

Rapporto di maggioranza al messaggio 2531

Della Commissione speciale sul sussidiamento degli ospedali sul messaggio 17 luglio 1981 concernente la legge sugli ospedali pubblici

1. INTRODUZIONE

a) Cronistoria

E' dal settembre 1976 che un primo progetto di Legge ospedaliera elaborato dal Dipartimento opere sociali è stato oggetto di consultazione fra gli ambienti interessati. Allo stesso hanno fatto seguito, prima della definitiva presentazione da parte del Dipartimento il 31.1.1979 al Consiglio di Stato del progetto di messaggio e di Legge ospedaliera, ulteriori due avamprgetti, essi pure oggetto di consultazione fra i partiti e gli ambienti interessati.

Il 17.7.1981 il Consiglio di Stato licenziava il Messaggio n. 2531 che accompagnava il progetto di Legge sugli ospedali pubblici.

Questa Commissione ne iniziava il 14.9.1981 l' esame, riunendosi 14 volte, con ritmi settimanali, demandando a una propria sottocommissione il compito di presentare al plenum diverse proposte di soluzione, in particolare su quegli aspetti ove non vi era immediata unanimità o s' imponeva la necessità di un ulteriore approfondimento.

Nei mesi di luglio e agosto 1982 le prime proposte commissionali sono state sottoposte tramite i commissari alla verifica dei partiti.

La Commissione ha particolarmente approfondito i temi e le problematiche poste dal progetto di nuova Legge ospedaliera del Consiglio di Stato, in particolare chiedendo 2 perizie giuridiche e vagliando una numerosa documentazione concernente sia l' organizzazione ospedaliera di altri Cantoni svizzeri, sia di alcuni Stati esteri, nonché studi statistici e finanziari.

b) I lavori commissionali

Già il messaggio del Consiglio di Stato rilevava alle pagine 1 e 2 che la materia in discussione, per sua natura complessa e vicina ai bisogni primari dell' individuo e della collettività, era suscettibile di creare atteggiamenti e reazioni "diverse sovente emozionali, di fronte a proposte di ristrutturazione o di rinnovamento del settore ospedaliero". Aggiungeva il Consiglio di Stato che i gruppi professionali che operano diretta mente o indirettamente nel settore, manifestano immediate ed opposte reazioni, a seconda che le proposte di cambiamento siano suscettibili di modificare a vantaggio o a svantaggio di uno o altro gruppo i rapporti di potere fino a quel momento esistenti.

Associandoci a questa considerazione, non possiamo non evidenziare che oltre ai gruppi professionali, gli interessi regionali e quelli dei diversi istituti ospedalieri hanno rallentato la maturazione di un denominatore comune quale struttura por tante della nuova Legge ospedaliera. Infatti ogni gruppo politico rappresentato in Commissione non poteva, per ovvi motivi di rappresentatività che andavano oltre allo spirito costruttivo di ogni commissario, essere impermeabile a queste sollecitazioni che avevano pur sempre una radice autentica nella realtà del Paese e non sempre solo in quella ospedaliera.

E' quindi evidente che il lavoro di faticosa ricerca di un con senso accettabile da tutte le parti abbia richiesto, oltre che tempo, una sofferta opera di mediazione e convincimento reciproco nell' interesse prioritario di assicurare agli ospedali ticinesi di interesse pubblico un quadro legislativo che garantisca loro una gestione economicamente sana che, a doveroso qui sottolinearlo, non può tuttavia essere disgiunta da norme di controllo e di pianificazione indispensabili affinché l' Ente pubblico garantisca la copertura del deficit ospedaliero.

La mediazione fra divergenti interessi e opinioni a comunque sempre avvenuta non a scapito della razionalità, così da poter sempre difendere le decisioni adottate di fronte al Parlamento e al Paese.

Ci rendiamo perfettamente conto che la lunga opera di esame, di approfondimento, di scontro, di convergenza e di mediazione in seno alla Commissione che ha portato al progetto di Legge allegato a questo rapporto non potrà essere

facilmente ripercorsa da chi in ultima analisi sarà competente a prendere la decisione finale, vale a dire il Parlamento o il Popolo.

c) La legge concernente il coordinamento e il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico del 19.12.1963

L'attuale Legge ospedaliera, che ha pur sempre permesso, come è stato detto, agli ospedali ticinesi di uscire dal "medioevo sanitario", è nata direttamente dalla volontà popolare a seguito di un referendum lanciato Allora quando, il 28.11.1962, il Gran Consiglio a maggioranza approvava una legge ospedaliera proposta dal Consiglio di Stato il 26 gennaio 1962.

E' doveroso qui ricordare che quel progetto di Legge governativo conteneva già Allora alcuni interessanti elementi, in parti colare la differenziazione in ospedali principali e secondari, la nomina del primari a tempo pieno, nonché il sussidiamento degli ospedali in base alle giornate di cura e non ai letti di disponibili. Elementi questi che a distanza di 20 anni mantengo n. la loro validità e rappresentano anche oggi motivi di controversia.

I punti più deboli della legislazione attuale sono il finanziamento delle spese d' esercizio mediante sussidi dati sui posti letto disponibili nonché l' impossibilità di assicurare un efficace coordinamento con una politica di concessione di sovvenzioni sia per la costruzione, sia per l' acquisto di attrezzature normali e speciali di diagnosi e di cura, come pure la mancanza di criteri pianificatori quanto alla funzione ed al ruolo di ogni singolo istituto ospedaliero e alla sua dotazione in reparti, servizi, consulenze, personale ed attrezzature.

d) La struttura attuale del settore

E' la diretta conseguenza della vigente legislazione che non permetteva, se non in modo saltuario e occasionale, un' efficace azione pianificatoria. In particolare, secondo la volontà popolare espressa nel 1963, tutti i 10 ospedali di interesse pubblico sono legalmente posti sullo stesso piano Inoltre il Cantone non dispone di strumenti legali per decidere se una data opera, attrezzatura, reparto possono essere realizzati, ma unicamente se devono essere sussidiati. In altre parole l' Autorità cantonale non svolgeva un ruolo pianificatorio o di coordinamento attivo, bensì si limitava ad accogliere o a rifiutare le proposte avanzate dagli ospedali medesimi.

Questo quadro giuridico non consentiva di disciplinare validamente il ricambio avvenuto tra il 1969 e il 1976, dei medici primari e degli altri medici ospedalieri provenienti dalle cliniche universitarie, che hanno determinato la proliferazione delle specialità e delle sottospecialità con conseguente aumento vertiginoso dei costi. La tavola a pag. 49 del messaggio del Consiglio di Stato esemplifica questa evoluzione.

Abbiamo pertanto oggi un settore ospedaliero acuto pubblico sovradimensionato e sottoccupato. Per disporre di un' occupazione ottimale dell' 80-85% si dovrebbero eliminare circa 300-350 posti letto dagli attuali 1675 posti acuti del settore pubblico.

L'insieme degli ospedali d'interesse pubblico del Cantone è particolarmente caratterizzato da:

- una dispersione di reparti, servizi e consulenze in troppi ospedali. Ad esempio mentre nel nostro Cantone esistono 120 specialità e sottospecialità e consulenze distribuite in 10 ospedali, nel Cantone Friburgo sono una cinquantina concentrate quasi tutte nell'Ospedale cantonale:

- un alto numero di ospedali di costo per giornata di cura superiore ai 300.- franchi. Infatti 5 istituti superano nel nostro Cantone tale costo medio, mentre in Cantoni comparabili al nostro (Grigioni, Vallese, Friburgo e Neuchatel) solo un ospedale (2 nel Canton Neuchatel) superano i 300.- franchi al giorno di costo per giornata di cura. Se quindi presi singolarmente i nostri istituti non superano, come costo, ospedali comparabili nel resto della Confederazione, noi disponiamo invece di un maggior numero di questo tipo di istituti, per di più sottoccupati, poiché la zona di influenza di ogni singolo ospedale non giustifica una così grande disponibilità di posti letto e servizi.

- un tasso di ospedalizzazione abbondantemente superiore alla media svizzera. Infatti nel Cantone Ticino su 1000 abitanti, 151 sono ogni anno ospedalizzati, mentre in Svizzera il loro numero è di 115 unità. Da noi si va quindi in media ogni 6,6 anni all' ospedale, mentre la probabilità media svizzera a di una ospedalizzazione ogni 9 anni circa.

II. LA SITUAZIONE FINANZIARIA

a) Generalità

La situazione finanziaria è la diretta conseguenza della legislazione attuale il cui meccanismo di sussidiamento, a dir poco perverso, fondato sui posti letto disponibili (quindi anche su quelli cronicamente vuoti) non ha garantito ne il

finanziamento del disavanzo di esercizio, ne l' adattamento della struttura ospedaliera alla mutevole situazione. Infatti il sussidio mento dei posti letto disponibili, non ha permesso la riduzione della capacità ricettiva degli istituti alla reale occupazione poiché anche i posti letto vuoti "rendono" all' ospedale in quanto parametro di calcolo del sussidio (ogni letto occupato o vuoto equivale a fr. 14'600.- di sussidi all' anno).

