

## **1. Spiegazioni concernenti le singole disposizioni dell'ordinanza relativa alla legge sulla tutela della salute nel Cantone dei Grigioni (OLSan; CSC 500.010)**

### **Art. 1**

Tale disposizione definisce le competenze degli uffici con riguardo ai compiti delegati al Cantone ai sensi degli art. 5 e 7 della legge sulla tutela della salute nel Cantone dei Grigioni (legge sanitaria) decisa dal Gran Consiglio il 2 settembre 2016. L'Ufficio dell'igiene pubblica è competente per tutti i compiti che non sono stati delegati a un altro ufficio (cpv. 1).

A titolo di novità, il cpv. 1 stabilisce la competenza dell'Ufficio dell'igiene pubblica per la comunicazione dei dati previsti dal diritto federale al registro delle professioni mediche, al registro delle professioni psicologiche e al registro nazionale delle professioni sanitarie (NAREG).

Le competenze stabilite nei cpv. 2 e 3 corrispondono alle competenze previste dall'art. 1 dell'ordinanza vigente. Poiché il settore della scuola richiede conoscenze specifiche, la relativa competenza rimane in capo agli uffici competenti per il corrispondente grado scolastico. La competenza per la prevenzione secondaria e terziaria rimane in capo all'Ufficio del servizio sociale. L'Ufficio dell'igiene pubblica funge da interlocutore per i diversi uffici e i loro servizi specializzati.

Diversamente da quanto previsto dall'ordinanza in vigore, i settori delle dipendenze come ad esempio la dipendenza dall'alcol, dalle droghe o dal gioco d'azzardo non sono più indicati singolarmente (cpv. 3). L'articolo 3 della legge sull'aiuto ai tossicodipendenti (CSC 500.800) fornisce una definizione esaustiva di dipendenza.

A livello cantonale, la protezione della salute che risulta dalla legislazione sul lavoro e dalla legislazione in materia di assicurazione contro gli infortuni viene garantita dall'Ufficio per l'industria, arti e mestieri e lavoro (cpv. 4).

### **Art. 2**

Il capoverso 1 della disposizione corrisponde all'art. 2 dell'ordinanza vigente. Al fine di garantire uno scambio di informazioni ottimale e una collaborazione duratura tra gli uffici cantonali e i comuni, il capoverso 1 lettera a impone alle autorità comunali e a quelle scolastiche di designare un ufficio competente per la promozione della salute

e la prevenzione a livello di comune e di scuola. Naturalmente i comuni sono liberi di designare un unico ufficio per entrambi i settori.

Conformemente alla lettera b, nell'adempiere ai compiti loro spettanti, le autorità comunali devono fare in modo che le decisioni da esse prese siano compatibili con la salute, vale a dire che abbiano conseguenze il meno negative possibile sulla salute degli abitanti del comune. Ad esempio, per quanto riguarda i percorsi casa-scuola si deve fare in modo che, per quanto possibile, non vengano a trovarsi direttamente lungo strade principali, mentre per quanto riguarda le pianificazioni di zone o progetti di costruzione concreti si deve fare in modo che gli inconvenienti provocati dagli odori e dall'inquinamento sonoro alla popolazione residente vengano contenuti il più possibile. Anche misure di moderazione del traffico possono contribuire alla promozione della salute della popolazione residente.

Il capoverso 2 della disposizione corrisponde all'art. 9 cpv. 1 delle vigenti disposizioni esecutive sull'organizzazione del servizio di salvataggio (CSC 506.160) e specifica i requisiti posti al piano per il servizio sanitario conformemente all'art. 6 cpv. 3 della legge sanitaria.

### **Art. 3**

Questa disposizione stabilisce il termine ultimo per la presentazione della domanda corredata della documentazione completa. Se l'attività viene avviata prima della scadenza di questo termine in assenza della corrispondente autorizzazione, l'Ufficio dell'igiene pubblica è tenuto ad avviare un procedimento penale per esercizio o assunzione di un'attività senza autorizzazione (cfr. art. 64 cpv. 2 lett. a e cpv. 4 lett. a della legge sanitaria).

### **Art. 4**

Questa disposizione stabilisce le condizioni quadro alle quali un professionista della salute può esercitare sotto la vigilanza professionale di terzi. Tale vigilanza professionale può essere esercitata soltanto da una persona in possesso delle medesime conoscenze specialistiche. Di conseguenza essa deve disporre delle stesse conoscenze specialistiche. Queste possono essere acquisite soltanto da chi esercita la stessa professione. I medici, pur esercitando la stessa professione, presentano un elevato grado di specializzazione, cosicché ad esempio uno specialista in ginecologia può esercitare la vigilanza soltanto su un ginecologo, ma non ad esempio su un

gastroenterologo. Lo stesso vale ad esempio per i dentisti nei confronti degli igienisti dentali. Di conseguenza, l'igienista dentale responsabile deve disporre di un'autorizzazione all'esercizio della professione di igienista dentale anche se esercita presso uno studio dentistico.

