone o

enti assi-  
stenziali  
di diritto  
privato

###### Art. 3

Le disposizioni concernenti la tutela della libertà individuale dell'utente si estendono anche agli enti e alle persone di diritto privato che adempiono compiti o perseguono finalità attinenti all'assistenza sociopsichiatrica.

##### Collaborazione

###### Art. 4

- 1 Lo Stato promuove la collaborazione con le persone fisiche e giuridiche di diritto privato che operano nel campo dell'assistenza sociopsichiatrica.
- 2 Il Consiglio di Stato può riconoscere ad una persona di diritto privato la qualifica di UTR. La relativa convenzione indicherà in modo particolare le funzioni pubbliche e il grado di autonomia attribuiti alla stessa.
- 3 Il Consiglio di Stato disciplinerà in via di regolamento le condizioni per cui una persona di diritto privato può beneficiare di sussidi in funzione dell'interesse generale della sua attività.

##### IV Diritti

degli utenti  
1) Libertà  
personale

###### Art. 5

- 1 Ogni limitazione della libertà personale è solo ammessa se necessaria per una terapia efficace, adeguata e indispensabile.
- 2 La limitazione della libertà personale, causata dal collocamento o dalla degenza in una UTR, o dall'applicazione contro la volontà dell'utente o senza il suo consenso di una terapia e segnatamente se particolarmente intensa o rischiosa è subordinata al fondamento medico e giuridico precisato nella presente legge.
- 3 E' riservato il diritto federale.

##### 2) Assistenza

adeguata

###### Art. 6

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

- a) al collocamento nell'UTR maggiormente corrispondente alle sue esigenze ed a essere mantenuto, nel limite del possibile, nel suo ambiente sociale e familiare;

- b) a un intervento socioterapeutico ininterrotto, fornito da personale qualificato di cui sarà specialmente promossa la formazione professionale permanente;
- c) all'applicazione di terapie proporzionali all'esigenza di cura, definite in un piano terapeutico elaborato, se possibile, con la sua partecipazione.

## Capitolo II

### Organizzazione

#### I I settori

##### Art. 7

- 1 Ai fini dell'applicazione della presente legge il Cantone è suddiviso in settori psichiatrici autonomi. Il loro numero e la loro dimensione geografica sono decisi dal Consiglio di Stato sulla base della pianificazione discussa dal Gran Consiglio.
- 2 In ogni settore è promossa l'istituzione di UTR commisurate alle esigenze della popolazione al fine di assistere gli utenti nel loro ambiente sociale naturale; è favorita la collaborazione con gli enti e le persone di diritto privato ai sensi dell'art. 3.

#### 1) Direzione

##### Art. 8

- 1 Il settore è affidato alla responsabilità di un direttore, medico specialista FMH in psichiatria o persona con titoli di studio equivalenti, nominato dal Consiglio di Stato.
- 2 Riservate ulteriori competenze determinate dal regolamento, il direttore:
  - rappresenta il settore nel Consiglio psicosociale cantonale (CPSC)
  - coordina le attività terapeutiche e amministrative nel settore
  - è responsabile per l'attuazione delle direttive mediche e organizzative proposte dal CPSC
  - decide il collocamento coattivo nei casi previsti dalla legge
  - presiede il collegio direttivo del settore
  - vigila affinché nel settore vengano rispettate le norme attinenti alla libertà personale dell'utente.

#### 2) Collegio direttivo

##### Art. 9

I responsabili delle UTR pubbliche e di quelle private, riconosciute nell'organizzazione settoriale, costituiscono il collegio direttivo del settore che

collabora con il direttore nella gestione medica e amministrativa e in modo particolare:

- a) promuove e cura il funzionamento organico del settore;
- b) propone al CPSC le misure e le iniziative idonee all'applicazione della presente legge;
- c) vigila affinché a ogni singolo utente sia garantita l'assistenza medica adeguata e dirime eventuali conflitti di competenza fra UTR del medesimo settore;
- d) organizza la formazione permanente in collaborazione con gli altri settori, ricorrendo anche all'ausilio di operatori privati.