E' ben vero che aumentando costantemente l' aliquota di sussidio per posto letto è teoricamente possibile assicurare il finanziamento del settore e garantire la copertura del disavanzo d' esercizio. E' altrettanto evidente che una tale politica sarebbe tuttavia suicidale per il Cantone poiché esso dovrebbe unicamente pagare fatture sempre più elevate senza potere minimamente intervenire e influire sulla formazione dei costi con provvedimenti pianificatori imperativi e di razionalizzazione interna sconosciuti alla Legge attualmente in vigore. Scopo della proposta di nuova Legge ospedaliera è appunto quel lo di garantire si il finanziamento integrale, tuttavia, ed è essenziale, solo nel quadro di un nuovo assetto pianificatorio e istituzionale.

b) Situazione debitoria e evoluzione del disavanzo

Situazione debitoria

Disavanzo d' esercizio accumulato

Gli ospedali di interesse pubblico, quale diretta conseguenza del meccanismo di sussidiamento descritto, hanno globalmente accumulato, al 31.12.1981, 48,5 milioni di franchi di disavanzi d' esercizio non coperti. (A fine 1982 essi saranno di ca. 60 mio di franchi). Questo importo corrisponde ai debiti presso istituti di credito e in parte sono garantiti da fidejussioni che lo Stato o i Comuni hanno prestato.

L'evoluzione dei disavanzi complessivi non coperti è stata:

Anno	Disavanzi complessivi non coperti (in franchi)
1977	19'106'000
1978	22'778'000
1979	29'105'000
1980	40'192'000
1981	48'420'000

Totale dei debiti

Anche il totale dei debiti iscritti nei bilanci degli ospedali di interesse pubblico è andato continuamente crescendo quale diretta conseguenza del meccanismo di sussidiamento che costringeva gli ospedali ogni anno a rivolgersi agli istituti di credito per far fronte alle necessità finanziarie della gestione corrente come pure degli investimenti decisi e attuati ne gli ultimi 10 anni per ammodernare le strutture e le attrezzature di quasi tutti gli istituti ospedalieri di interesse pubblico (investimenti per la costruzione, la riattazione e l' ammodernamento e per l' acquisto di attrezzature di diagnosi e di cure normali e speciali). AL 31.12.1981 il totale dei debiti iscritti nei bilanci degli ospedali di interesse pubblico ammontava a 234'123'000.- franchi e comprendeva, come detto, an che il finanziamento dei disavanzi d' esercizio complessivamente accumulati (48,5 mio di franchi) e il debito di costruzione del Nuovo Ospedale Civico di Lugano (82,5 mio di franchi).

L' evoluzione del debito complessivo è stata dal 1977:

Anno	Debito complessivo (in franchi)
1977	109'357'000
1978	135'823'000
1979	164 '331'000
1980	203'773'000
1981	234'123'000

Evoluzione del disavanzo

Il messaggio del Consiglio di Stato (a pag. 38 e segg.) descrive l'evoluzione prevista dal disavanzo d'esercizio del settore ospedaliero pubblico.

Alla luce dei dati ora disponibili l'evoluzione del disavanzo d'esercizio ipotizzata dal messaggio del Consiglio di Stato deve essere così corretta:

Anno	Milioni di franchi	Messaggio del CdS Milioni di franchi
1983	59,4	67,4
1984	81	73,5
1985	89	80,1
1986	97	87,3
1987	106	95,1

La differenza tra l'evoluzione del disavanzo contenuta nel mio saggio del Consiglio di Stato e quella qui descritta è dovuta essenzialmente all'inclusione nel disavanzo complessivo, a partire dal 1984, dell'ammortamento su 10 anni delle perdite d'esercizio riportate, degli interessi passivi del finanziamento della costruzione del Nuovo Ospedale Civico di Lugano (attualmente a carico del Comune) e dei costi di funzionamento del previsto nuovo Ente Ospedaliero cantonale.

c) Conseguenze

La drammaticità della situazione finanziaria generale del settore ospedaliero di interesse pubblico cantonale richiede, all'evidenza, una modifica della situazione legislativa e, di riflesso, istituzionale che permetta il risanamento finanziario. In particolare gli ospedali non dovranno più, alla fine di ogni anno, presentare degli scoperti di gestione che nessuno vorrà o potrà legalmente assumersi. Inoltre un piano di ammortamento dei debiti accumulati (234 mio) dovrà essere messo in atto segnatamente per quanto attiene al disavanzo d'esercizio accumulato (per sua natura debito a breve scadenza) che dovrà essere al più presto consolidato. Discussioni tra Consiglio di Stato e rappresentanti degli istituti di credito hanno già avuto luogo e una soluzione, non più procrastinabile, è attualmente in fase di avanzata trattativa, ma non potrà in nessun caso essere conclusa in mancanza di una nuova legge ospedaliera. Sottolineamo che le banche (e nemmeno quella dello Stato), creditrici di 234 mio di franchi verso gli ospedali, non sono più disposte a concedere crediti in base alla legislazione attuale o ad una legge che non garantisca il risanamento finanziario del settore. Nel 1983, in mancanza di una tale legge ospedaliera, diversi ospedali sarebbero costretti a chiudere reparti e servizi e diminuire in modo drastico le prestazioni sanitarie a pazienti degenti e ambulatori.

III. IL PROGETTO DI LEGGE DELLA COMMISSIONE

a) Principi fondamentali

La Commissione ha esaminato il progetto del Consiglio di Stato alla luce delle considerazioni precedentemente descritte ed è giunta a proporre diverse modifiche di fondo qui di seguito illustrate e altri cambiamenti di dettaglio che saranno descritti nel commento ai singoli articoli *).

Proprietà degli ospedali (Articoli 3 e 4 PC)

La Commissione è dell'avviso che la proprietà debba essere assunta dall'Ente cantonale e non dalle Regioni come proposto dal Consiglio di Stato (art. 3 e 23 CS). La motivazione di fondo è che solo tramite la proprietà l'Ente potrà essere una stanza effettivamente decisionale a livello pianificatorio e organizzativo. La proprietà regionale avrebbe più facilmente incoraggiato, per motivi di prestigio o di potere locale, attentati ai dettami pianificatori e di coordinamento essenziali al contenimento generale dei costi del settore ed al suo sviluppo armonioso e conforme alle reali necessità e bisogni di assistenza ospedaliera della popolazione della regione. Il passaggio della proprietà è la logica e diretta conseguenza della copertura integrale del disavanzo d'esercizio da parte dell'Ente pubblico, nonché del riscatto dei debiti accumulati dai diversi ospedali di interesse pubblico.

*) Gli articoli del progetto di Legge commissionale sono identificati dalla sigla PC, quelli del progetto del Consiglio di Stato con la sigla CS.

Quando un servizio pubblico di interesse primario ed essenziale per la collettività non è più in grado di far fronte in modo autonomo ai propri impegni e compiti, come è il caso del settore ospedaliero, e tutto il peso finanziario della gestione ricade direttamente sull'ente pubblico, il riscatto della proprietà è un requisito indispensabile alla messa a disposizione dei mezzi finanziari necessari per la continuazione dell'attività. Gli ospedali cantonali svizzeri ne sono una dimostrazione, come pure l'assunzione e il riscatto di ferrovie, poste, telegrafi da parte dell'ente pubblico. Il legame affettivo, se non di potere, con i propri singoli istituti ospedalieri deve essere superato di fronte alla consapevolezza che chi è chiamato a garantire il finanziamento e quindi l'assistenza ospedaliera alla popolazione deve pur poter validamente decidere sull'opportunità degli investimenti da effettuare e delle decisioni da adottare. Questo è possibile ed è credibile unicamente se si dispone delle proprietà.

(Articoli 7 e 8 PC)

Competenze del Gran Consiglio e del Consiglio di Stato

L'assunzione delle proprietà da parte dell'ente, che diventa l'istanza promotrice e di coordinamento di tutto il settore ospedaliero, ha imposto la modifica delle competenze che il Consiglio di Stato aveva attribuito al Gran Consiglio, a se stesso e all'ente (art. 6 e 7 CS). In particolare la pianificazione, non più approvata dal Consiglio di Stato, sarà elaborata dall'ente ospedaliero cantonale e discussa dal Gran Consiglio.

Il Consiglio di Stato la presenterà al Parlamento, accompagnandola di proprie osservazioni, segnatamente sulla compatibilità dei dettami pianificatori con la disponibilità finanziaria dello Stato.

