

Rapporto al messaggio 3331

Della Commissione della gestione sul messaggio 21 giugno 1988 concernente la modifica della Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982

1. PREMESSA

Prossimamente il Consiglio di Stato presenterà al Gran Consiglio la pianificazione ospedaliera cantonale per il quadriennio 1989/92, elaborata dall' Ente in applicazione a quanto previsto dalla legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982.

Dopo le prime esperienze di applicazione dello strumento giuridico che regola l' organizzazione degli ospedali del Cantone, si rendono necessarie alcune modifiche legislative. Con le modifiche proposte, così afferma il CdS nel messaggio, non ci si scosta dai criteri generali sanciti dal legislatore al momento dell' approvazione della legge nel 1982.

Tuttavia, almeno una di queste modifiche dovrebbe rafforzare le premesse di collaborazione dei diversi organi dell' Ente, che sono indispensabili per proseguire verso una più profonda riforma del sistema ospedaliero. Da qui l' accenno alla pianificazione ospedaliera per il prossimo quadriennio. Su questo punto torneremo in seguito nell' esame delle singole proposte.

2. LE MODIFICHE PROPOSTE

Riassumendo in modo sintetico possiamo raggruppare le diverse modifiche proposte, secondo il loro contenuto, nel modo seguente:

- modifiche di carattere formale e redazionale che consentono di eliminare qualche dubbio di interpretazione (art. 7, 8c, 9c);
- nuove formulazioni di articoli per allinearsi ad altre leggi in modo da convalidare criteri di scelta già avallati dal Gran Consiglio (art. 8c);
- modifiche riguardanti le nuove situazioni di fatto dell' Ospedale del Malcantone e dell' avvenuta adozione del regolamento organico del personale dell' Ente (art. 11 cpv. 6, 24 cpv. 1, 39);
- modifiche che rappresentano innovazioni vere e proprie (art. 11 cpv. 8, 17 cpv. 1, 23 cpv. 1, 24 cpv. 1, 25 cpv. 2, 26 lett. c), 29 cpv. 3).

Senza volerci dilungare troppo sui dettagli delle singole modifiche, già esposti in modo esauriente nel messaggio, faremo qualche osservazione sui singoli articoli, soffermandoci in modo più diffuso sulle proposte più qualificanti che hanno richiesto maggior discussione all' interno della Commissione e non trovano approvazione unanime.

2.1 Modifiche di carattere formale redazionale

Art. 7, 8 lett. c) e 9 lett. c)

In questi articoli si fa riferimento al finanziamento degli investimenti sia per quanto riguarda la relazione con la legge sulla gestione finanziaria dello Stato (art. 7) sia per quanto riguarda l' approvazione (art. 8c e 9c).

In applicazione a quanto previsto dall' art. 32 Losp, l' Ente è tenuto a finanziare gli investimenti facendo ricorso al mercato dei capitali o con il reinvestimento degli ammortamenti. Si esclude quindi che lo Stato provveda direttamente al finanziamento.

La formulazione usata negli articoli citati, laddove si parla di concessione di crediti d' investimento, può far sorgere qualche dubbio circa l' interpretazione dell' art. 32.

Si propone pertanto di modificare la terminologia con la nuova definizione di spese d' investimento specificando che il Gran Consiglio le autorizza, sottintendendo quindi che autorizza l' Ente a procurarsi il finanziamento secondo le modalità già indicate.

2.2 Allineamento alla legge sulla gestione finanziaria dello Stato

Art. 8 lett. c) e art. 17 cpv. 1 lett. o)

L' art. 8 lett. c) prevede che il Gran Consiglio "... approva la vendita di beni immobili". Si dovrebbe quindi supporre che, in mancanza di specificazioni o di un' indicazione particolare circa l' interpretazione da dare (che non appare né nel messaggio né nel rapporto commissionale che accompagnava la legge ospedaliera), la vendita di qualsiasi bene immobile, anche di poca importanza finanziaria, deve essere sottoposto all' approvazione del Gran Consiglio.