#### **Art. 5**

Fornendo una concretizzazione dell'art. 14 cpv. 1 lett. b seconda frase della legge sanitaria, questa disposizione stabilisce che rientra nella competenza della persona bisognosa di cure decidere se una persona le sia vicina.

#### **Art. 6**

In virtù dell'art. 14 cpv. 3 della legge sanitaria, il presente articolo esclude l'atlaslogia e la terapia craniosacrale dal divieto di procedere a manipolazioni della colonna vertebrale senza autorizzazione.

#### **Art. 7**

La presente disposizione concretizza l'art. 14 cpv. 1 lett. h della legge sanitaria e comprende la distinzione dell'attività dei dentisti dall'attività degli odontotecnici, i quali, per via della loro formazione, non sono autorizzati a procedere a operazioni al cavò orale o ai denti. Lo sbiancamento non è contemplato da questa disposizione.

#### **Art. 8**

Il presente articolo concretizza la condizione personale d'autorizzazione consistente nella padronanza di una lingua ufficiale (cfr. messaggio relativo alla revisione totale della legge sull'igiene pubblica, quaderno n. 4/2016-2017, p. 145) introdotta nel quadro della legge sulle professioni mediche sottoposta a revisione (art. 33a LPMed; RS 811.11). In considerazione del principio di proporzionalità, in sede di valutazione delle conoscenze linguistiche l'Ufficio dell'igiene pubblica si orienta al quadro comune europeo di riferimento per le lingue. Risultano adeguate conoscenze linguistiche del livello B2 (utente autonomo). Questo livello assicura che la persona in questione capisca sia i contenuti principali di testi complessi che trattano temi concreti e astratti, sia discussioni professionali nel proprio ambito di specializzazione.

#### **Art. 9**

La disposizione corrisponde all'art. 25a dell'ordinanza vigente.

Le lettere a – d del capoverso 1 disciplinano le condizioni che devono essere soddi-

sfatte affinché un farmacista possa eseguire vaccinazioni in assenza di una prescrizione medica.

I farmacisti possono vaccinare esclusivamente persone che hanno compiuto 16 anni e che non presentano un particolare rischio derivante dalla vaccinazione (lett. c e d). Sono tenuti ad accertarsi della sussistenza di tali condizioni prima di procedere alla vaccinazione. Mentre l'età può essere verificata facilmente mediante un documento d'identità, la valutazione dello stato di salute richiede corrispondenti capacità. In questo senso, la lettera b presuppone che, per poter effettuare vaccinazioni, i farmacisti abbiano seguito una formazione specifica riconosciuta a livello nazionale. Conformemente all'art. 9 lett. f della legge federale sulle professioni mediche entrata in vigore il 1° gennaio 2016, chi ha concluso gli studi di farmacia deve tra l'altro assumere compiti finalizzati alla promozione e alla salvaguardia della salute come pure alla prevenzione delle malattie e acquisire le relative competenze, in particolare nel campo delle vaccinazioni. Naturalmente, chi ha acquisito conoscenze nel campo delle vaccinazioni durante gli studi di farmacia non è tenuto a svolgere la formazione specifica in materia di vaccinazioni. La decisione relativa alla possibilità di eseguire una vaccinazione può di norma essere presa senza una visita somatica. Se il farmacista giunge alla conclusione che una tale visita sia necessaria, il paziente deve essere indirizzato a un medico.

Nel cpv. 2 sono elencate le vaccinazioni che possono essere effettuate dai farmacisti senza prescrizione medica. Si tratta dei vaccini inattivati, sperimentati con successo da anni, la cui somministrazione non pone di norma problemi e produce al massimo effetti secondari di scarsa rilevanza. La somministrazione di vaccini vivi, quali ad es. quelli contro il morbillo, è invece tuttora riservata al medico.