La Commissione, al fine di sottrarre il Piano ospedaliero cantonale alle pressioni regionali, locali o di gruppi professionali, che arrischierebbero di modificarne la razionalità tecnica, è dell'avviso che il Parlamento debba unicamente discutere i principi generali della pianificazione e approvare unicamente l'assunzione, l'apertura e la chiusura di ospedali. È chiaro che il Gran Consiglio, tramite

l'approvazione dei preventivi annui del settore ospedaliero nonché gli investimenti che superano i

fr. 200'00.-- e dell'organico del personale, ha gli strumenti idonei a indirizzare la politica ospedaliera cantonale mediante la cessione o la soppressione di crediti.

(Articoli 15 e 16 PC)

Consiglio di Amministrazione dell'Ente

La nomina del Consiglio di Amministrazione dell'Ente sarà effettuata dal Gran Consiglio e non dal Consiglio di Stato, il quale ha unicamente la facoltà di proporre i candidati.

La Commissione ha ritenuto che la composizione del Consiglio di Amministrazione dell'Ente proposta dal Consiglio di Stato (art. 14 CS) non era sufficientemente agile per rispondere con prontezza ai problemi posti dalla conduzione di un settore in continuo sviluppo e particolarmente delicato. Il numero dei membri è stato ridotto da 11 a 7.

I rappresentanti di categoria (Casse malati, medici, personale sanitario, ecc.) non fanno più parte del Consiglio di Amministrazione bensì di una Conferenza consultiva (art. 19 PC) chiamata ad affiancare il Consiglio di Amministrazione dell'Ente. Motivo principale di quest'ultima modifica è che, se le rappresentanze dei lavoratori ospedalieri si giustificano a livello di ogni singolo istituto, la loro presenza nell'istanza centrale di pianificazione, coordinamento e organizzazione può essere motivo di interferenze di categoria, magari inconciliabili con l'interesse generale del settore. Va da sé che i membri del Consiglio di Amministrazione dell'Ente devono essere persone al di sopra degli interessi di categoria e regionali nonché particolarmente qualificati nei campi economico, tecnico e scientifico avuto riguardo alla materia ospedaliera. Il vantaggio di affiancare al Consiglio di Amministrazione dell'Ente una Conferenza consultiva è in particolare quello di avere sempre a disposizione un'istanza suscettibile di evidenziare gli umori e le richieste di ogni singola categoria professionale o di utenti interessati alla gestione della cosa ospedaliera. Questa Conferenza dovrà essere più ampia possibile e essere regolarmente consultata dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente per tutte le questioni di particolare importanza e sempre, almeno 2 volte all'anno, nell'ambito della discussione sui conti preventivi e consuntivi.

(Articolo 10 PC)

Classificazione degli ospedali

La Commissione ha ritenuto opportuno modificare la proposta del Consiglio di Stato (art. 9 CS), in particolare suddividendo gli ospedali, per intuibili motivi anche psicologici, in due sole categorie, abbandonando la denominazione di ospedale principale prevista invece dal progetto governativo.

Le categorie di ospedali saranno due, quelli regionali, al massimo 4, e quelli di zona. In due ospedali regionali (quelli di Lugano e di Bellinzona) saranno concentrate le alte specialità. In tutti e 4 gli ospedali regionali sarà garantito lo stesso livello di cure di base nelle specialità principali di medicina, chirurgia, ginecologia ostetricia e pediatria. È utile qui rilevare come in questi istituti sarà possibile garantire il 90% circa delle cure in queste specialità con identica qualità di

cura. il rimanente 10% sarà suddiviso fra i reparti altamente specializzati degli Ospedali di Lugano e/o Bellinzona e le Cliniche universitarie svizzere.

Gli altri ospedali, detti di zona, disporranno in misura più o meno grande di tutti o di parte di questi reparti a seconda della situazione oggettiva di ogni singola zona e delle sue necessità sanitarie accertate e documentate. Sarà in particolare compito della pianificazione ospedaliera di valutare, sulla base dei dati statistici e delle necessità oggettive della popolazione, i contenuti da dare a questi istituti quanto a reparti e servizi che distribuiscono prestazioni sanitarie. In ogni caso essi dovranno garantire la cura dei pazienti di medicina, dei cronici e dei lungo-degenti e convalescenti e disporre pure di un servizio di pronto soccorso potenziato in modo tale da garantire le prestazioni terapeutiche di urgenza sia risolutive sia in vista del trasporto in un ospedale regionale.

Sarà quindi la pianificazione che determinerà, come detto, in base alla casistica e alla patologia, ai bisogni sanitari della popolazione, al ruolo fin qui svolto da ogni singolo istituto ospedaliero, alla disponibilità di strutture, di mezzi tecnici e di personale specializzato nelle varie discipline, nonché alla completazione dell'asse autostradale, alle risorse finanziarie ed economiche del Cantone e dei Comuni, la struttura interna e organizzativa di ogni singolo istituto ospedaliero.

(Articoli 10, 29, 30 e 31 PC)

Regioni ospedaliere

A differenza di quanto proposto dal Consiglio di Stato, che prevedeva la suddivisione del Cantone in 7 regioni ospedaliere (art. 22, 25, 26 e 27 Cs), la Commissione propone l'istituzione di 4 regioni, ognuna delle quali fa capo a un ospedale regionale e può inoltre disporre di uno o più ospedali di zona. Questa soluzione, senz'altro più razionale poiché rispondente ai criteri svizzeri di regione ospedaliera (circa 50'000 abitanti), non pregiudica la nomina locale dei rappresentanti dei Comuni nelle singole istanze amministrative degli istituti, i Consigli ospedalieri. Infatti i rappresentanti dei Comuni saranno per ogni ospedale nominati dai delegati dei Comuni del Distretto ove esso è sito, ad eccezione dei rappresentanti del Consiglio ospedaliero dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona, che saranno eletti dai delegati dei Comuni dei Distretti di Bellinzona e Riviera, e di quelli del Consiglio dell'Ospedale Malcantone che saranno designati dai Comuni della Regione LIM Malcantone. Ad ogni regione ospedaliera (4 in tutto il Cantone), corrisponde come detto un ospedale regionale. Nel caso della Regione Luganese l'unico ospedale regionale sarà quello formato dagli attuali due ospedali Civico e Italiano che manterranno intatta la loro organizzazione sanitaria interna, ma che saranno diretti e coordinati fra loro da un unico Consiglio ospedaliero. Va da sé che questa soluzione è praticabile solo nel caso in cui l'Ospedale Italiano di Viganello decidesse per l'assunzione da parte dell'Ente. Per analogia anche gli attuali ospedali di interesse pubblico di Faido saranno posti sotto la direzione di un unico Consiglio ospedaliero.

(Articoli 32, 33, 34 e 35 PC)

Finanziamento

La formula proposta dal Consiglio di Stato per finanziare il settore ospedaliero (art. 36, 37, 38, 39 e 40 CS) è stata modificata dalla Commissione, in particolare per quanto attiene alla ripartizione dell'onere e al limite massimo (plafond) del terzo comunale di partecipazione alla copertura del disavanzo d'esercizio dell'Ente. Premettiamo che il problema generale dell'opportunità della partecipazione comunale al finanziamento del settore è stata ampiamente discussa in Commissione che ha sentito anche i rappresentanti dei Comuni rurali. La Commissione ha discusso diverse alternative, tra le quali quella dei centesimi addizionali, una quota fissa di partecipazione comunale stabilita al 5% come proposta dalla Lega dei Comuni rurali e montani, nonché diverse alternative che prevedevano un plafond di partecipazione dei Comuni legato ad altre percentuali del gettito dell'imposta cantonale nei Comuni, corrette dalla capacità finanziaria e dalla popolazione residente.

Si sono inoltre valutate altre possibilità di partecipazione fondate sulle risorse finanziarie dei Comuni come pure sull'aggiunta del contributo di livellamento al gettito d'imposta cantonale dei Comuni. Si è proceduto alla simulazione delle diverse proposte, proiettando nell'immediato futuro l'evoluzione del disavanzo d'esercizio degli ospedali e si è infine ritenuta quella che, nell'interesse comune, è stata giudicata più equa e rispondente alle necessità del settore e dell'insieme dei Comuni.