#### II Consiglio

##### psicosociale cantonale

##### Art. 10

- 1 E' costituito un Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) composto da:
  - i direttori di settore
  - un membro nominato dal Consiglio di Stato
  - un rappresentante degli operatori sociali
  - il responsabile dei servizi per minorenni.
- 2 Il Consiglio è presieduto da uno dei direttori dei settori, secondo un turno di durata biennale.

#### 1) Competenze

##### del CPSC

##### Art. 11

Il CPSC ha le seguenti competenze:

- a) coordina le attività dei settori;
- b) preavvisa la nomina dei direttori delle UTR e l'assunzione del personale al Dipartimento competente;
- c) propone la distribuzione e l'impiego del personale nei diversi settori;
- d) propone, sulla base delle esigenze dei singoli settori, l'attuazione di UTR;
- e) elabora e propone al Consiglio di Stato la pianificazione degli interventi socio-psichiatrici fissando un catalogo delle priorità.
- f) definisce, nell'ambito di un catalogo costantemente aggiornato, le terapie intense e rischiose.

#### 2) Commissione

##### consultiva del CPSC

##### Art. 12

- 1 Il CPSC fa ricorso a una speciale commissione consultiva nominata dal Consiglio di Stato.

- 2 Fra i compiti della Commissione rientra la raccolta della documentazione e la promozione della ricerca.

**III Pianificazione**

**Art. 13**

- 1 Il Consiglio di Stato, competente per approvarla, sottopone al Gran Consiglio per discussione ogni 4 anni la pianificazione relativa agli interventi sociopsichiatrici che dev'essere coordinata con la pianificazione ospedaliera e con la pianificazione cantonale.
- 2 La pianificazione sociopsichiatrica indica in particolare il numero dei settori, il numero, la funzione, le infrastrutture e il personale delle unità terapeutiche riabilitative, ivi compresi i reparti dell'ONC e i criteri di coordinamento di queste strutture tenuto conto dei bisogni, dei mezzi finanziari a disposizione e dei servizi esistenti.

**IV Commissione**

**Art. 14**

- 1 E' istituita una commissione giuridica formata da tre persone, chiamata a dirimere i ricorsi presentati sulla base della presente legge e in modo particolare quelli attinenti al rispetto della libertà individuale degli utenti.
- 2 E' nominata dal Consiglio di Stato e si compone di un presidente scelto nell'ordine giudiziario, un medico, un operatore sociale e due supplenti. Ha sede presso la sede di lavoro del presidente.
- 3 La Commissione giuridica segnala al Consiglio di Stato le situazioni di cui, anche su denuncia di terzi, viene a conoscenza che pregiudicano la libertà individuale degli utenti. Annualmente invia inoltre al Consiglio di Stato un rapporto sulla sua attività e propone gli interventi strutturali che a suo giudizio permetterebbero una migliore tutela della libertà individuale.

**V Equipe**

**Art. 15**

- 1 Le persone che operano all'interno dell'UTR collaborano fra loro formando un'équipe.
- 2 Il loro lavoro è coordinato da un responsabile che, nelle UTR aventi carattere clinico, deve avere un titolo medico.
- 3 L'équipe decide sull'assunzione degli utenti e elabora un piano terapeutico costantemente aggiornato.

**VI Unità Terapeutiche riabilitative (UTR)**

**Art. 16**

- 1 Le strutture ambulatoriali, i consultori, le équipes di pronto intervento nel territorio, gli ospedali di giorno e di notte, i foyers, gli appartamenti, i reparti psichiatrici inseriti negli ospedali generali, i singoli settori dell'ONC, così come ogni altra struttura pubblica o privata, riconosciuta nell'organizzazione settoriale, sono considerate Unità terapeutiche riabilitative (UTR).
- 2 Il Gran Consiglio, su proposta del Consiglio di Stato e nell'ambito della pianificazione, decide la realizzazione e il potenziamento delle singole UTR e il loro finanziamento.

**VII O.N.C.**

**Art. 17**

- 1 L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale è il luogo specializzato di cura intensa e stazionaria, a eccezione dei reparti psicogeriatrici a lunga degenza.
- 2 Ai suoi utenti saranno garantite la continuità della terapia e cure atte a evitare l'assuefazione alla vita stazionaria dell'istituto.
- 3 Il direttore dell'ONC è il responsabile del settore entro cui sorge.