La decisione relativa alla possibilità e alla necessità di una vaccinazione contro l'epatite A e/o B è molto più complessa rispetto alla decisione relativa alla vaccinazione contro l'influenza e la meningoencefalite. Con riguardo all'epatite A si aggiunge il fatto che al giorno d'oggi è considerata una vaccinazione per viaggiatori, ragione per cui in questo caso sarebbe opportuna una consulenza in medicina da viaggio, la quale consideri anche le condizioni nel paese di destinazione oltre allo stato di salute della persona da vaccinare. Per tali ragioni, in caso di vaccinazione contro l'epatite la prima dose deve essere somministrata da un medico. Dopo la prima vaccinazione sono necessari dei richiami affinché la protezione auspicata possa manifestarsi sull'arco di

diversi anni, possibilmente sull'arco di tutta la vita. La nuova offerta di richiami in farmacia è finalizzata a ridurre o a evitare corrispondenti lacune vaccinali. Spetta al farmacista decidere quali vaccini utilizzare nel caso concreto. Egli deve conformarsi alle raccomandazioni di Swissmedic e dell'UFSP.

Affinché il Cantone sia informato dell'attività di vaccinazione dei farmacisti, il cpv. 3 stabilisce un corrispondente obbligo di annuncio.

#### **Art. 10**

I beneficiari di prestazioni fornite da aziende del settore sanitario devono poter essere certi che le cure infermieristiche vengano prestate da personale adeguatamente formato (cpv. 1).

I gruppi professionali che prestano cure infermieristiche vengono attribuiti alle categorie personale di cura specializzato e personale di cura ausiliario. Con riguardo ai diplomi di formazione e di perfezionamento professionale nel settore sanitario si registrano sovente modifiche o adeguamenti dei livelli di competenza, che richiedono accertamenti approfonditi per quanto riguarda la loro portata. È perciò opportuno che l'attribuzione delle professioni alle categorie "personale specializzato" rispettivamente "personale ausiliario" venga effettuata in un elenco dell'Ufficio dell'igiene pubblica. Ciò permette di procedere ad adeguamenti in modo più rapido (cpv. 2).

L'attribuzione alla categoria "personale specializzato e ausiliario" effettuata nella lista è rilevante anche per il calcolo dell'effettivo di personale necessario (cpv. 2).

Poiché in caso di diplomi esteri la portata del ciclo di formazione non è sempre evidente, per tali diplomi è richiesto il riconoscimento da parte della Croce Rossa Svizzera (CRS) (cpv. 3).

#### **Art. 11**

I capoversi 1 e 2 corrispondono all'art. 13a cpv. 1 e 2 dell'ordinanza vigente.

Contrariamente a quanto vale per le case di cura e per strutture simili, per gli ospedali non esistono basi di calcolo generalmente riconosciute per quanto riguarda i requisiti quantitativi e qualitativi posti all'effettivo di personale. Di conseguenza, ai sensi di una direttiva generica, il capoverso 1 stabilisce che l'organico degli ospedali, delle cliniche e delle case per partorienti deve essere tale da garantire il trattamento medico, la cura e l'assistenza adeguati dei pazienti.

Per quanto riguarda le direttive concernenti la formazione, agli ospedali e alle cliniche viene prescritta la stessa quota di posti di formazione e di pratica che viene prescritta ai servizi di cura e assistenza a domicilio e alle case di cura (cpv. 2).

Il capoverso 3 obbliga gli ospedali e le cliniche a offrire un numero di posti di perfezionamento professionale per medici assistenti adeguato alla dimensione dell'azienda. Su mandato della Confederazione, l'Istituto svizzero per la formazione medica quale organo della Federazione dei medici svizzeri (FMH) disciplina il perfezionamento professionale per il conseguimento del titolo di medico specialista. In tale quadro, nel regolamento per il perfezionamento professionale della FMH l'Istituto stabilisce i presupposti per il riconoscimento degli ospedali quali istituti di perfezionamento professionale e riconosce i posti di perfezionamento messi a disposizione dagli ospedali. Il numero di posti di perfezionamento offerti viene stabilito negli accordi di prestazioni stipulati tra l'Ufficio dell'igiene pubblica e gli ospedali.

### **Art. 12**

Fornendo una concretizzazione degli art. 20 e 21 della legge sanitaria, il capoverso 1 stabilisce che, oltre alle persone responsabili di attività mediche, di cure od ostetriche, anche i rispettivi supplenti devono disporre della corrispondente autorizzazione cantonale all'esercizio della professione. I supplenti agiscono sotto la propria responsabilità professionale.

Il cpv. 2 obbliga gli ospedali a provvedere affinché i medici specialisti attivi presso di loro seguano un perfezionamento professionale in conformità al regolamento concernente la formazione continua dell'Istituto svizzero per la formazione medica (cfr. art. 11).

### **Art. 13**

A complemento della legge sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), la presente disposizione contiene prescrizioni di minima relative alla qualità della struttura per tutte le specializzazioni di ospedali, cliniche e case per partorienti.