La Commissione della gestione si è già occupata di questo problema avallando il criterio di riservare al Gran Consiglio la competenza di decidere l' eventuale vendita di beni immobili che fanno parte dei beni amministrativi (ossia quegli immobili che servono direttamente allo svolgimento dei compiti previsti dalla legge).

Per contro gli immobili che possono essere catalogati tra i beni patrimoniali (che non sono quindi destinati durevolmente all' adempimento dei compiti pubblici) possono essere venduti con decisione dell' Ente. Si crea così un parallelismo con la legge sulla gestione finanziaria dello Stato.

L' art. 8 lett. c) deve quindi essere modificato di conseguenza. All' art. 17 cpv. 1, che definisce i compiti del CdA dell' Ente, viene inserita una nuova lettera o), (l' attuale diventa lett. p) in cui si dice esplicitamente che ad esso è riservata la competenza di "alienare beni immobili che non sono destinati durevolmente all' adempimento dei compiti (beni patrimoniali)".

2.3 Modifiche riguardanti nuove situazioni di fatti

Art. 11 cpv. 6 e art. 24 cpv. 1

L' Ospedale Malcantonese di Castelrotto ha rinunciato ad entrare nell' Ente. Ovviamente quindi devono essere modificati quegli articoli nei quali si fa riferimento all' istituto.

Art. 39

Le disposizioni transitorie e finali previste al Titolo IV della legge sugli ospedali pubblici, come informa il messaggio, risulterebbero inapplicabili. Esse vengono mantenute unicamente per il fatto che possono avere un interesse dal profilo dell' interpretazione rispetto ad altre disposizioni.

Tuttavia l' art. 39 non ha più nessuna ragione di essere mantenuto dal momento che è stato approvato il regolamento organico del personale dell' Ente. Il riferimento, contenuto in questo articolo, alle disposizioni del regolamento del 5 dicembre 1972 della legge concernente il coordinamento e il sussidiamento degli ospedali di interesse pubblico potrebbe anzi ingenerare confusione.

2.4 Modifiche che rappresentano innovazioni vere e proprie

Esamineremo queste proposte procedendo ad elencare progressivamente gli articoli che vengono modificati.

Art. 11 cpv. 8

Con la modifica proposta si intende prevedere la possibilità di affidare, in casi eccezionali, la direzione e la responsabilità medica dei reparti e dei servizi anche a medici primari che, pur non possedendo il titolo FMH, hanno una formazione specialistica equipollente.

A questo proposito rileviamo che è nata qualche discussione in Commissione. E' stata espressa la preoccupazione che una tale modifica potrebbe essere interpretata nel senso che il titolo FMH non è indispensabile e che pertanto potrebbero essere nominati altri candidati in alternativa a quelli in possesso del titolo richiesto. Ciò non sarebbe ammissibile, anche in considerazione del fatto che il numero dei medici specialisti è in continuo aumento.

Ribadendo quanto già asserito nel messaggio, a scanso di ogni eventuale equivoco, la Commissione interpreta questa modifica nel senso che la designazione di un primario senza titolo FMH deve essere assolutamente eccezionale e avverrà solo nel caso in cui mancano candidati con i requisiti richiesti. Del resto già la formulazione letterale dell' articolo non dovrebbe lasciare dubbi in proposito.

Art. 17 cpv. 1 lett. i) - Art. 26 lett. c) - Art. 27

Con la modifica combinata dei primi due articoli, si affida al CdA dell' Ente la competenza di nominare i direttori dei singoli ospedali, attualmente riservata al Consiglio ospedaliero.

A giudizio dell' Ente, si tratta della modifica più qualificante tra le diverse che il Gran Consiglio è chiamato

ad approvare.

Diremo subito che la Commissione ha voluto approfondire gli aspetti e le motivazioni collegati con questa modifica in occasione di un incontro con una delegazione del CdA e il direttore dell' EOC, essendo a conoscenza che la stessa ha già trovato resistenza da parte di qualche Consiglio ospedaliero. Anche all' interno della Commissione stessa non è stata raggiunta l' unanimità.