**VIII Servizi per minorenni**

**Art. 18**

- 1 Nell'ambito dei singoli settori sono organizzati strutture e servizi rivolti in special modo ai minorenni.
- 2 Il Collegio direttivo del settore veglierà affinché sia garantita la continuità della cura agli utenti nel passaggio fra la minore e la maggiore età.

**IX Operatori sociali**

**Art. 19**

Gli operatori sociali (infermieri, assistenti, animatori, ecc.) dipendono dal servizio settoriale presso il quale prestano la loro attività.

**X Vigilanza**

**Art. 20**

Il Consiglio di Stato vigila all'applicazione della legge.



**Ammissione e collocamento nelle UTR**

- I Ammissione Art. 21**  
**volontaria** Ogni persona bisognosa d'assistenza ha il diritto di essere ammessa in una UTR adeguata alla sua situazione.
- 1) Procedura Art. 22**  
 1 La richiesta formulata dall'utente è presentata a una delle UTR e trasmessa al direttore del settore.  
 2 Il direttore, o persona da lui designata, con formazione medica, interroga approfonditamente l'utente sulle ragioni della sua richiesta, e, se necessario, assume ulteriori informazioni dilazionando l'ammissione o prendendo provvedimenti opportuni; egli ne verifica in particolare la capacità di discernimento.  
 3 Nel caso di ricovero coattivo, secondo gli art. 24 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.
- 2) Ricorso Art. 23**  
 Contro la decisione di rifiuto di un ricovero volontario è dato ricorso nel termine di 10 giorni alla Commissione giuridica che decide inappellabilmente.
- II Collocamento Art. 24**  
**coattivo** E' coattivo ogni ricovero in una UTR oggetto della presente legge che avviene senza o contro la volontà dell'utente.
- 1) Collocamento Art. 25**  
**coattivo ordinario** Il collocamento o il trattamento in una UTR avviene per decisione:  
 a) dell'autorità competente secondo la legislazione federale e cantonale per i detenuti e i prevenuti;  
 b) della delegazione tutoria del Comune di domicilio per le persone previste all'art. 397a CCS o dal direttore del settore del luogo di domicilio in caso di malattia psichica;  
 c) dall'autorità prevista dal diritto federale per i minorenni (art. 310, 315, 315a, 405a cpv. 1 CCS).

- Decisione, Art. 26**  
**forma** Se la decisione del collocamento non emana da un giudice penale deve essere motivata e corredata dal piano terapeutico; essa deve fare espresso riferimento alla possibilità di ricorso indicando termine e autorità.
- 2) Collocamento Art. 27**  
**urgente**  
 1 In caso di urgenza la decisione di collocamento ai sensi degli art. 25 b) e c) e 28 è di competenza, oltre che delle Autorità ivi designate, anche della delegazione tutoria del luogo di residenza della persona oppure di un medico abilitato all'esercizio in Svizzera.  
 2 Per le persone tutelate (art. 405 e 406 CCS) è inoltre competente il tutore.  
 3 Per il trattenimento susseguente fa stato l'art. 25.
- 2.1 Collocamento per motivi di polizia Art. 28**  
 Una persona può essere collocata coattivamente per motivi di polizia solo se costituisce con grande probabilità un pericolo grave e imminente per la propria o altrui vita e salute, evitabile solo con la privazione della libertà.
- 2.2 Decisione, Art. 29**  
**forma** La decisione deve contenere:  
 a) la sintomatologia, con l'esposizione dettagliata dei fatti che rendono necessario il collocamento;  
 b) la giustificazione della indefferibilità 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 è volontario o coatto;  
 g) il riferimento all'Autorità e al termine di ricorso.
- 2.3 Ratifica Art. 30**  
 Il responsabile dell'UTR presso cui l'utente è collocato, o il suo sostituto, verifica immediatamente la sussistenza dei requisiti che fondano la validità del collocamento d'urgenza. Sente la persona collocata, la informa dei suoi diritti e la rende attenta della facoltà di ricorso.

**2.4 Non accettazione** **Art. 31**  
Se il responsabile dell'UTR ritiene non sussistere i requisiti di cui all'art. 30 non ratifica la decisione, prende provvisoriamente i provvedimenti opportuni e ne informa l'Autorità competente a norma dell'art. 25.