Ha prevalso all'unanimità la soluzione che prevede:

- partecipazione comunale pari a 1/3 del disavanzo globale annuo dell'Ente, senza più nessun riferimento dell'onere di partecipazione comunale agli ospedali siti nel Distretto (art 37 CS) La soluzione commissionale è senz'altro più equa di quella proposta dal Consiglio di Stato poiché, avendo ogni cittadino la libera scelta dell'istituto ospedaliero, non è possibile vincolare la partecipazione finanziaria dei Comuni a determinati ospedali piuttosto che ad altri. Inoltre alcuni istituti, regionali in particolare, assolvono una funzione di interesse sia regionale, sia cantonale e pertanto devono essere equamente finanziati da tutti i Comuni. Da ultimo il passaggio della proprietà all'Ente più non giustifica una

partecipazione comunale vincolata alla Regione ove è sito l' istituto ospedaliero;

- partecipazione massima (plafond) uniforme per tutti i Comuni stabilita al 6% del gettito dell' imposta cantonale nei diversi Comuni. Aliquote inferiori, anche se sostenute da diversi ambienti, non sono oggettivamente proponibili perché già superate dalla realtà finanziaria del settore. Stabilendo un plafond uniforme massimo del 6% pro Comune e non del 10\ ponderato dalla capacità finanziaria e dalla popolazione residente, come proposto dal Consiglio di Stato, la Commissione ha voluto dimostrare, oltre a una sensibilità verso i Comuni rurali e montani, anche la sua volontà di contenere i costi tramite un meccanismo che impone la discussione davanti al Gran Consiglio quando il plafond di partecipazione comunale dovesse raggiungere per i Comuni il 6%. Infatti quando il disavanzo ospedaliero supera il 18% del gettito cantonale d' imposta (1/3 comunale = 6% e 2/3 cantonali = 12%) non è più garantito il finanziamento del disavanzo d' esercizio previsto al cpv. 1 dell' art. 34. A questo punto sarà necessaria una discussione pubblica in Gran Consiglio e una successiva decisione operativa di contenimento dei costi o di aumento del plafond comunale e cantonale o unicamente della partecipazione cantonale. Queste due ultime possibilità soggiacciono evidentemente al diritto referendario.

Tenuto conto dei disavanzi d' esercizio previsti fino al 1987 (pag. 5 del rapporto) la ripartizione dell' onere tra Stato e Comuni sarà, complessivamente, per gli anni dal 1983 al 1987 la seguente (in mio di franchi):

Anno	Disavanzi globali	Contributo del Cantone (2/3 del disavanzo)	Contributo complessivo dei Comuni (1/3 del disavanzo)
1983	59,4	39.6	19.8
1984	81	54	27
1985	89	59.3	29.7
1986	97	64.7	32.3
1987	106	70.7	35.3

(Articolo 1 PC e CS)

Poliambulatori

Il Consiglio di Stato, all' art. 1 cpv. 3 del suo progetto, la sciava aperta la possibilità di istituire poliambulatori in ogni ospedale di interesse pubblico. La Commissione, premettendo il suo avviso favorevole all' obbligo da parte degli istituti ospedalieri di dare tutte le prestazioni sanitarie d' urgenza a utenti ambulanti che fanno capo ai servizi ospedalieri, non ritiene opportuno istituire poliambulatori negli Ospedali di interesse pubblico. Il motivo va ricercato nel fatto che già ora il servizio di pronto soccorso, ovunque presente, risponde con efficacia e prontezza alle necessità di cura. D' al tra parte essa è convinta che l' attuale e la futura disponibilità di medici liberi professionisti sarà in grado di fronteggiare la domanda di cura non urgente che ora già soddisfa integralmente o in collaborazione con i pronti soccorso degli ospedali di interesse pubblico. La Commissione osserva inoltre che la formulazione del Consiglio di Stato non soddisfa anzi la scia aperta la possibilità, per un utente che lo richiedesse, dell' obbligo di eseguire determinate prestazioni sanitarie anche al di là della loro reale necessità.

(Articolo 11 PC e 10 CS)

Classe base

Non aderendo alla proposta governativa di una classe base, la Commissione è tuttavia convinta che la cura medica e sanitaria debba essere uguale per tutti i pazienti indipendentemente dalla classe di degenza. Ne consegue che la prestazione sanitaria, in particolare quella del medico primario, dovrà essere uniforme per tutti i degenti e proporzionale alle esigenze di cura e quindi alla gravità della malattia.

(Articolo 19 CS)

Commissione di pianificazione ospedaliera

Il Consiglio di Amministrazione dell' Ente in quanto istanza formata da persone competenti, rende superflua la creazione di una Commissione di pianificazione. L' utilità pratica di disporre di una Commissione di pianificazione è dovuta al fatto che la molteplicità dei problemi tecnici, organizzativi e pianificatori attinenti al settore sanitario in generale e ospedaliero in particolare, fanno sì che, per ogni specifica richiesta di valutazione tecnica di un certo rilievo, si dovrà far capo a periti o organizzazioni esterne. Una Commissione di pianificazione ospedaliera permanente non sarebbe in grado di rispondere ai quesiti in quanto essa stessa dovrebbe rivolgersi ad istanze esterne. Il suo ruolo diventa quindi superfluo e può essere assunto dal Consiglio di Amministrazione dell' Ente che deciderà di volta in volta a chi delegare i compiti di valutazione tecnica, decidendo poi, conosciuti i rapporti peritali, circa l' adozione della proposta da parte dell' istanza

competente.

(Articolo 1, cpv. 3 PC)

Diritti dei pazienti

La Commissione ha ritenuto che in mancanza di una Legge sanitaria che prevede appunto disposizioni sui diritti dei pazienti è indispensabile prevedere una norma che costituisca la base legale per successivamente disciplinare, tramite i regolamenti di applicazione della Legge, i diritti degli utenti come pure anche quelli degli operatori sanitari.

La Commissione è stata informata che prossimamente sarà sotto posto a procedura di consultazione un progetto di nuova Legge sanitaria che fra l' altro prevede in estenso e in dettaglio disposizioni sulla salvaguardia dei diritti individuali. La Commissione deplora che quest' ultima Legge quadro sia presentata dopo la Legge ospedaliera e quella sociopsichiatrica.

(Articolo 47 CS)

Ospedale Italiano

La norma d' eccezione prevista dal Consiglio di Stato per l' Ospedale Italiano non è condivisa dalla Commissione che, tra l' altro, ha fatto all' uopo allestire due perizie da parte del prof. Stefano Ghiringhelli che nella prima osserva come tale norma possa essere invocata da eventuali altri ospedali che non intendono farsi assumere dall' Ente pur continuando a beneficiare dei sussidi.

Afferma il perito:

"in questo contesto non può non suscitare perplessità la posizione privilegiata che l' art. 47 della Legge ospedaliera conferisce all' Ospedale Italiano di Viganello. Anche in campo di sussidi vige il principio della parità di trattamento sancito dall' art. 4 costituzionale: faccio riferimento a M. Imboden R.A. Rinhof "Schweizerische Verwaltungsgesetzgebung" V. edizione, vol. II, Basilea e Stoccarda 1976 pag. 1130-1131, ecc. E' risaputo che tale principio è segnatamente leso quando una Legge opera differenziazioni che non trovano alcuna motivazione ragionevole nei rapporti da essa disciplinati od omette differenziazioni che si impongono in base a detto rapporto: in questo senso D.T.F. 104 la 284 (95) e le altre sentenze del Tribunale federale ivi richiamate.

Il citato messaggio a pag. 82/84 adduce le ragioni che hanno indotto il Consiglio di Stato a consentire all' Ospedale Italiano di Viganello di continuare la sua attività, beneficiando nel contempo della partecipazione cantonale al finanziamento delle spese d' esercizio. E' come minimo opinabile se le menzionate ragioni siano sufficientemente valide per giustificare il regime speciale di cui dovrebbe fruire l' Ospedale Italiano di Viganello".

E' chiaro che, come detto precedentemente, all' Ospedale Italiano, nel caso aderisse all' Ente cedendo conformemente agli art. 3 e 4 PC della Legge attivi e passivi, è data garanzia di continuare a svolgere la funzione di ospedale acuto regionale coordinato con l' Ospedale Civico da un unico Consiglio di Amministrazione.

La seconda perizia era intesa a sapere se la natura giuridica dell' Ospedale Italiano di Lugano sia tale da escludere una sua assunzione da parte della Regione ospedaliera del Luganese o più precisamente da parte dell' Ente cantonale.

Il perito, dopo aver esaminato gli statuti della Fondazione Ospedale Italiano, non ravvisava nessuna norma statutaria suscettibile di impedire una sua assunzione da parte della Regione, come era stato in un primo tempo chiesto, o dell' Ente, come è ora il caso.

In particolare il perito osserva:

"infatti il trasferimento alle Regioni ospedaliere dell' intero patrimonio degli ospedali di interesse pubblico, giusta l' art. 5 del progetto di nuova Legge ospedaliera, è imposto in via indiretta, attraverso l' assunzione della decadenza dei sussidi contemplata dall' art. 42 della medesima Legge. La natura giuridica dell' Ospedale Italiano di Lugano non osterebbe affatto a che anche questa associazione venga posta di fronte all' alternativa, ovvero di cedere il proprio patrimonio alla Regione ospedaliera del Luganese, ovvero di vedersi privata degli indispensabili sussidi".

Va da sé che il medesimo discorso, mutatis mutandis, è valido anche con l' assunzione della proprietà degli ospedali da parte dell' Ente.

Ciò è tanto più valido poiché i sussidi elargiti dallo Stato Italiano all' Ospedale Italiano di Viganello sono assai modesti. Infatti per l' esercizio 1981 il contributo dello Stato Italiano è stato di Lire 12'000'000.-. il che equivale a ca. 22'000.- Frs.

contro un disavanzo registrato in quell' anno da parte dell' Istituto di Frs. 2'300'000.- ed a sussidi cantonali di ca. 2'200'000.- franchi.