Il capoverso 1 specifica l'infrastruttura rilevante in casi di emergenza che di conseguenza deve essere pronta all'uso in ogni momento. L'infrastruttura necessaria al primo trattamento di stati potenzialmente letali comprende ad esempio i respiratori artificiali, i defibrillatori o determinati medicamenti. L'accesso per le ambulanze non deve essere impedito nemmeno temporaneamente da ostacoli quali cantieri o mani-

festazioni.

Per raggiungibilità 24 ore su 24 si intende che le chiamate ricevono una risposta immediata e che le persone e i servizi ausiliari importanti per la rispettiva azienda ospedaliera possono essere raggiunti in tempo utile (cpv. 2).

Per ragioni di trasparenza e comprensibilità è previsto che le modalità di supplenza debbano essere regolamentate per iscritto (cpv. 3).

Al fine di garantire un'adeguata qualità è necessaria la presenza 24 ore su 24 di un infermiere diplomato o di un operatore sociosanitario in ogni reparto in esercizio (cpv. 4).

#### **Art. 14**

Questo articolo corrisponde all'articolo 22a cpv. 2 dell'ordinanza vigente. Su suggerimento della Conferenza svizzera delle direttive e dei direttori cantonali della sanità (CDS), gli ospedali vengono obbligati a presentare un rapporto sulla qualità secondo il modello di H+. Poiché questi rapporti hanno una struttura uniforme a livello nazionale, diviene possibile confrontare gli ospedali tra loro.

#### **Art. 15**

L'art. 20 cpv. 1 lett. b della legge sanitaria stabilisce che gli ospedali debbano essere allacciati al sistema anonimo di segnalazione degli errori medici definito dal Governo. Poiché dal 2012 il Cantone partecipa al finanziamento e poiché l'utilità di un sistema anonimo di segnalazione degli errori medici è maggiore se tutti gli ospedali e le cliniche aderiscono allo stesso sistema, come già ipotizzato nel messaggio relativo alla legge sanitaria (M 2016-2017, p. 148) il sistema di segnalazione degli errori CIRRNET viene definito vincolante per tutti gli ospedali e le cliniche.

#### **Art. 16**

I requisiti posti agli spazi elencati nel cpv. 1 corrispondono all'art. 14 cpv. 1 lett. a dell'ordinanza vigente. Su suggerimento dell'Ufficio edile, nella disposizione vengono indicati i due promemoria rilevanti emanati dal Centro svizzero per la costruzione adatta agli andicappati ([www.hindernisfrei-bauen.ch](http://www.hindernisfrei-bauen.ch)).

Negli appartamenti protetti, le persone bisognose di cure vengono assistite in grandi appartamenti adeguati alle esigenze delle persone anziane, mentre le unità di cura equivalgono a case di cura di dimensioni molto ridotte. A tutela degli ospiti, anche gli

appartamenti protetti sono soggetti all'obbligo d'autorizzazione. Un'autorizzazione d'esercizio è necessaria anche quando l'offerta non costituisce parte integrante della pianificazione regionale e non viene riportata nell'elenco delle case di cura del Cantone.

In singoli casi, l'Ufficio dell'igiene pubblica può autorizzare eccezioni (cpv. 2), previste in primo luogo per istituzioni, appartamenti protetti o unità di cura esistenti che non sono in grado di soddisfare pienamente i requisiti conformemente al cpv. 1 con un onere ragionevole.

### **Art. 17**

Le lettere a–g corrispondono all'art. 15 cpv. 1 lett. a–g dell'ordinanza vigente.

La lettera h della disposizione corrisponde all'art. 18 dell'ordinanza vigente.

### **Art. 18**

Con questo articolo si intende garantire che le persone attive in queste aziende dispongano delle qualifiche professionali necessarie per l'adempimento dei loro compiti.

Il capoverso 1 corrisponde in sostanza all'art. 17 cpv. 1 - 5 dell'ordinanza vigente. L'organico delle case di cura deve essere proporzionato al bisogno di cura e di assistenza degli ospiti. Lo strumento SCCP (sistema di calcolo e di conteggio per pazienti), necessario per la classificazione, determina il bisogno di cure degli ospiti in minuti di cura per livello di cura. Per l'assistenza viene aggiunto un supplemento in minuti per abitante sulla base dell'onere temporale medio posto alla base della tariffa per l'assistenza. Devono essere calcolati supplementi anche per la garanzia della qualità, per l'assistenza agli apprendisti, per il cosiddetto tempo lavorativo non produttivo nonché per compensare il servizio notturno. Le spiegazioni relative all'organico quadro forniscono informazioni dettagliate sulle basi di calcolo di questi supplementi. L'Ufficio dell'igiene pubblica verifica trimestralmente l'adempimento dell'organico quadro da parte delle istituzioni.