**2.5 Informazione** **Art. 32**  
La delegazione tutoria del luogo di dimora, le Autorità previste all'articolo 27, o, se da queste Autorità appositamente delegato, il responsabile dell'UTR presso cui l'utente è collocato o trattenuto, informano la delegazione tutoria del luogo di domicilio quando collocano o trattengono in una UTR una persona interdetta oppure quando ritengono che altre misure siano necessarie nei confronti di altri utenti.

**2.6 Esecuzione** **Art. 33**  
1 L'esecuzione della decisione è sospesa in caso di ricorso, a eccezione dei casi di cui agli art. 27 segg.  
2 L'Autorità può avvalersi dell'ausilio della forza pubblica in caso di urgenza o di dimostrata necessità.

#### Capitolo IV

#### Assistenza e diritti degli utenti

**I Piano terapeutico** **Art. 34**  
1 Il piano terapeutico e riabilitativo è elaborato dall'équipe che assiste l'utente.  
2 Se non lo giustificano motivi d'urgenza la privazione o la restrizione grave della libertà personale può essere attuata solo dopo l'elaborazione del piano o la sua iscrizione in esso.

**1) Contenuto del piano terapeutico** **Art. 35**  
Il piano terapeutico contiene segnatamente:  
a) la descrizione della natura dei problemi socio-psicopatologici dell'utente;  
b) la descrizione e la giustificazione delle misure privative o restrittive della libertà personale, della loro necessità e proporzionalità;

c) gli obiettivi terapeutici e riabilitativi a media e lunga scadenza e la prognosi, con valutazione delle risorse socio-familiari e personali dell'utente;  
d) quanto apparisse di particolare importanza per l'utente.

**2) Obblighi speciali di comunicazione** **Art. 36**  
Il responsabile dell'UTR trasmette il piano terapeutico riabilitativo alla Commissione giuridica che ne esaminerà la liceità sentendo, se necessario, l'utente:  
- qualora dalla valutazione prognostica dovesse emergere che non è prevedibile l'eliminazione di ogni misura privativa della libertà personale entro un anno dall'ammissione o dal collocamento;  
- a ogni scadenza annuale dall'ammissione o dal collocamento, indipendentemente dalla valutazione prognostica.

**3) Informazione dell'utente** **Art. 37**  
1 Il piano terapeutico e riabilitativo deve essere discusso con l'utente.  
2 Se questi è capace di discernimento devono essergli dettagliatamente spiegati le finalità e gli effetti della terapia, la necessità delle restrizioni cui dovrà adeguarsi.  
3 Se l'incapacità di discernimento è transitoria o periodica occorre attendere un momento di sufficiente lucidità del degente.  
4 In caso di accertata duratura incapacità di discernimento o di urgenza il piano terapeutico deve essere discusso con il rappresentante legale o, in mancanza, con una persona prossima.

**II Consenso dell'utente** **Art. 38**  
1 Il consenso dell'utente è necessario per qualsiasi terapia propositagli.  
2 Il consenso deve essere formulato per iscritto nel caso di terapie intense e rischiose.  
3 All'utente deve essere data la possibilità di consultare una persona di sua fiducia e la Commissione giuridica.

**1) Consenso per persone incapaci di discernere** **Art. 39**  
1 Il consenso dell'utente incapace di discernimento per le terapie intense e rischiose è dato dal suo rappresentante legale e confermato dai medici componenti il CPSC che valuterà la richiesta dal profilo medico e dopo aver accertato l'inadeguatezza di altre terapie meno intense e rischiose.

- 2 In caso di contrasto fra il rappresentante legale e i medici componenti il CPSC prevale la decisione di questi ultimi, riservato il ricorso all'Autorità competente.
- 3 Per le terapie non intense o non rischiose il consenso dell'utente incapace di discernimento è dato dal suo rappresentante legale e, se negato, dal CPSC su istanza del responsabile dell'UTR.
- 4 In nessun caso l'utente incapace di discernimento può essere fatto oggetto di ricerca sperimentale.