L' attribuzione al CdA dell' EOC del compito di nominare i direttori degli ospedali, finora riservato ai Consigli ospedalieri, non è semplicemente un atto formale con il quale si vuole diminuire il potere decisionale di questi organismi per procedere ad un' ulteriore centralizzazione.

Durante i primi anni di attività dell' Ente ci si è concentrati sugli obiettivi di tipo finanziario, intesi ad evitare sprechi mediante il controllo dei costi ospedalieri e l' adozione di norme pianificatorie e di coordinamento, premessi evidentemente -

come si dice nel messaggio - i principi della qualità e della sicurezza delle cure. Raggiunti questi obiettivi, occorre ora evolvere verso più approfondite riforme del sistema ospedaliero.

Nell' ambito della pianificazione del sistema ospedaliero pubblico si inserisce la pianificazione degli istituti ospedalieri dell' Ente, di natura tipicamente aziendale.

Nel rispetto dello spirito e delle finalità della legge ospedaliera occorre eliminare resistenze dettate da visioni regionalistiche o parziali alle quali taluni organismi regionali difficilmente vogliono rinunciare.

Pur comprendendo tale atteggiamento, dettato dal fatto che ogni organismo regionale, proprio perché tale, è portato a sostenere proprie rivendicazioni e a difendere i propri interessi (che nell' ottica cantonale dell' apparato ospedaliero diventano più presunti che effettivi), devono essere adottati quei provvedimenti che permettono di migliorare le possibilità operative dell' Ente.

Nella logica della conduzione aziendale è evidente che il direttore di ogni singolo istituto, che fa parte di una sola "azienda ospedaliera cantonale", deve cooperare strettamente con l' organismo direzionale centrale. Ogni singolo direttore deve esplicare la sua funzione collaborando attivamente per attuare le necessarie riforme, i cui criteri gestionali devono tener conto delle caratteristiche dei singoli istituti, avendo però come punto di riferimento il sistema ospedaliero cantonale nella sua globalità.

Fatte queste considerazioni, appare ragionevole la richiesta dell' Ente di "conferire all' insieme dei direttori una formazione il più possibile unitaria che certamente sarebbe agevolata dall' applicazione di un criterio di scelta uniforme e da un potere di nomina centrale".

La maggioranza della Commissione della gestione, proprio per rafforzare le motivazioni di fondo che stanno alla base della modifica della legge con la quale si trasferiscono le competenze di nomina dagli organismi regionali a quello centrale, ritiene opportuno formulare meglio anche l' art. 27 della LOsp che definisce i compiti del direttore amministrativo e che è del seguente tenore -

Direttore amministrativo:

"Il direttore esegue le deliberazioni del Consiglio ospedaliero e adotta, previa segnalazione al presidente o al vice-presidente, i provvedimenti urgenti. In particolare egli è responsabile dell' ospedale".

Manca in questo articolo il riferimento al CdA dell' EOC e alla pianificazione ospedaliera cantonale. Ciò potrebbe rafforzare in qualcuno il convincimento che il direttore del singolo ospedale non è tenuto ad operare avendo come riferimento tutto il sistema ospedaliero pubblico del Cantone, ma solo con una visione settoriale.

Si ritiene pertanto opportuno completarlo introducendo le seguenti aggiunte:

"Il direttore esegue le deliberazioni del Consiglio ospedaliero e del Consiglio di amministrazione dell' EOC ed adotta, previa segnalazione al presidente o al vice-presidente, i provvedimenti urgenti. In particolare egli è responsabile per la gestione amministrativa dell' ospedale, nel rispetto degli indirizzi contenuti nella pianificazione ospedaliera."

Osservazioni della minoranza dalla commissione

La minoranza della Commissione rileva dapprima l' inopportunità di porre il direttore nell' obbligo di eseguire contemporaneamente le deliberazioni sia del Consiglio ospedaliero che del Consiglio di amministrazione dell' EOC: infatti, se è vero quanto affermato dal CdA dell' EOC, tali deliberazioni potrebbero essere l' una in contrapposizione dell' altra, di modo che il direttore verrebbe a trovarsi nell' impossibilità di operare!