Il capoverso 2 corrisponde all'odierna regolamentazione contenuta nell'art. 16 cpv. 1 lett. a dell'ordinanza. I requisiti posti a una formazione di direttore d'istituto riconosciuta dall'Ufficio dell'igiene pubblica corrispondono al ciclo di formazione per direttori di istituti sociali e sociosanitari ("Institutionsleitung in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen"), che comprende 50 lezioni di gerontologia.

La lettera b corrisponde all'art. 16 cpv. 1 lett. b dell'ordinanza vigente. Perfezionamenti professionali nel settore direttivo a livello di direzione di team (300 ore lezione) vengono ad esempio proposti dall'Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri (Curaviva) e dal centro di perfezionamento professionale per le professioni sanitarie (Careum).

Anche l'accompagnamento professionale in una struttura per lungodegenti richiede un perfezionamento professionale in gerontologia. Affinché l'Ufficio dell'igiene pubblica riconosca il corrispondente perfezionamento, è necessario che esso comprenda i seguenti contenuti (almeno 160 ore di studio):

- Vecchiaia e sue conseguenze
- Terza età: eventi critici e strategie di coping
- Lavoro biografico: possibilità e limiti della cura basata sulla biografia
- Gestire la quotidianità con persone anziane lungodegenti
- Cura e assistenza a persone affette da demenza
- Cura e assistenza a persone deppresse
- La persona in fin di vita: cure palliative, gestione del dolore, familiari, aspetti etici e giuridici dell'eutanasia
- Comunicazione e risoluzione di conflitti

La lettera c corrisponde alla regolamentazione vigente contenuta nell'art. 16 cpv. 1 lett. e dell'ordinanza. L'effettivo di personale di cura e assistenza deve essere proporzionato al bisogno di cura e di assistenza degli ospiti. Al fine di garantire i requisiti qualitativi posti a una cura adeguata e a un accompagnamento professionale sufficiente del personale ausiliario, la quota di personale specializzato viene fissata al 40 per cento del personale minimo necessario nel settore cura e assistenza. La persona responsabile del settore cure viene considerata prendendo a riferimento la quota di tempo da essa direttamente destinato alle cure. Per garantire la cura e l'assistenza da parte di personale specialistico 24 ore su 24, la quota di personale di cura e assistenza specializzato deve ammontare al minimo a 5,1 impieghi, tenendo conto del fatto che un anno ha 365 giorni, che vi sono i supplementi notturni e domenicali, le assenze per vacanze, ecc.

La lettera d viene adeguata rispetto alla regolamentazione vigente contenuta nell'art. 16 cpv. 1 lett. f e g dell'ordinanza. La percentuale del personale minimo necessario del settore cura e assistenza viene ridotta e portata dal 20 al 15 per cento. A novembre 2016 è stato introdotto il nuovo esame professionale di assistente spe-

cializzato in cure di lungodegenza e assistenza. Grazie alla corrispondente formazione, i diplomati dispongono di competenze operative approfondite. All'interno della sistematica della formazione, ciò corrisponde a un diploma a livello terziario di attestato professionale federale (APF) quale assistente specializzato in cure di lungodegenza e assistenza. Grazie a questo nuovo gruppo professionale, nella prassi saranno disponibili competenze supplementari. La responsabilità generale per il processo di cura può essere assunta soltanto da un infermiere diplomato SUP o SSS, poiché solo mediante tale formazione possono essere conseguite le necessarie conoscenze specialistiche. La designazione infermiere diplomato SSS o infermiere diplomato SUP corrisponde all'odierna designazione professionale di infermiere diplomato. I diplomi in cura e assistenza conseguiti secondo il diritto previgente sono considerati equivalenti. Gli appartamenti e le case di cura di dimensioni molto ridotte devono coprire almeno un turno al giorno con un infermiere diplomato SUP o SSS. Per questo sono necessari almeno 1,7 impieghi.

#### **Art. 19**

Il capoverso 1 della disposizione corrisponde all'art. 17 cpv. 6 lett. a e b dell'ordinanza vigente.

Il capoverso 2 corrisponde all'art. 17 cpv. 7 dell'ordinanza vigente.

#### **Art. 20**

La disposizione corrisponde all'art. 19 dell'ordinanza vigente.

#### **Art. 21**

Il capoverso 1 della disposizione corrisponde all'art. 20 cpv. 1 lett. b e c dell'ordinanza vigente.