**2) Consenso Art. 40**

- per persone collocate coattivamente**
- 1 Se l'utente è coattivamente ricoverato e nega il consenso benchè la terapia appaia perlomeno prevalentemente indispensabile per la sua salute e meno lesiva della sua libertà personale di altre che si renderebbero necessarie, il CPSC, su istanza del responsabile dell'UTR, la può autorizzare.
  - 2 E' riservato il diritto di ricorso alla competente autorità.

**3) Consenso: Art. 41**

- casi speciali**
- 1 All'intervento del CPSC è possibile rinunciare solo in caso di grave urgenza.
  - 2 All'utente è dato ricorso alla Commissione giuridica.

**III Libertà Art. 42**

- personale**
- 1 Il collocamento in un'UTR non priva, come tale, l'utente di alcun diritto civile e costituzionale.
  - 2 L'utente mantiene in particolare il diritto a esercitare liberamente i contatti con l'esterno e le 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.
  - 3 Nel caso di prevenuti e detenuti ogni ulteriore restrizione della libertà personale può essere ordinata solo dalla competente Autorità.

**1) Costrizione Art. 43**

- 1 L'isolamento in luogo chiuso è vietato, riservate imperative indicazioni cliniche.
- 2 La costrizione fisica può essere attuata solo in caso di grave necessità e deve cessare immediatamente quando non risulti più indispensabile.

**2) Attività Art. 44**

- lavorativa**
- 1 All'utente non può essere imposta alcuna attività lavorativa, di carattere non terapeutico.
  - 2 Compatibilmente alle possibilità dell'UTR e della terapia seguita, l'utente deve poter svolgere l'attività lavorativa meglio rispondente alle sue capacità, attitudini e interessi.

**3) Guadagno Art. 45**

- 1 All'utente che svolge all'interno o all'esterno dell'UTR un'attività lavorativa deve essere corrisposto un equo salario senza trattenute dirette dei costi delle prestazioni fornite dall'UTR.
- 2 Nell'ambito dell'applicazione della legge si promuoveranno iniziative atte a favorire la qualificazione professionale degli utenti.
- 3 Sono applicabili per analogia gli art. 9 e 10 della legge cantonale sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi.

**IV Diritto di Art. 46**

- voto**
- 1 Le persone tutelate dalla presente legge, anche se malate di mente o interdette, hanno il diritto di voto.
  - 2 Esso può essere loro tolto solo se sia accertata la loro incapacità di comprendere il significato e la portata del voto.

**1) Voto e in- Art. 47**

- capacità di discernere**
- L'accertamento della capacità di discernimento avviene 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.

**2) Voto: Art. 48**

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

- V Assistenza personale dell'utente** **Art. 49**
- 1 L'utente ha diritto in ogni tempo di farsi assistere e rappresentare da persona di sua fiducia nella cura dei suoi interessi personali e patrimoniali, riservate le norme federali sul diritto sulla tutela.
  - 2 All'utente incapace di discernimento senza rappresentante legale ne viene assegnato uno d'ufficio dalla Commissione giuridica.
  - 3 Contro il rifiuto di designare un rappresentante legale è dato ricorso al Tribunale amministrativo. Valgono per analogia gli art. 55 e segg. CPC.
  - 4 Il Presidente della Commissione giuridica può, su istanza dell'utente, emanare provvedimenti cautelari.

- VI Dimissioni** **Art. 50**
- 1 L'utente ammesso volontariamente può lasciare l'UTR in ogni momento.
  - 2 Se al rilascio ostano motivi giustificanti il collocamento coattivo devono essere applicati gli art. 24 e segg.

- 1) Dimissioni degli utenti coatti** **Art. 51**
- Gli utenti collocati coattivamente devono essere rilasciati non appena lo permetta il loro stato.

- 2) Competenze per il rilascio** **Art. 52**
- 1 Competente per il rilascio di utenti coattivamente collocati dalle autorità e persone previste dagli art. 25 lett. b) e c), 27 e 28 è il direttore del settore o persone da lui designate, responsabili di UTR e aventi un titolo medico.
  - 2 Prima del rilascio viene data tempestiva informazione all'autorità competente per il collocamento coattivo ordinario.
  - 3 Il direttore del settore, o persona da lui designata responsabile di una UTR e avente titolo medico, è pure competente per congedi temporanei dall'UTR.