(Articoli 9 cpv. 3 e 10 cpv. 7 PC)

Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale

L' appartenenza dell' Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale all' Ente ospedaliero cantonale è stato uno dei problemi che subito si sono posti all' attenzione della Commissione, poiché con l' assunzione, da parte dell' Ente, della proprietà di tutti gli ospedali attualmente considerati di interesse pubblico sembrava ovvio che l' unico ospedale già di proprietà dell' Ente pubblico, cioè l' ONC, dovesse pure, per una questione di coerenza, essere incluso esso pure nell' Ente ospedaliero cantonale.

Per questo motivo la Commissione speciale ospedaliera ha chiesto durante le discussioni granconsiglieri del mese di ottobre il rinvio della discussione della Legge socio-psichiatrica appunto per permettere un esame più sereno della problematica dell' ONC e giungere ad una conclusione non affrettata che possa quindi senz' altro rispondere alle esigenze sia del nuovo assetto ospedaliero, sia dell' ONC stesso.

Questa tematica è stata molto e lungamente approfondita in seno alla Commissione, la quale ha anche ascoltato il relatore della Commissione della legislazione che ha licenziato il progetto di nuova Legge socio-psichiatrica.

Inoltre essa ha preso conoscenza della posizione espressa dalla speciale Commissione psichiatrica cantonale che si è appunto pronunciata ed ha discusso sull' eventualità dell' assunzione dell' ONC da parte del costituendo nuovo Ente ospedaliero cantonale.

Da questi dibattiti e discussioni è emersa la necessità dell' unicità tra ONC e Servizi psico-sociali e socio-psichiatrici esterni. Questa unità funzionale certamente sarebbe disattesa nel caso in cui l' ONC venisse esso solo integrato all' interno della nuova Legge ospedaliera mentre i servizi ambulatoriali esterni rimarrebbero disciplinati da altra Legge speciale, quella appunto socio-psichiatrica, e quindi esclusi dall' Ente ospedaliero cantonale.

La tendenza generale, affermata dalla nuova Legge psichiatrica, è di andare verso una psichiatria territoriale nella quale si realizzi la continuità delle cure e di cui il momento ospedaliero non rappresenta che uno dei momenti di trattamento. Da qui la necessità di superare le attuali divisioni intra ed extraospedaliere e non di accentuarle. Inoltre altri due problemi, e non gli ultimi, si ponevano all' assunzione dell' ONC da parte dell' Ente ospedaliero cantonale. Infatti se si voleva garantire un' unità concettuale e istituzionale il Consiglio ospedaliero dell' ONC doveva essere eletto, teoricamente, da tutti i Comuni del Cantone. Per di più il disavanzo dell' ONC, che attualmente ammonta a ca. 7,5 mio di franchi, ed è integralmente assunto dal Cantone, avrebbe dovuto essere ribaltato, nella misura di 1/3, pari a 2,5 mio di franchi sui Comuni.

Se poi per mantenere l' unità funzionale di tutto il settore socio-psichiatrico si fosse optato per l' assunzione da parte dell' Ente, oltre all' ONC, anche dei due servizi ambulatoriali esterni, l' onere a carico dei Comuni sarebbe stato ancora maggiore.

Assumendo l' ONC, la coerenza avrebbe voluto che anche altri Istituti attualmente di proprietà del Cantone, fossero assunti dall' Ente. Infatti il Laboratorio cantonale di igiene, il Laboratorio batterio-sierologico, l' Istituto cantonale di patologia di Locarno e non da ultimo l' Istituto di Medoscio che provvede alla cura degli ammalati di tubercolosi avrebbero dovuto essere assunti essi pure dall' Ente.

Per tutti questi motivi la Commissione, dopo ampia e lunga discussione, ha deciso per la non assunzione dell' ONC, prevedendo, vista l' importanza e la coincidenza dei due settori di intervento sanitario, delle disposizioni legali che permettano ed assicurino il coordinamento a livello pianificatorio e di intervento dei due settori in modo tale da escludere punti di frizione.

In particolare l' istituzione di reparti psichiatrici negli ospedali di interesse pubblico, possibilità quest' ultima prevista dalla nuova Legge socio-psichiatrica, potrà essere decisa dall' Ente ospedaliero cantonale su proposta del futuro Consiglio psico-sociale cantonale.

b) Commento ai singoli articoli

Articolo 1

Principio

cpv. 1 - La Commissione ha ritenuto che l' intervento dello Stato per promuovere e coordinare l' assistenza ospedaliera deve tener conto, oltre che dei criteri pianificatori, anche dei mezzi finanziari a disposizione.

cpv. 3 (nuovo) - E' prevista una disposizione sui diritti dei pazienti suscettibili di costituire la base legale per successivamente disciplinare tramite i regolamenti di applicazione della Legge i diritti degli utenti come pure anche quelli degli operatori sanitari (vedi commento pag. 12 del rapporto).

cpv. 4 (ex cpv. 3 Cs) - La formulazione prevista dal Consiglio di Stato è stata modificata poiché era suscettibile di istituire in tutti gli ospedali dei servizi di poliambulatorio (vedi commento pag. 12 del rapporto).

Articolo 3

Proprietà

Come detto (vedi pag. 6) la Commissione è dell' opinione che sia l' Ente cantonale ad assumere la proprietà degli ospedali e non le Regioni come proposto nel progetto del Consiglio di Stato. La Maternità cantonale, che già il messaggio di sussidiamento del nuovo Ospedale della Beata Vergine di Mendrisio integra nel costruendo nuovo istituto, è quindi assunta essa pure dall' Ente cantonale ospedaliero.

Articolo 4

Patrimonio (ex art. 23 CS)

Passando la proprietà dalle Regioni all' Ente è indispensabile definire la composizione del suo patrimonio che rimane concettualmente identica a quella prevista dal Consiglio di Stato per le Regioni.

Articolo 6

Assunzione (ex art. 5 CS)

Il Dipartimento dell' interno dovrà essere rigorosamente attento affinché le amministrazioni ospedaliere non siano tentate di alienare parte del patrimonio non direttamente destinato alla gestione ospedaliera prima dell' assunzione dell' Ospedale da parte dell' Ente cantonale.

Articolo 7

Competenze del Gran Consiglio (ex art. 6 CS)

Oltre quanto già detto nel commento a pag. 7 di questo rapporto, la Commissione ha ritenuto, facendo un' aggiunta alla lettera b) di questo articolo, che l' organico del personale del l' Ente, quindi di tutti gli ospedali e dell' Ente centrale, debba essere approvato dal Parlamento. Il motivo va ricercato nell' evidenza che i costi del personale rappresentano il 70% della spesa ospedaliera. Controllando l' evoluzione di questi costi si incide, in modo determinante, sulle spese globali del settore. Inoltre la Commissione è dell' opinione che la nomina del Consiglio di Amministrazione dell' Ente debba essere fatta dal Gran Consiglio, al fine di assicurare una maggior trasparenza e verificare l' idoneità e le qualifiche dei candidati. Sarà comunque il Consiglio di Stato che sottoporrà un elenco di candidati al Parlamento per decisione.

Quale diretta conseguenza del passaggio della proprietà dalle Regioni all' Ente, sarà appunto quest' ultimo che dovrà disporre di un proprio ufficio di revisione di nomina granconsigliere.

Cadono pertanto gli art. 34 e 35 del progetto del Consiglio di Stato che prevedevano delle Commissioni di revisione a livello regionale.

Articolo 8

Competenze del Consiglio di Stato (ex art. 7 CS)

Al Consiglio di Stato, come già detto, sono sottratte le competenze di approvare la pianificazione ospedaliera cantonale, nonché quella di nominare il Consiglio di Amministrazione del l' Ente.

La Commissione ha inoltre ritenuto che:

- la ratifica dei regolamenti
- la ratifica delle rette e delle tariffe

- la definizione degli emolumenti e delle indennità dei Consigli ospedalieri debbano competere al Consiglio di Amministrazione dell' Ente cantonale e non al Consiglio di Stato.

Inoltre il direttore dell' Ente sarà nominato dal Consiglio di Amministrazione senza più nessuna ratifica da parte del Consiglio di Stato. L' Ente cantonale avrà pure la competenza di decidere gli investimenti fino ad un massimo di fr. 200'000.-- di spesa per singolo oggetto, nei limiti stabiliti dal preventivo approvato dal Gran Consiglio.

Articolo 9

Pianificazione ospedaliera (ex. art. 8 CS)

Come detto la decisione della Commissione di non prevedere l' ONC come facente parte della nuova organizzazione ospedaliera, presupponeva una disposizione che assicurasse il coordinamento della pianificazione ospedaliera cantonale e quella in materia socio-psichiatrica. Il cpv. 3 del progetto della Commissione (nuovo) colma appunto questa lacuna.