Il responsabile del settore cura e assistenza deve dimostrare di aver seguito un perfezionamento professionale in cure corrispondente a un corso postdiploma oppure un perfezionamento professionale modulare equivalente (lett. a). I corsi postdiploma vengono offerti tra l'altro dagli istituti di formazione WEG (Centro di perfezionamento per le professioni sanitarie, Aarau), CSS (Centro di formazione in campo sanitario e sociale, Coira) e ASI (Associazione svizzera infermiere e infermieri).

Oltre a disporre del diploma quale infermiere diplomato SSS/SUP, il capo intervento deve dimostrare di aver seguito un perfezionamento nel settore della gestione a livello di direzione di team nonché una formazione per la verifica del bisogno di cura e

assistenza (lett. b).

In situazioni eccezionali, in particolare nelle regioni periferiche nelle quali è sempre più difficile reclutare personale, l'Ufficio dell'igiene pubblica deve avere la possibilità di autorizzare soluzioni individuali per quanto attiene ai requisiti concernenti il perfezionamento professionale del responsabile del settore cura e assistenza, nonché del capo intervento (cpv. 2). Le eccezioni devono avere durata limitata.

#### **Art. 22**

La disposizione corrisponde all'art. 21 cpv. 1 lett. d ed e dell'ordinanza vigente.

Analogamente a quanto vale per le case di cura, nell'ordinanza viene prescritto il numero di posti di formazione e di pratica da offrire anche per i servizi di cura e assistenza a domicilio con mandato di prestazioni.

#### **Art. 23**

Fornendo una concretizzazione dell'art. 24 della legge sanitaria, questa disposizione definisce cosa si intenda per trasporto a scopo professionale di persone malate e infortunate (cpv. 1 e 2) nonché per libera scelta del medico e dell'ospedale in relazione al trasporto di persone malate o infortunate (cpv. 3).

È soggetto all'obbligo di autorizzazione soltanto il trasporto a scopo professionale di persone malate o infortunate (trasporti primari e/o secondari) che necessitano di assistenza medica durante questi trasporti o che devono essere trasportate in barella (cpv. 1). I trasporti di persone malate o infortunate sono considerati a scopo professionale se vengono svolti per professione e dietro compenso (cpv. 2). I trasporti a scopo professionale in barella di persone infortunate o malate i cui parametri vitali non sono compromessi vengono effettuati, oltre che dai servizi ambulanza, ad esempio anche dagli impianti di risalita e da imprese di taxi.

Conformemente al cpv. 3, la libera scelta del medico e dell'ospedale è data anche quando la persona malata o infortunata viene affidata a un'organizzazione che la porta dal medico o all'ospedale desiderato. La libera scelta del medico e dell'ospedale non comporta alcun obbligo di portare persone malate o infortunate direttamente dal medico o all'ospedale desiderato.

#### **Art. 24**

Il capoverso 1 corrisponde all'art. 11 cpv. 1 lett. a delle vigenti disposizioni esecutive

sull'organizzazione del servizio di salvataggio (CSC 506.160). Se un'azienda che si occupa di salvataggio su strada è certificata dall'Interassociazione di salvataggio (IAS), l'autorizzazione viene rilasciata senza ulteriori condizioni.

Le lettere a – c specificano le condizioni d'autorizzazione per aziende prive del riconoscimento dell'IAS. Per piccoli servizi ambulanza e per basi ambulanza l'adempimento di tutte le direttive dell'IAS non risulta sostenibile in termini finanziari e di personale. Al fine di tenere adeguatamente conto dei presupposti e delle situazioni differenti dei piccoli servizi ambulanza e delle basi ambulanza, i presupposti relativi alla qualità della struttura che devono essere soddisfatti vengono formulati in modo generico. Ad esempio, con riguardo ai servizi di trasporto degli impianti di risalita, per il trasporto in barella su brevi distanze (ad esempio fino allo studio medico più vicino) di pazienti i cui parametri vitali non sono compromessi è sufficiente un veicolo dotato di un equipaggiamento ridotto nonché di un dispositivo di fissaggio della slitta o della barella. Tali trasporti devono essere accompagnati da un pattugliatore delle piste o da una persona in possesso di una formazione equivalente.

#### **Art. 25**

I capoversi 1 e 2 corrispondono all'art. 10 cpv. 3 e 4 delle vigenti disposizioni esecutive sull'organizzazione del servizio di salvataggio.

#### **Art. 26**

La presente disposizione chiarisce che gli interessi del paziente che devono essere salvaguardati conformemente all'art. 27 della legge sanitaria si limitano all'aspetto legato allo stato di salute.