- 3) Domanda di rilascio** **Art. 53**
- 1 L'utente, o il suo rappresentante legale o la persona prossima, può in ogni tempo inoltrare all'Autorità prevista dall'art. 52 una domanda di rilascio.
  - 2 La decisione deve essere intimata entro 10 giorni.

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

- VII Informazioni per gli utenti** **Art. 54**
- 1 All'utente volontariamente o coattivamente ammesso in una UTR ed al suo rappresentante legale e eventualmente alla persona prossima, deve essere consegnato, unitamente alla decisione di accettazione o di collocamento, un estratto della presente legge.
  - 2 L'utente deve essere informato sul diritto di ricorso.

## Capitolo V

### Ricorso e risarcimento

- I Ricorso** **Art. 55**
- 1 Alla Commissione giuridica vanno pure proposti tutti i ricorsi previsti dalla presente legge per i quali non è espressamente indicata una istanza differente.
  - 2 E' segnatamente dato ricorso contro ogni decisione od omissione comportante la privazione o una limitazione della libertà dell'utente.

- 1) Forma** **Art. 56**
- Il ricorso deve essere presentato nella forma scritta nel termine di 10 giorni.

- 2) Legittimazione** **Art. 57**
- Sono legittimati a ricorrere:
- a) l'interessato, anche indipendentemente dal proprio rappresentante legale;
  - b) il suo rappresentante legale;
  - c) ogni persona prossima.

- 3) Sospensione** **Art. 58**
- 1 Il ricorso ha effetto sospensivo, salvo decisione contraria del presidente della Commissione giuridica su richiesta del responsabile dell'UTR, o altro interessato.

- 2 Per le misure di carattere urgente il ricorso non ha effetto sospensivo. In quest'ultimo caso chi applica la misura è tenuto a informare immediatamente il presidente della Commissione giuridica. E' garantito il diritto d'essere sentiti.

**4) Procedura Art. 59**

- 1 La procedura deve essere esperita entro termini brevi; in quanto possibile non si procede a scambio di allegati.
- 2 La decisione della Commissione giuridica fa espresso riferimento alla facoltà di ricorrere al Tribunale cantonale amministrativo che statuisce con procedura rapida secondo le norme della presente legge.
- 3 La procedura è, di regola, gratuita.

**II Risarcimento Art. 60**

La privazione e la restrizione della libertà personale, avvenuta in grave violazione delle norme della presente legge, conferisce il diritto ad un risarcimento del danno e, se giustificata dalla gravità del pregiudizio, a un'indennità di riparazione morale (art. 429a CCS).

**1) Legittimazione Art. 61**

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

**2) Competenza Art. 62**

La domanda di risarcimento è diretta contro la Repubblica e Cantone del Ticino ed è proposta con azione diretta al Tribunale cantonale amministrativo ai sensi degli art. 71 e segg. della Legge di procedura per le cause amministrative.

**3) Regresso Art. 63**

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 VI

**Disposizioni finali e transitorie**

**Strutture esistenti**

**Art. 64**

- 1 I servizi e gli enti devono adeguarsi alle norme del capitolo II entro il termine di 5 anni dall'entrata in vigore della presente legge.
- 2 Entro un anno dall'entrata in vigore il Consiglio di Stato, avvalendosi della collaborazione della Commissione consultiva, presenta al Gran Consiglio la pianificazione ai sensi dell'art. 13 della presente legge.

**Degenti all'entrata in vigore**

**Art. 65**

Per ogni utente, degente in una UTR al momento dell'entrata in vigore della presente legge, deve essere allestito, entro 6 mesi, un piano terapeutico a norma degli art. 34 e segg. E' in particolare applicabile l'art. 36.

**Ristrutturazione dell'ONC**

**Art. 66**

L'ONC verrà gradualmente ristrutturato al fine di adeguarlo alle strutture della presente legge.

**Disposizioni abrogate**

**Art. 67**

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 alcolizzati 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 degli 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 d'applicazione del 17 dicembre 1971.

**Nuove disposizioni**      **Art. 68**  
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)**

- 2 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'assistenza socio-psichiatrica.