Articolo 11

Assistenza medica sanitaria e classi di degenza (ex art. 10 CS)

Per i motivi esposti a pag. il l' articolo è stato completamente riformulato, tuttavia si è ritenuto indispensabile evidenziare che la cura medica e sanitaria deve essere uguale per tutti i pazienti e ciò indipendentemente dalla classe di degenza.

Articolo 12

Scopo (dell'Ente) (ex art. il CS)

Il cpv. 1 è stato riformulato tenendo conto dei nuovi compiti attribuiti all' Ente, in particolare della funzione pianificatoria. Il cpv. 2 di questo articolo riprende quanto il Consiglio di Stato aveva già espresso all' art. 23 cpv. 2 e più precisamente il criterio di economicità e di impiego ottimale delle risorse e dei mezzi tecnici e finanziari a disposizione.

Articolo 14

Organi (dell'Ente ospedaliero cantonale) (ex art. 13 CS)

Conformemente alle decisioni prese dalla Commissione e già spiegate a pag. 6 gli organi dell' Ente sono completati con 3 nuove istanze non previste dal progetto del Consiglio di Stato. Si tratta della Conferenza ospedaliera, organo di consulenza permanente del Consiglio di Amministrazione dell' Ente (vedi pag. 7), i Consigli ospedalieri e l' Assemblea dei delegati dei Comuni.

Queste ultime istanze, già previste anche nel progetto del Consiglio di Stato, non erano però in quel testo di Legge considerati organi dell' Ente, ma costituivano le istanze decisionali a livello regionale. E' invece stata soppressa la Commissione di pianificazione ospedaliera, prevista invece nel progetto del Consiglio di Stato, poiché, come detto, i compiti di questa istanza saranno assunti dal Consiglio di Amministrazione dell' Ente in quanto formato da persone particolarmente qualificate e competenti, in grado di prendere le decisioni che si impongono dopo aver sentito, su ogni singolo aspetto e problema da ulteriormente approfondire, i pareri dei periti esterni tecnici, scelti di volta in volta.

Articolo 15

Composizione (del Consiglio di Amministrazione dell'Ente) (ex art. 14 CS)

La modifica di questo articolo è già stata abbondantemente spiegata a pag. 7 del rapporto. Si tratta in sostanza di diminuire il numero dei membri che compongono il Consiglio di Amministrazione, in modo tale da rendere questa istanza più agile e pronta a rispondere alle richieste, talvolta anche urgenti, che provengono dal settore. Inoltre il Consiglio di Amministrazione sarà nominato dal Gran Consiglio su proposta del Consiglio di Stato.

Articolo 16

Compiti (del Consiglio di Amministrazione dell'Ente) (ex art. 15 CS)

Questo articolo è stato modificato tenendo conto dei cambiamenti già apportati alle competenze rispettivamente del Gran Consiglio e del Consiglio di Stato. In altre parole il Consiglio di Amministrazione dell' Ente, secondo la formulazione della Commissione, acquista maggiori poteri decisionali segnatamente per quanto riguarda la pianificazione ospedaliera, da esso elaborata, la possibilità di decidere per gli investimenti che non superano i fr. 200'000.- di costo per ogni singola

spesa, l' approvazione dei regolamenti interni dell' Ente (in questo caso il Consiglio di Amministrazione sentirà il parere dei Consigli ospedalieri), l' approvazione delle rette e delle tariffe degli ospedali pubblici, la nomina del direttore dell' Ente cantonale e dei funzionari della direzione, nonché la ratifica delle nomine dei medici ospedalieri e dei direttori amministrativi degli ospedali pubblici.

Come già detto a pag. 14 del rapporto, nell' elaborare la pianificazione ospedaliera cantonale, il Consiglio di Amministrazione dell' Ente interpellerà il Consiglio socio-psichiatrico per decidere circa l' inserimento di eventuali reparti o servizi psichiatrici negli ospedali pubblici.

Mentre per tutti i medici ospedalieri il Consiglio di Amministrazione dell' Ente provvede alla ratifica delle nomine che saranno attuate dai singoli ospedali, per quanto attiene invece ai medici con attività in diversi ospedali pubblici la nomina sarà questa volta di stretta competenza del Consiglio di Amministrazione dell' Ente cantonale che sentirà l' avviso dei Consigli di Amministrazione dei singoli ospedali interessati.

Articolo 19

Conferenza ospedaliera (nuovo)

La diminuzione dei membri del Consiglio di Amministrazione dell'Ente da 11 a 7, imponeva la costituzione di un'istanza che permettesse, come detto, (vedi pag. 7) un contatto continuo con i lavoratori ospedalieri e le diverse istanze e associazioni interessate.

Il cpv. 3 di questo articolo elenca alcune associazioni che già ora si ritiene debbano far parte di questo gremium. Va da se come previsto al cpv. 2 che il Consiglio di Amministrazione può allargare la composizione della Conferenza appunto per dare rappresentanza ad altre associazioni sia professionali, sia di pazienti, che possono vantare e giustificare, per l' attività svolta, il diritto di far parte della Conferenza ospedaliera consultiva. Questa istanza permette tra l' altro al Consiglio di Amministrazione di potere, se del caso, ottenere continue e interlocutorie risposte a problemi che man mano dovessero porsi senza dover ogni volta sottostare a lunghe e dispendiose procedure di consultazione esterne.

Articolo 24

Composizione (del Consiglio ospedaliero) (ex art. 29 CS)

La Commissione ha ritenuto di modificare la composizione del Consiglio ospedaliero come proposto dal Consiglio di Stato, in particolare ed esclusivamente per quanto riguarda il rappresentante della Federazione ticinese delle casse malati che è sostituito da un rappresentante dell' Ordine dei medici designato dal Circolo medico ove è sito l' Ospedale. Questo per facilitare il contatto tra la medicina extraospedaliera e quel la istituzionale.

Inoltre, vista la suddivisione del Cantone in 4 Regioni ospedaliere ognuna delle quali può comprendere, oltre ad un ospedale regionale, anche i o più ospedali di zona, la Commissione è dell' opinione che questi ultimi ospedali debbano essere rappresentati in seno al Consiglio ospedaliero dell' Ospedale regionale. I motivi sono ovvi, si tratta in particolare di garantire il coordinamento tra la funzione dell' Ospedale regionale e quella degli Ospedali di zona.

Articolo 25

Modalità di elezione (del Consiglio ospedaliero) (ex art. 30 CS)

A differenza di quanto previsto dal progetto di Legge del Consiglio di Stato, i rappresentanti del personale in seno al Consiglio ospedaliero dovranno essere scelti tra i membri del la Commissione interna del personale eletta secondo le modalità previste dal Regolamento organico cantonale.

Articolo 27

Compiti (del Consiglio ospedaliero) (ex art. 32 CS)

L' unica differenza di rilievo rispetto alle competenze che il Consiglio di Stato aveva attribuito al Consiglio ospedaliero è quella che, secondo il parere della Commissione, devono essere gli ospedali che provvedono alla nomina dei medici, riservata ovviamente la ratifica da parte dell' Ente cantonale prevista all' art. 16 cpv. 1 lett. o) del progetto commissionale.

La lett. a) evidenzia che la direzione amministrativa dell' ospedale deve essere attuata nel pieno rispetto delle decisioni del Gran Consiglio e del Consiglio di Amministrazione del l' Ente, nonché dei dettami pianificatori cantonali imperativi per tutti gli ospedali.

Articolo 31

Compiti (dell'Assemblea dei delegati) (ex art. 27 CS)

Le competenze che il Consiglio di Stato aveva affidato all' Assemblea dei delegati dei Comuni erano, per loro natura, legate al fatto che in quel progetto, la Regione assumeva la proprietà di tutti gli ospedali. Con la modifica sostanziale apportata dalla Commissione a questo aspetto istituzionale anche le competenze dell' Assemblea dei delegati dei Comuni sono state di conseguenza modificate. In particolare, oltre a nominare i rappresentanti dei Comuni nei diversi Consigli ospedalieri, l' Assemblea diventa un' istanza politica di verifica e di controllo dell' aderenza dei compiti sanitari svolti dagli ospedali siti nel Distretto alle effettive necessità sanitarie della popolazione. Sarà in occasione della discussione del rapporto sulla gestione dell' ospedale, come pure dell' esame dei conti, che l' Assemblea dei Comuni potrà ogni anno pro cedere a queste verifiche.

Articoli da 32 a 35

Finanziamento (ex art. da 36 a 40 CS)

Le modifiche proposte dalla Commissione sono state illustrate a pag. 10 del rapporto. Esse consistono essenzialmente:

- nella ripartizione del terzo a carico dei Comuni a livello esclusivamente cantonale e non più anche a livello regionale (un sesto) come invece era stato proposto dal Consiglio di Stato;
- nella riduzione del contributo massimo pro Comune dal 10t al 6t del gettito di imposta cantonale uniforme per tutti i Comuni;
- nella discussione in Gran Consiglio dell' organizzazione del settore o delle basi di finanziamento qualora la partecipazione dei Comuni dovesse raggiungere il limite del 6t sopra citato.