#### **Art. 27**

Questa disposizione definisce quali decessi sono da considerare come avvenuti per cause non naturali o non chiare ai sensi dell'art. 36 cpv. 1 lett. b della legge sanitaria e che perciò devono essere notificati senza indugio alla polizia. La definizione è ampia. Al fine di garantire la sicurezza giuridica è opportuno che le autorità penali esaminino tutti i decessi avvenuti per cause non naturali o non chiare.

#### **Art. 28**

La presente disposizione concretizza l'art. 37 cpv. 1 lett. b della legge sanitaria. Il diritto federale (art. 40 lett. b della legge sulle professioni mediche [LPMed; RS 811.11], art. 27 lett. b della legge sulle professioni psicologiche [LPPsi;

RS 935.81], art. 16 della legge sulle professioni sanitarie [LPSan; RS 811.21]) non contiene alcuna regolamentazione relativa al contenuto e all'entità dell'obbligo di aggiornamento. Nemmeno le ordinanze federali contengono precisazioni relative all'obbligo di aggiornamento. Questa lacuna viene colmata con la presente disposizione.

L'aggiornamento ha lo scopo di conservare e ampliare le conoscenze e le abilità acquisite durante la formazione e l'attività professionale. Si può ritenere che praticamente tutte le organizzazioni di categoria e le associazioni professionali del settore sanitario dispongano di proprie direttive concernenti l'aggiornamento. Prima di determinare la durata e l'entità dell'aggiornamento è opportuno sentire le associazioni professionali e le organizzazioni di categoria. Sulla scorta delle conoscenze tecniche di cui dispongono le associazioni professionali e le organizzazioni di categoria il Governo ricava indicazioni relative alla durata e all'entità dell'aggiornamento da svolgere nelle corrispondenti professioni (cpv. 1). Per via delle conoscenze specialistiche di cui dispongono le organizzazioni di categoria e le associazioni professionali è opportuno prevedere nell'ordinanza che tali organizzazioni e associazioni possano essere incaricate di controllare il rispetto dell'obbligo di aggiornamento (cpv. 2).

#### **Art. 29**

La determinazione dell'ammontare della somma di copertura minima per persone che esercitano una professione medica e per professionisti della salute corrisponde alla prassi corrente dei Cantoni.

#### **Art. 30**

Questa disposizione si conforma all'accordo relativo al servizio di picchetto dell'Ordine dei medici grigioni risalente al 2006. Nel capitolo concernente i doveri del medico di servizio, tale accordo stabilisce la prontezza di intervento richiesta al medico di servizio. Tale capitolo stabilisce che la prontezza di intervento è garantita 24 ore su 24 secondo il piano regionale, di giorno entro cinque minuti e di notte entro dieci minuti.

#### **Art. 31**

Gli ospedali pubblici sono definiti nell'art. 6 cpv. 1 della legge sulla cura degli ammalati (LCA; CSC 506.000).

#### **Art. 32**

Fornendo una concretizzazione dell'art. 40 della legge sanitaria, questa disposizione

stabilisce che il contenuto degli obblighi di protezione viene determinato nel singolo caso in base al potenziale di pericolo, che definisce al contempo il quadro delle necessarie misure economiche, organizzative e tecniche, nonché delle altre disposizioni di sicurezza. In altre parole, devono essere adottati provvedimenti fatti su misura per le esigenze individuali del paziente e corrispondenti al potenziale di pericolo cui si trova esposto.

### **Art. 33**

La disposizione definisce il diritto dei pazienti a un'assistenza spirituale adeguata conformemente all'art. 49 cpv. 1 della legge (cpv. 1). La fornitura di prestazioni e il relativo finanziamento devono essere disciplinati mediante accordi di prestazioni stipulati tra le aziende e le Chiese riconosciute dallo Stato rispettivamente i comuni parrocchiali locali (cpv. 2).

Conformemente all'art. 18e cpv. 2 lett. e LCA, le spese sostenute dagli ospedali per l'assistenza spirituale ospedaliera fornita dalle Chiese riconosciute dallo Stato sono considerate prestazioni economicamente di interesse generale.

### **Art. 34**

La definizione di cure palliative si orienta a quella fornita da "palliative gr". "palliative gr" è l'associazione cantonale specializzata per le cure palliative nei Grigioni e dispone di un mandato di prestazioni cantonale.

### **Art. 35**

Conformemente all'art. 75 della legge federale per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano (LEp; RS 818.101), l'esecuzione della legge compete ai Cantoni, per quanto la competenza non spetti alla Confederazione. Con la presente disposizione, l'Ufficio dell'igiene pubblica viene definito quale autorità esecutiva cantonale.