La completazione dell' art. 27 proposta dalla maggioranza della Commissione appare quindi inopportuna: essa sarà combattuta in Parlamento in uno con la proposta di affidare all' EOC la competenza di nomina i

direttori amministrativi degli ospedali.

La minoranza della Commissione non ritiene infatti che un aumento di competenze all' EOC sia giustificato.

L' EOC dichiara che, per superare presunte difficoltà nella conduzione dei diversi ospedali, occorre giungere ad una "formazione il più possibile unitaria che certamente sarebbe agevolata dall' applicazione di un criterio di scelta uniforme e da un potere di nomina centrale": la minoranza della Commissione condivide l' esigenza di una formazione qualificata e unitaria, ma non può, viceversa, ammettere che ciò renda indispensabile attribuire il potere di nomina centrale ad un Ente che già ha la competenza di redigere l' organico del personale, di dettare i criteri di nomina (e perciò anche di qualifiche e di forma richieste) e che, giustamente (vedi messaggio a pag. 4), ha costituito una Conferenza dei direttori - convocata e presieduta dalla direzione dell' Ente - che "in base ad uno specifico regolamento ha lo scopo di esaminare la conduzione coordinata di tutto il sistema ospedaliero pubblico del Cantone e di adottare decisioni comuni sulle questioni di competenza dei direttori ...".

Si osserva d' altra parte che gli stessi Consigli ospedalieri devono per legge (vedi art. 26 a della LOsp) rispettare - oltre che le decisioni del Gran Consiglio - quelle del CdA dell' Ente e della sua direzione, nonché della pianificazione ospedaliera cantonale perciò se l' EOC dovesse riscontrare gravi resistenze nell' applicazione delle sue direttive, esso dovrebbe chiedere al CdS di intervenire presso i singoli Consigli ospedalieri in quanto elusivi della legge e di proporre al Gran Consiglio di modificare i livelli di responsabilità.

Anche la giustificazione secondo la quale le difficoltà del contenimento delle spese deriverebbero da presunte "spinte regionalistiche" non appare probante. Anzitutto occorrerebbe riconoscere agli ospedali regionali di aver attivamente collaborato nei risparmi più importanti, mettendo in opera la pianificazione ospedaliera, giudiziosamente preparata dall' Ente. In secondo luogo, bisognerebbe osservare che l' aumento del costo degli ospedali deriva da un complesso di motivi legati anche alla qualità delle cure - sempre migliorata ma anche sempre più onerosa e bisognosa di personale - e, per quel che concerne il personale, si dovrebbe almeno riconoscere l' importanza delle "spinte" sindacali! Infine si deve sottolineare che nel campo del personale l' EOC ha già grandi competenze, anzitutto perché, come si è visto sopra, secondo l' art. 17 d) della legge, esso "elabora, sentito il parere dei Consigli ospedalieri, il regolamento organico del personale dell' Ente, in particolare con riferimento al numero e alla remunerazione".

Ci sono, malgrado ciò, Consigli ospedalieri "furbi" che non rispettano le consegne dell' Ente e che, in particolare, riescono a nominare personale in soprannumero?

Li si denunci al CdS e al Parlamento; ma ciò finora non è stato fatto, nemmeno in seduta commissionale.

In tutti i modi, se la situazione di "ingovernabilità dell' Ente" - nel senso del mancato rispetto da parte delle regioni delle direttive del Gran Consiglio, dell' Ente e della pianificazione - fosse giunta a quel livello di gravità che sembrerebbe apparire dalle dichiarazioni del CdA dell' EOC, allora questi verrebbero meno alle proprie responsabilità perché - in luogo di modifiche incisive della legge quo alle norme di conduzione - viene a proporre un' unica misura puntuale: quella della nomina dei direttori regionali!