**Art. 47a (nuovo)**

- 1 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.
- 2 Previa approvazione del Consiglio di Stato si può prescindere dalle prescrizioni di cui all'art. 58.

**Entrata in vigore**      **Art. 69**  
1 Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.  
2 Il Consiglio di Stato fissa la data dell'entrata in vigore. Esso può differire l'entrata in vigore degli art. 46, 47, 48, 67 (primo passo) e 68, al più tardi fino al 30 giugno 1986.

Bellinzona 26 gennaio 1984

Per il Gran Consiglio

Il Presidente: **F.Riva**

Il Segretario: **G.Solari**

IL CONSIGLIO DI STATO, visto l'art. 69 della legge che precede

**o r d i n a :**

La legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 26 gennaio 1983 è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore a contare dal 1° gennaio 1985, ad eccezione degli articoli 46, 47, 48, 67 (primo passo) e 68, la cui entrata in vigore viene differita e sarà ulteriormente decisa in virtù dell'art. 69, cpv. 2, della legge medesima.

Bellinzona, 2 gennaio 1985

Per il Consiglio di Stato

Il Presidente: **C.Speziali**

p.o. il Cancelliere: **A.Crivelli**

# REGOLAMENTO D'APPLICAZIONE DELLA LASP DEL 26 GENNAIO 1983

(del 19 dicembre 1984)

## IL CONSIGLIO DI STATO DELLA REPUBBLICA E CANTONE DEL TICINO

- Autorità competente** (art. 20 LASP) **Art. 1**  
Il Consiglio di Stato vigila sull'esecuzione della legge sull'assistenza sociopsichiatrica (di seguito: LASP).
- a) **Consiglio di Stato**  
Esso adotta i provvedimenti idonei a tutelare i diritti delle persone bisognose d'assistenza, ad organizzare e coordinare le strutture necessarie ed a favorire la prevenzione dei fattori patogeni.  
Esso è in particolare competente a:
- art. 4 cpv. 2 - riconoscere le UTR private e ad approvare le relative convenzioni;
  - art. 4 cpv. 3 - stabilire le condizioni di sussidiamento di persone giuridiche e di iniziative private;
  - art. 7 cpv. 1 art. 8 - determinare il numero e l'estensione dei settori e nominarne i direttori;
  - art. 7 cpv. 2 art. 16 cpv. 2 - istituire UTR nei settori conformemente alle decisioni del Gran Consiglio;
  - art. 10 cpv. 2 - nominare un membro del CPSC che è pure direttore dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale;
  - art. 11 lett e) art. 13 - approvare la pianificazione relativa agli interventi sociopsichiatrici e sottoporla per discussione ogni 4 anni al Gran Consiglio;
  - art. 12 - nominare la Commissione consultiva del CPSC;
  - art. 14 - nominare la Commissione giuridica e ricevere le segnalazioni ed il rapporto annuale della sua attività;
- b) **Dipartimento** **Art. 2**  
Il Dipartimento delle opere sociali è il Dipartimento competente all'applicazione della LASP e delle relative disposizioni esecutive. A tale scopo si avvale dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (di seguito detta OSC).  
Il Dipartimento ha tutte le competenze che non siano espressamente attribuite ad altre autorità, e segnatamente:

- art. 11 lett. b) - riceve ed esamina l'avviso del CPSC concernente la nomina dei direttori delle UTR pubbliche e l'assunzione del personale in esse operanti;
- art. 11 lett. c), d) - riceve la proposta del CPSC concernente la distribuzione e l'impiego del personale nei diversi settori e l'attuazione delle UTR pubbliche;
- art. 11 lett. e), art. 13 - esamina il progetto di pianificazione degli interventi sociopsichiatrici elaborati dal CPSC e lo sottopone con il proprio avviso, al Consiglio di Stato;
- art. 14 - esamina il resoconto annuale della Commissione giuridica ed esprime avviso sulle proposte di interventi strutturali in esso contenute.

- c) **Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)** **Art. 3**  
L'OSC comprende le UTR pubbliche dei settori e i servizi sociopsichiatrici intersettoriali e generali cantonali.  
L'OSC è rappresentata dal suo direttore, il quale è responsabile della gestione amministrativa, finanziaria e del personale, riservate le competenze dei servizi centrali dello Stato.