La disposizione prevista all' art. 40 del progetto del CdS secondo la quale la partecipazione finanziaria dello Stato e in parte quella dei Comuni sarebbe stata soppressa nei confronti di quell' ospedale che avesse disatteso le norme pianificate è stata abbandonata poiché, con il trasferimento della proprietà all' Ente cantonale e le disposizioni previste agli art. 27 lett. a) (obbligo del Consiglio ospedaliero di attenersi alle decisioni del Gran Consiglio, dell' Ente e ai dettami pianificatori) e 35 (responsabilità per l' Ente di attenersi ai preventivi) essa non ha più ragione di esistere.

Articoli da 36 a 43

Disposizioni transitorie e finali (ex art. da 41 a 47 CS)

Le modifiche che la Commissione ha apportato alle proposte del Consiglio di Stato possono essere così riassunte:

- Ospedale Italiano di Viganello: come già discusso a pag. 12 di questo rapporto l' Ospedale Italiano è equiparato a qualsiasi altro ospedale di interesse pubblico e non beneficerà pertanto di disposizioni particolari'
- Assunzione degli ospedali di interesse pubblico: le istituzioni proprietarie dovranno entro 9 mesi al più tardi dall' entrata in vigore della nuova Legge comunicare al Consiglio di Stato la loro decisione irrevocabile di cedere l' ospedale all' Ente alle condizioni previste all' art. 6. Nei 3 mesi successivi il Gran Consiglio è tenuto a ratificare l' assunzione. il cpv. 2 dell' art. 36 dà garanzie agli attuali ospedali di interesse pubblico di essere assunti dall' Ente, sempre che la domanda di assunzione pervenga al Consiglio di Stato entro i 9 mesi successivi all' entrata in vigore della Legge;
- L' articolo 37 disciplina il periodo transitorio tra l' entrata in vigore della Legge e l' anno entro il quale tutti gli ospedali di interesse pubblico, che ne avranno fatto richiesta, saranno effettivamente assunti dall' Ente. Si tratta segnatamente di definire il regime finanziario per l' anno 1983 il cpv. 1 stabilisce che il Cantone e i Comuni assumeranno, secondo le modalità previste dall' art. 34, il disavanzo d' esercizio 1983 di tutti gli ospedali di interesse pubblico le cui istituzioni proprietarie avranno dato la loro adesione al Consiglio di Stato nei termini stabiliti all' art. 36 cpv. 1. il secondo capoverso di questo articolo, come già nel progetto del Consiglio di Stato, stabilisce che gli istituti non assunti dall' Ente continueranno a beneficiare per un an n. dei sussidi previsti dalla vigente legislazione.
- L' articolo 42 affida al Consiglio di Stato l' incarico di prendere tutte le misure necessarie per rendere operante la Legge, in particolare esso deve adottare quei provvedimenti che permettano l' istituzione e la nomina tempestiva del Consiglio di Amministrazione dell' Ente;
- L' articolo 43 stabilisce che gli atti notarili necessari al trasferimento delle proprietà degli ospedali all' Ente siano esenti da qualsiasi tassa. La Commissione è dell' avviso che la cessione di queste proprietà non debba causare ulteriori oneri allo Stato, in particolare per quanto riguarda gli onorari notarili. E' auspicabile che vi siano notai disponibili ad effettuare

gratuitamente, con il solo rimborso delle spese effettivamente sostenute, i trapassi di proprietà e le iscrizioni a registro fondiario.

IV. CONCLUSIONI

Siamo convinti che i lavori commissionali hanno sostanzialmente migliorato il progetto di Legge del Consiglio di Stato, in parti colare per quanto attiene allo snellimento e alla trasparenza dell' iter decisionale, diretta conseguenza del passaggio della proprietà degli ospedali all' Ente cantonale nonché delle maggiori competenze attribuite al Gran Consiglio e all' Ente ospedaliero cantonale a livello finanziario, pianificatorio e di coordinamento. D' altro canto, 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 Commissione si rende tuttavia conto che anche questo progetto di Legge non risponde, e nemmeno potrebbe farlo, alle molteplici e anche opposte opinioni presenti nella realtà del Paese sul come organizzare il settore ospedaliero d' interesse pubblico.

A chi teme che, con il progetto di nuova Legge ospedaliera proposto dalla Commissione, si vada verso la statizzazione o la cantonalizzazione pure e semplice degli ospedali, osserviamo che il passaggio della proprietà all' Ente cantonale è la logica conseguenza della messa a disposizione da parte del Cantone e dei Comuni dei mezzi finanziari necessari alla sopravvivenza del settore. Sarebbe il baratro finanziario a costringere l' Ente pubblico ad assumere i disavanzi d' esercizio, senza che esso possa dire una parola sul modo e sul come questi costi si sono formati. D' altro canto in quasi tutti i Cantoni svizzeri gli ospedali meglio dotati in strutture, attrezzature e personale specializzato e curante, sono ospedali di proprietà dei Cantoni. La trasparenza e la democraticità sono assicurati, poiché, secondo il progetto di legge, la messa a disposizione dei mezzi finanziari per gli ospedali, deve essere oggetto di decisione da parte del Gran Consiglio.

Va ancora ribadito che la gestione di ogni singolo ospedale sarà poi assicurata da rappresentanti locali designati dai Comuni della Regione ove 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.

Non va inoltre sottovalutata l' importanza politica dell' Assemblea dei delegati comunali ove ogni cittadino avrà, per delega, la possibilità di influire e manifestare opinioni, suggerimenti e volontà. Siamo convinti che, a differenza della situazione attuale, il nuovo assetto istituzionale avvicina realmente di più il cittadino alla gestione della cosa ospedaliera.

Un' osservazione a questo punto appare doverosa. E' possibile che Fondazioni o Associazioni proprietarie di ospedali di interesse pubblico non intendano, per motivi loro, cedere il proprio ospedale all' Ente cantonale ospedaliero. Così facendo esse beneficerebbero ancora per un anno dei sussidi all' esercizio previsti dalla Legge attualmente in vigore e, successivamente, continueranno a svolgere la loro attività sanitaria quale clinica privata.

A tale proposito osserviamo che una tale decisione compete unicamente alle istituzioni proprietarie di questi istituti poiché il progetto di Legge garantisce a tutti gli attuali ospedali di interesse pubblico il diritto di essere assunti dall' Ente ospedaliero cantonale ed avere pertanto il disavanzo d' esercizio annuo integralmente assunto dallo Stato e dai Comuni. In quest' ultimo caso le Fondazioni o Associazioni proprietarie devono sciogliersi e lasciare il posto ai nuovi Consigli ospedalieri composti, quasi esclusivamente, da rappresentanti dei Comuni.

In pratica, da questo momento, gli ospedali saranno diretti e con doti dai Comuni della Regione. Diciamo questo unicamente per evidenziare come dette Fondazioni e Associazioni non sono state oggetto di alcuna discriminazione o disparità di trattamento nei confronti degli altri ospedali assunti dall' Ente. Sono appunto esse che hanno deciso, in modo autonomo, per la non assunzione da parte dell' Ente cantonale e conseguentemente esse non desiderano che l' Ospedale sia diretto dai rappresentanti dei Comuni della Regione.

La Commissione ha particolarmente approfondito e lungamente discusso questo aspetto, facendo anche allestire due perizie giuridiche che concludevano in modo netto e chiaro che nessun ostacolo statutario impedisce agli ospedali attualmente d' interesse pubblico di cedere il proprio istituto all' Ente ospedaliero cantonale.

Altro pericolo paventato è la burocratizzazione del settore. A tal proposito osserviamo che il progetto di nuova Legge ospedaliera non contiene alcun elemento o disposizione che per sua natura sia suscettibile di aumentare il pericolo di burocratizzazione. Anzi lo snellimento e la trasparenza dell' iter decisionale appor tato dal progetto commissionale

Allontana il pericolo di una gestione burocratica del settore. L' Ente ospedaliero cantonale, i stanza che ora non esiste, sostituirà praticamente i servizi del lo Stato che finora hanno gestito il settore ospedaliero di interesse pubblico. La discussione e l' approvazione da parte del Gran Consiglio dell' organico dell' Ente è un' ulteriore garanzia contro la burocratizzazione. Va osservato infine che il personale in dotazione dell' Ente centrale sarà, per la quasi totalità, trasferito dallo Stato e dalle amministrazioni ospedaliere.

Nessun costo supplementare apprezzabile dovrebbe quindi essere creato a seguito dell' istituzione dell' Ente ospedaliero cantonale.