La minoranza della Commissione fa comunque osservare che, anche se puntuale, una simile modifica viene in effetti a togliere indipendenza ed efficacia alle attribuzioni gestionali che la LOsp aveva voluto assegnare ai Comuni: vengono così ad essere sovvertiti quei livelli di competenze intorno ai quali, faticosamente, è stata costruita la legge del 1982.

Secondo la LOsp (art. 17 a), all' Ente compete anzitutto di eseguire "le decisioni del Gran Consiglio nonché la pianificazione ospedaliera cantonale, assicurando il coordinamento fra i singoli ospedali"; ma ai Comuni, attraverso i diversi Consigli ospedalieri, tocca (art. 26 a) di provvedere "alla direzione amministrativa e alla gestione dell' ospedale nel rispetto ...".

E' su una tale divisione delle competenze che era impostato il messaggio del 17.7.1981, proponente la legge che già nella premessa affermava:

"se all' istanza centrale compete la politica di coordinamento e di pianificazione, alle istanze locali deve essere affidata la responsabilità di gestire le singole strutture ospedaliere ...

e più avanti:

"... questo tipo di organizzazione è suscettibile di garantire una effettiva politica di coordinamento e di pianificazione senza disattendere le necessità delle comunità regionali che assicureranno la gestione degli ospedali ...".

Quanto al rapporto della speciale Commissione che ha esaminato la legge (relatore di maggioranza Giorgio Nosedà), esso aveva addirittura ampliato le competenze dei Comuni, attribuendo ad essi e non all' EOC, contrariamente a quanto previsto dal CdS, la competenza della nomina dei medici. Nelle sue conclusioni esso affermava:

"... lasciando la gestione degli ospedali alle istanze locali si assicura trasparenza nonché garanzia di adesione dei compiti svolti dagli istituti ospedalieri alle necessità sanitarie locali e regionali.

... la gestione di ogni singolo ospedale sarà assicurata da rappresentanti locali designati dai comuni della regione dove è sito l' ospedale. E' attraverso questi rappresentanti dei Comuni e l' Assemblea dei delegati che le necessità e le aspirazioni locali e regionali possono manifestarsi.

... Sarà comunque anche compito dei Comuni ... adoperarsi affinché ogni ospedale sia condotto nel modo più razionale possibile e in consonanza alle realtà sanitarie locali".

Sono concetti riaffermati nella discussione parlamentare e particolarmente dal relatore di maggioranza:

... la maggioranza dei rappresentanti dei Comuni nei Consigli ospedalieri e una garanzia per una buona e sana amministrazione, pur nel rispetto della pianificazione centralizzata".

Se, a distanza di 5 anni, la fiducia nei Comuni e nei loro rappresentanti è venuta meno, occorre informarne molto chiaramente il Gran Consiglio affinché prenda le disposizioni necessarie; occorre anche consultare coscienziosamente quelle comunità locali che cinque anni fa hanno ceduto all'Ente la proprietà ma non l' attacco ai loro ospedali; occorre porre al Paese, in modo aperto e documentato, la domanda se sia eventualmente giunto il momento di organizzare il settore degli ospedali in modo diverso e più centralizzato.

Tutto questo non viene però fatto con le proposte ora avanzate, che sembrano piuttosto far parte di una politica "dei piccoli passi", la quale, oltre tutto, avviene all' oscuro dei Comuni! In effetti, i Consigli ospedalieri nemmeno sono stati consultati su questioni e proposte che li riguardano in modo diretto; sarà dai giornali che essi apprenderanno di questo grave nocumento alle loro competenze, così come tutti - anche il Parlamento! - hanno recentemente appreso dei nuovi studi pianificatori svolti dall' EOC senza alcun coinvolgimento dei responsabili locali.

Nella fattispecie, noi sappiamo di avere al vertice dell' operazione un CdA estremamente qualificato ed efficiente. I timori espressi sopra devono tuttavia ignorare questa fortunata situazione per riflettersi su quelle future, dove si potrebbe essere meno privilegiati nelle persone; sarà allora importante poter contare sul chiaro rispetto delle competenze assegnate dalla legge, anche per poter continuare nel coinvolgimento degli enti locali nella vita delle nostre istituzioni democratiche

Per tutte queste ragioni, la modifica proposta non è pertanto accolta dalla minoranza della Commissione della gestione, che chiederà al Parlamento di non modificare gli attuali art. 17, 26 e 27.