- Direzione di settore** (art. 8 LASP) **Art. 4**  
Il direttore del settore è responsabile:
- a) dell'ammissione e dimissione degli utenti, riservate le competenze dell'autorità tutoria secondo l'art. 397 b CCS;
  - b) dell'attuazione del piano terapeutico elaborato secondo l'art. 15 cpv. 3 LASP;
  - c) della composizione delle équipes e dell'impiego degli operatori delle UTR in tutte le attività mediche, di cura e di riabilitazione;
  - d) del coordinamento delle attività amministrative;
  - e) del buon funzionamento del settore secondo principi di efficacia terapeutica e di economicità.

- Consiglio psicosociale cantonale (CPSC)** (art. 10 LASP) **Art. 5**  
a) **membro nominato dal Consiglio di Stato**  
Il membro del CPSC, la cui nomina compete al Consiglio di Stato, è il direttore dell'OSC.

- b) **rappresentante degli operatori sociali** **Art. 6**  
 1 Il rappresentante degli operatori sociali è eletto fra tutti i dipendenti dell'OSC ad esclusione dei membri di diritto.  
 La durata in carica è biennale, rinnovabile.  
 2 L'elezione avviene per corrispondenza, a maggioranza semplice, secondo le direttive e sotto la responsabilità del Dipartimento.  
 Il segreto del voto è assicurato.

- c) **responsabile dei Servizi dei minorenni** **Art. 7**  
 1 Il responsabile dei servizi per minorenni del CPSC è il rappresentante delle UTR minorenni designato dal Consiglio di Stato, fra i Capi UTR minorenni pubbliche.  
 2 Egli coordina le attività delle UTR minorenni.

- d) **Presidente del CPSC** **Art. 8**  
 Il Presidente convoca e dirige le sedute, propone l'ordine del giorno e cura la tenuta dei verbali; prepara il piano annuale degli interventi sociopsichiatrici, avuto riguardo alle proposte formulate dai settori e alle decisioni programmatiche del CPSC stesso.

- Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC)** **Art. 9**  
 L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale, integrato nell'OSC, comprende:  
 a) le UTR stazionarie appartenenti ai singoli settori;  
 b) le UTR intersettoriali che accolgono utenti di tutti i settori;  
 c) i servizi generali.

- b) **conduzione medica** **Art. 10**  
 1 Ogni Direttore di settore è responsabile delle UTR del proprio settore operanti all'interno dell'ONC e di quelle a lui affidate dal CPSC  
 2 Il Direttore del settore in cui sorge l'ONC è responsabile del coordinamento medico e di cura di tutte le UTR operanti all'interno dell'ospedale.  
 3 Il Servizio di medicina generale dell'ospedale funziona autonomamente nell'ambito dei servizi generali.
- 3) **servizio medicina generale**

- Servizio per minorenni** **Art. 11**  
 (art. 18 LASP) I Servizi per minorenni sono costituiti dalle UTR minorenni (ambulatori, ospedali di giorno e di notte, foyer, ecc.) integrate nell'organizzazione settoriale e dipendenti dal Direttore del settore.  
 E' garantita l'autonomia decisionale del capo UTR, per ogni problema tecnico professionale specifico del servizio minorenni.  
 Il medico capo UTR minorenni è responsabile della gestione del Centro psicoeducativo aggregato.

- Applicazione del diritto federale** **Art. 12**  
 Gli art. 33 cpv. 1, 49 cpv. 2, 52 cpv. 1, 58 cpv. 1, 60 cpv. 1 della LASP non si applicano alla privazione della libertà a scopo di assistenza (art. 397 segg. CCS).

- Abrogazione** **Art. 13**  
 E' abrogato il Regolamento interno dell'Ospedale Neuropsichiatrico cantonale del 4 gennaio 1944.

- Entrata in vigore** **Art. 14**  
 Questo regolamento entra in vigore il 1° gennaio 1985 ed è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

Bellinzona, 2 gennaio 1985

Per il Consiglio di Stato

Il Presidente: **C. Speziali**

p.o. il Cancelliere: **A. Crivelli**