## **2. Adeguamento di ordinanze**

Nel corso della revisione totale dell'ordinanza relativa alla legge sull'igiene pubblica vengono adeguate le seguenti ordinanze:

### **2.1 Ordinanza sulle tasse in campo sanitario (CSC 500.100)**

### **Art. 6**

Conformemente all'art. 6 cpv. 2 lett. h della legge sanitaria, la competenza per le sepolture spetta ai comuni. Di conseguenza è di loro competenza anche la determinazione autonoma delle tasse, ad esempio delle tasse richieste per autorizzare l'esumazione prima della scadenza del termine di conservazione delle tombe. La disposizione esistente nell'ordinanza sulle tasse in campo sanitario deve perciò essere abrogata.

## **2.2 Ordinanza della legge d'applicazione della legge federale sui medicamenti e i dispositivi medici (ordinanza della legge d'applicazione della LATer; CSC 500.510)**

### **Art. 9b**

Il capoverso 1 di questa disposizione corrisponde all'art. 36 della vigente ordinanza relativa alla legge sull'igiene pubblica. Per la somministrazione di medicamenti sono importanti la reperibilità telefonica del farmacista 24 ore su 24 nonché la garanzia della somministrazione di medicamenti entro 30 minuti.

Fornendo una concretizzazione dell'art. 19a cpv. 2 LAdLATer (CSC 500.500) il concetto di "farmacie che si trovano a poca distanza l'una dall'altra" viene definito in conformità alla prassi seguita dall'Ufficio dell'igiene pubblica.

### **Art. 9c**

È opportuno che le località siano definite secondo l'elenco delle località dell'Ufficio federale di statistica ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)).

### **Art. 9d**

La disposizione corrisponde all'art. 35 della vigente ordinanza relativa alla legge sull'igiene pubblica.

## **2.3 Ordinanza concernente i medici delegati (CSC 502.100)**

### **Art. 7 cpv. 4**

Questa disposizione viene ripresa dall'art. 8 della vigente ordinanza sulle sepolture (CSC 508.100).

## **2.4 Ordinanza della legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (ordinanza della legge sulla cura degli ammalati; CSC 506.060)**

### **Art. 8a cpv. 1, art. 11d cpv. 1, art. 25a cpv. 1, art. 26 cpv. 1**

I capoversi di questi articoli vengono adeguati per quanto concerne il rimando alle disposizioni della presente ordinanza.

### **Art. 11 cpv. 1, art. 22 cpv. 1**

Le disposizioni corrispondono al diritto vigente e non contengono modifiche materiali.

Esse vengono semplificate rinunciando all'elenco di lettere e utilizzando invece il concetto di "condizioni con effetti sui costi".

#### **Art. 31c<sup>bis e ter</sup>**

In esecuzione dell'art. 34a cpv. 4 della legge sulla cura degli ammalati (CSC 506.000), queste disposizioni disciplinano i dettagli dell'elaborazione di dati da parte del posto centrale di coordinamento, in particolare con riguardo al tipo, all'entità, al diritto di accesso, alla durata di conservazione, alla trasmissione e alla cancellazione dei dati.

La durata del diritto di accesso è differente per l'Ufficio dell'igiene pubblica, per la direzione del posto di coordinamento e per l'operatore (art. 31c<sup>bis</sup> cpv. 3). L'Ufficio dell'igiene pubblica necessita dei dati personali in particolare per svolgere il proprio compito di vigilanza, ad esempio per accertare la fattispecie in caso di denuncia a seguito di un intervento di salvataggio rifiutato o non effettuato oppure in caso di denuncia in relazione a una disposizione lacunosa dell'intervento. Sia la direzione, sia l'operatore del posto di coordinamento necessitano del diritto di accesso per poter riascoltare una conversazione in caso di eventuali domande.

La durata di conservazione prevista dall'art. 31c<sup>ter</sup> cpv. 3 si conforma ai termini di prescrizione di diritto federale.

### **2.5 Disposizioni esecutive sull'organizzazione del servizio di salvataggio (CSC 506.160)**

#### **Art. 9 cpv. 1, 10, 11 e 12**

Queste disposizioni sono state trasferite nella presente ordinanza relativa alla legge sulla tutela della salute e vanno perciò abrogate.

### **3. Abrogazione di ordinanze**

La vigente ordinanza relativa alla legge sull'igiene pubblica deve essere abrogata con l'entrata in vigore della presente ordinanza.

Con la nuova legge sanitaria, i compiti nel settore delle sepolture vengono trasferiti ai comuni. Di conseguenza, la vigente ordinanza sulle sepolture deve essere abrogata.

Coira, 31 gennaio 2017