Art. 23 cpv. 1, cfr. 1.5 (nuovo)

Con questa modifica si vuol correggere la composizione del Consiglio ospedalieri degli ospedali di zona, dando la possibilità ad un rappresentante dell' ospedale regionale del comprensorio di farne parte.

L' articolo, al punto 1.4, già prevede il caso inverso per cui gli ospedali di zona di Blenio, Leventina e Valle Maggia sono rappresentati nei Consigli ospedalieri degli ospedali di Bellinzona, rispettivamente di Locarno

Nell' ottica di una collaborazione più stretta e allo scopo di assicurare continuità d' adozione, questa modifica è senz' altro auspicabile.

Art. 25 cpv. 2 - Art. 29 cpv. 3

Attualmente la legge riserva al presidente, al vice-presidente e al direttore dell' Ente il diritto di partecipazione all' Assemblea dei delegati del Comune e alle riunioni dei Consigli ospedalieri, con voto consultivo. Con la proposta di modifica si vuole concedere tale diritto pure agli altri membri del CdA.

Riservando questo diritto solo a tre persone, appare subito evidente che essi si trovano nell' impossibilità pratica, per questione di tempo, di partecipare a tutte le riunioni, per cui è sicuramente opportuno ampliare la cerchia. Questa misura non va vista quale volontà dell' Ente di interferire ulteriormente nelle competenze dei singoli Consigli direttivi o delle Assemblee. Lo scopo è quello di mantenere più stretti contatti tra l' organismo centrale e quelli regionali al fine di favorire una miglior conoscenza delle esigenze legate alla ristrutturazione del sistema ospedaliero cantonale.

4. CLASSIFICAZIONE DI ATTI PARLAMENTARI

Con questo messaggio il CdS prende posizione o fa le proprie osservazioni in merito alle seguenti iniziative:

- Iniziativa elaborata dal Gruppo PST concernente la modifica di competenze in materia di pianificazione ospedaliera;
- Iniziative generiche presentate dall' ON. Cristiana Storelli e confirmatari e dall' Ono Gianfranco Soldati concernente le competenze delle assemblee dei delegati dei comuni.

4. L'iniziativa PST

L' attuale legge ospedaliera non conferisce né al Gran Consiglio né Consiglio di Stato nessuna competenza decisionale in materia di pianificazione ospedaliera.

Questo documento viene elaborato CdA dall' Ente (art. 10 cpv. 1 - art. 17 cpv. 1 lett. c), viene esaminata dal CdS (art. 9 lett. b) che lo presenta al Gran Consiglio per discussione (art. 8 lett. d).

L' iniziativa, presentata in forma elaborata, si vuol attribuire al Gran Consiglio la competenza di approvare la pianificazione ospedaliera.

I rispettivi articoli verranno modificati nel seguente modo:

Art. 8 (Competenze del Consiglio di Stato)

d) approva ogni 4 anni i principi generali della pianificazione ospedaliera

Art. 9 (Competenze del Consiglio di Stato)

b) esamina e propone al Gran Consiglio la pianificazione elaborata dall' Ente.

La maggioranza delle Commissioni ha deciso di respingere l' iniziativa. Le motivazioni per questa decisione sono le stesse che già furono sostenute al momento dell' adozione della legge e che vengono riportate nel messaggio.

Resta il timore che una concezione eccessivamente regionalistica potrebbe far cedere il Parlamento alle pressioni locali, portandolo a decisioni irrazionali nell' ottica di una pianificazione cantonale globale con l' evidente rischio di vanificare gli sforzi prodotti e di spostare gli obiettivi legali ad una profonda riforma del sistema ospedaliero cantonale.

La posizione della Commissione sarà difesa in Parlamento da altri commissari in quanto il relatore è di opinione contraria.

4.2 Le iniziative Storelli e Soldati

L' iniziativa Soldati chiede l' abolizione dell' Assemblea dei delegati dei Comuni.

L' iniziativa Storelli chiede invece di riesaminare la problematica delle competenze dei comuni in materia di politica ospedaliera.

Anche se apparentemente contrastanti, le due iniziative muovono da una constatazione comune a cioè che tali assemblee hanno competenze troppo limitate.

La LOsp riserva all'assemblea dei delegati i seguenti compiti (art. 30):

- a) elegge nel suo seno un presidente e due vice-presidenti
- b) nomina i rappresentanti dei Comuni e dei Consigli ospedalieri ospedalieri
- c) discute ogni problematica connessa con gli ospedali del settore pubblico e in particolare i conti e il rapporto di gestione dell' ospedale di sua pertinenza.

Si tratta invero di compiti puramente formali. L' unica decisione che spetta veramente all' Assemblea dei delegati dei Comuni è quella di nominare il presidente e il vice-presidente poiché, anche per quanto riguarda la nomina dei rappresentanti dei Comuni nei Consigli ospedalieri, essa può solo ratificare. Dal lato pratico, secondo quanto previsto dal Regolamento sulle modalità di elezione del 20 aprile 1984 emanato dal CdA dell' Ente, la scelta dei membri dei Consigli ospedalieri viene fatta dai partiti che hanno diritto di essere rappresentati, proporzionalmente ai voti ottenuti nel distretto nelle ultime elezioni del Gran Consiglio. E' pertanto più che legittimo chiedersi che senso ha mantenere un istituto che non serve assolutamente a niente dal punto di vista decisionale.

Non si vede però nemmeno in che modo e in quale direzione potrebbero essere ampliate le competenze

dell' Assemblea dei delegati. Ogni modifica in questo senso andrebbe contro lo spirito della legge e contro i criteri di pianificazione ospedaliera cantonale, e potrebbe porre dei problemi di conflitto di competenza.

La Commissione non intende per il momento proporre l' abolizione di questi organismi, che andrebbe allora inserita in modifiche più importanti che riguardino la competenza dei Consigli ospedalieri e anche la partecipazione finanziaria dei comuni. Accetta però i suggerimenti del CdA dell' Ente di esaminare la possibilità di animare le Assemblee con la presentazione degli aspetti generali della gestione dell' ospedale regionale o di zona o con la discussione su temi specifici. L' Assemblea avrebbe pertanto lo scopo di diventare il luogo di informazione dei delegati comunali. Per questi motivi è auspicabile che all' Assemblea partecipino i membri del CdA o il direttore dell' Ente.

Con le premesse che precedono la Commissione ritiene poco logico imporre la convocazione dell' Assemblea almeno due volte all' anno. Si propone pertanto di modificare l' art. 29 cpv. 1 prevedendo la convocazione obbligatoria solo una volta all' anno.

5. CONCLUSIONI

Per le ragioni che abbiamo precedentemente esposto, chiediamo di approvare le modificazioni proposte con l' allegato disegno di legge.

La Commissione propone pure di respingere le seguenti iniziative:

- Iniziativa elaborata presentata dal Gruppo PST intesa a definire le competenze in materia di pianificazione ospedaliera ai sensi degli art. 8 e 9 della legge sugli ospedali pubblici, del 17 dicembre 1984;
- Iniziativa generica presentata dall' on. Cristiana Storelli e confirmatari concernente le competenze dei Comuni in materia ospedaliera, del 16 giugno 1986;
- Iniziativa elaborata presentata dall' on. Gianfranco Soldati concernente la modifica della legge sugli ospedali pubblici, del 1. dicembre 1986.

Per la Commissione della gestione:

Erto Paglia, relatore
Camponovo - Canepa - Cavadini -
Donedini - Fruh, con riserva - Giovannini,
con riserva - Grandi - Lotti - Nosedà J. -
Pessi - Righetti - Riva - Rossi - Salmina.

Disegno di
LEGGE

sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982, modificazione

Il Gran Consiglio della Repubblica o Cantone Ticino

- visto il messaggio 21 giugno 1988 n. 3331 del Consiglio di Stato,

Decreta:

Articolo 1

Le legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982 è modificata e completata conformemente alle disposizioni seguenti:

Art. 7

Competenze finanziarie

Per la presentazione dei preventivi e dei consuntivi, nonché per l' approvazione delle spese per investimenti e applicabile, per analogia, la legge sulla gestione finanziaria dello Stato.

Art. 8 lett. c)Competenze del Gran Consiglio

c) autorizza le spese per investimenti e approva la vendita di beni amministrativi;

Art. 9 lett. c)Competenze del Consiglio di Stato

c) propone al Gran Consiglio i conti consuntivi e preventivi dell' Ente nonché le autorizzazioni di spesa per investimenti e l' organico del personale;

Art. 11 cpv. 6 cpv. 8Qualifica degli ospedali

6 Gli ospedali di zona previsti sono:

- uno per il Distretto di Valle Maggia;
- uno per il Distretto di Blenio;
- uno per il Distretto di Leventina.

8 La direzione e la responsabilizza medica dei reparti e dei servizi è affidata ad un medico primario con titolo FMH o, in mancanza di candidati con tale titolo, con formazione specialistica equipollente.

Art. 17 cpv. 1 lett. i) n) o) (nuova), p)Compiti

1 Il Consiglio di Amministrazione:

- i) nomina il Direttore dell' Ente, i direttori amministrativi nonché i funzionari della Direzione dell' Ente;
- n) ratifica le nomine dei medici ospedalieri;
- o) è competente in materia di alienazione di beni immobili che non sono destinati durevolmente all' adempimento di compiti pubblici (beni patrimoniali);
- p) adotta tutte le decisioni che la legge non riserva ad altri organi ed autorità.

Art. 23 cpv. 1, cfr. 1.5. (nuova)a) Composizione

1.5. Nei Consigli ospedalieri degli ospedali di zona vi è pure un rappresentante del Consiglio ospedaliero dell' ospedale regionale del relativo comprensorio.

Art. 24 cpv. 1b) Modalità di elezione

1 I rappresentanti dei Comuni nel Consiglio ospedaliero sono eletti nel rispetto delle proporzioni politiche, dall' Assemblea dei delegati dei Comuni del distretto di sede, ritenuto che il Distretto di Rivera è unito a quello di Bellinzona.

Art. 25 cpv. 2Deliberazione

2 I membri del Consiglio d' Amministrazione e il Direttore dell' Ente hanno il diritto di partecipare con voto consultivo, alle riunioni del Consiglio.

Art. 26 lett. c)Compiti

Il Consiglio ospedaliero:

- c) nomina il personale amministrativo infermieristico, tecnico e ausiliario nonché i medici dell' Ospedale nel rispetto dei regolamenti emanati dal Consiglio d' Amministrazione dell' Ente, riservata la ratifica prevista dall' art. 17 cpv. 1 lett. 1. n della presente legge.

Art. 27Direttore amministrativo

Il Direttore esegue le deliberazioni del Consiglio ospedaliero e del consiglio d' amministrazione dell'EOC ed adotta, previa segnalazione al Presidente o al Vice-Presidente, i provvedimenti urgenti. In particolare egli é responsabile per la gestione amministrativa dell' ospedale, nel rispetto degli indirizzi contenuti nella Pianificazione ospedaliera.

Art. 29 cpv. 1 e 3Convocazione

1 L' Assemblea dei delegati dei Comuni è convocata, almeno una volta all' anno, dal proprio Presidente.

3 I membri del Consiglio di Amministrazione e 11 Direttore dell' Ente come pure i membri del Consiglio ospedaliero hanno diritto di partecipare, con voto consultivo, alle riunioni dell' Assemblea.

Art. 39

Abrogato.

Articolo 2

Trascorsi i termini per l' esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.