Anche la garanzia data a tutti gli ospedali di interesse pubblico di essere assunti dall' Ente ospedaliero cantonale non disattende la razionalizzazione del settore. Infatti il progetto di Legge prevede molteplici strumenti di diritto per potere effettivamente garantire il coordinamento tra gli istituti ed adottare provvedi menti di razionalizzazione. E' compito del piano ospedaliero cantonale proporre modifiche, concentrazioni e razionalizzazioni interne ai singoli ospedali. Tali proposte presuppongono sia uno studio serio e fondato su basi scientifiche delle disponibilità e dei bisogni, sia una discussione politica delle proposte per verificarne la compatibilità con la realtà finanziaria degli Enti pubblici.

Anche il nuovo onere finanziario chiesto ai Comuni per finanziare il settore ospedaliero pubblico può essere motivo di divergenti opinioni sia sul principio dell' opportunità del contributo stesso sia sul modo di distribuzione dell' onere tra i diversi Comuni.

- Sull' opportunità della partecipazione comunale al finanziamento degli ospedali, dopo aver accertato l' adesione della Lega dei Comuni rurali e montani e dell' Associazione dei Comuni urbani ticinesi, bisogna essere oltremodo chiari. Senza il contributo comunale un terzo del settore ospedaliero cantonale dovrà essere smantellato. L' affermazione è reale poiché, conosciuta la situazione finanziaria del Cantone, la partecipazione dei Comuni è essenziale per mantenere in vita gli attuali istituti ospedalieri. Ne sono una visibile dimostrazione i ca. 60 milioni di franchi di perdite riportate dai 10 ospedali di interesse pubblico a fine 1982.

Questo importo corrisponde ai deficit di esercizio che gli ospedali di interesse pubblico hanno accumulato nonostante abbiano ricevuto tutti gli anni i sussidi ricorrenti all' esercizio previsti dall' attuale legislazione ospedaliera. Questo di mostra che il Cantone da solo non è più in grado di sostenere finanziariamente il settore e che la partecipazione dei Comuni è quindi una condizione indispensabile per evitare una immediata drastica e lineare diminuzione delle prestazioni sanitarie in tutti gli ospedali ticinesi.

- Sul modo di distribuzione della partecipazione comunale tra i diversi Comuni si è già detto alle pag. 9 e 10. La Commissione ha dovuto prendere atto che una percentuale di partecipazione massima uniforme pro comune pari al 5% del gettito dell' imposta cantonale, come proposta dalla Lega dei Comuni rurali e montani, non poteva essere tenuta in considerazione poiché la realtà finanziaria del settore già supera questo "plafond". Si è optato per una soluzione diversa da quella proposta dal Consiglio di Stato e identica nel principio a quella proposta dal la Lega dei Comuni rurali e montani stabilendo il limite massimo a un livello che ancora risponde alle necessità finanziarie del settore e dei Comuni (6%).

Sarà comunque anche compito dei Comuni ai quali la nuova Legge affida la responsabilità della gestione degli ospedali nel l' ambito dei criteri pianificatori e dei preventivi di spesa approvati dal Gran Consiglio, adoperarsi affinché ogni ospedale sia condotto nel modo più razionale possibile e in consonanza alle realtà sanitarie locali.

Speriamo che la lunga opera di esame, di approfondimento, di scontro, di convergenza e di mediazione attuata in seno alla Commissione e che si concretizza nel progetto di legge allegato a questo rapporto, abbia contribuito a creare le premesse affinché il Parlamento, quindi il Paese, possano, in modo responsabile e sereno, dare agli ospedali ticinesi l' auspicato nuovo assetto legislativo.

* * * * *

Il relatore ha il dovere di ringraziare pubblicamente tutti i commissari e i funzionari del Dipartimento per l' impegno e la collaborazione dati in oltre un anno di lavori commissionali. Egli deve dare atto a ognuno di avere operato costruttivamente nella ricerca di soluzioni coerenti e difendibili davanti al Par lamento e al Paese. Anche ai membri della Sottocommissione (Buffi, Krähenbuhl e Mariotta) e in particolare agli avvocati Giudici e Mariotta, che hanno provveduto alla rielaborazione del te sto legislativo qui proposto, vada il più sentito ringraziamento.

Per la Commissione speciale:

Giorgio Nosedà, relatore

Ballinari - Balmelli - Buffi -
Donadini, con riserva - Ghioldi
-Schvveizer - Gilardi - Giudici -
Gobbi - Grandi - Mariotta -
Pellandini - Pini - Righinetti

Disegno di
LEGGE

sugli ospedali pubblici.

**Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino**

- visto il messaggio 17 luglio 1981 n. 2531 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Titolo 1 - Generalità

Articolo 1

Principio

1 Lo Stato promuove e coordina l'assistenza ospedaliera garantendo alla popolazione, nel rispetto dei criteri pianificatori e dei mezzi finanziari a disposizione, le strutture stazionarie e i servizi medici necessari.

2 L'assistenza ospedaliera è garantita in egual misura a tutte le persone senza discriminazione di nazionalità, di domicilio, di religione od altro.

3 Ogni paziente ha diritto ad un trattamento sanitario conforme allo stato della scienza ed adeguato ai mezzi disponibili, nel rispetto della propria dignità e libertà e nell'ossequio del principio dell'informazione e consenso.

4 In particolare in casi urgenti ogni paziente ha diritto di essere curato nelle strutture stazionarie e nei servizi medici pubblici.

Articolo 2

Ente ospedaliero cantonale

1 A tale scopo è istituito un Ente avente personalità giuridica di diritto pubblico, con sede a Bellinzona, denominato "Ente Ospedaliero Cantonale" (detto in seguito "Ente").

2 Lo Stato ne garantisce gli impegni.

Articolo 3

Proprietà

L'Ente assume la proprietà degli ospedali secondo le decisioni del Gran Consiglio; inoltre ad esso viene attribuita la proprietà della Maternità cantonale.

Articolo 4

Patrimonio

Il patrimonio dell'Ente è costituito dagli attivi e passivi degli ospedali di cui all'art. 3, nonché dagli altri eventuali beni destinati istituzionalmente al loro funzionamento.

Articolo 5

Ospedali

Sono considerati ospedali secondo questa Legge quelli che verranno assunti dall'Ente.

Articolo 6

Assunzione

1 Le persone giuridiche di diritto pubblico e privato, proprietarie di un ospedale che ne chiedono l'assunzione da parte dell'Ente devono dichiarare la volontà di cedere all'Ente, a titolo gratuito, l'intero patrimonio destinato direttamente o

indirettamente agli scopi dell' ospedale di cui e chiesta l'assunzione.

2 L' Ente succede ai precedenti proprietari nella totalità dei rapporti giuridici relativi all'ospedale assunto.

Articolo 7

Competenze del Gran Consiglio

Il Gran Consiglio, su proposta del Consiglio di Stato,

- a) approva l'assunzione, l'apertura e la chiusura degli ospedali da parte dell'Ente;
- b) approva i conti consuntivi e preventivi dell' Ente nonché l' organico del personale
- c) approva la costruzione, l' ammodernamento e l' ampliamento degli ospedali di proprietà dell' Ente, nonché l' acquisto o la vendita di beni immobili e di attrezzature speciali di diagnosi e di cura ad essi pertinenti, quando la spesa supera i fr. 200'000.--,
- d) discute, ogni 4 anni, i principi generali della pianificazione ospedaliera;
- e) nomina l' Ufficio di Revisione dell' Ente'
- f) nomina i membri del Consiglio di Amministrazione dell' Ente.

Articolo 8

Competenze del Consiglio di Stato

Il Consiglio di Stato:

- a) vigila sull'attività dell'Ente;
- b) esamina e presenta al Gran Consiglio la pianificazione cantonale elaborata dall'Ente;
- c) propone al Gran Consiglio i conti consuntivi e preventivi dell' Ente nonché l' organico del personale da esso elaborati;
- d) propone al Gran Consiglio i nominativi del Consiglio di Amministrazione dell' Ente e ne decide la remunerazione;
- e) rappresenta l' Ente davanti al Gran Consiglio.

Articolo 9

Pianificazione ospedaliera

a) Scopo e principi:

1 L' Ente elabora ogni 4 anni la pianificazione ospedaliera cantonale.

Essa é intesa a garantire una razionale disponibilità e il coordinamento delle strutture ospedaliere dell' Ente in funzione delle necessità della popolazione, tenuto conto delle risorse finanziarie e del principio della decentralizzazione delle cure e prestazioni di base e della centralizzazione delle cure specializzate e altamente specializzate.

2 In particolare essa definisce:

- a) la qualifica e la funzione di ogni singolo ospedale per quanto non già previsto nella presente legge;
- b) le necessità di strutture stazionarie, di reparti, di servizi e di consulenze come pure gli effettivi del personale medico, paramedico, ausiliario e amministrativo, tenendo conto delle possibilità di ospedalizzazione e di cura del settore privato nonché di altri servizi e degli operatori sanitarie extra ospedaliere;
- c) l' ubicazione, la destinazione, la funzione, le dimensioni e la dotazione in mezzi tecnici e attrezzature degli ospedali, dei reparti, dei servizi e delle consulenze;
- d) le ristrutturazione e la chiusura di ospedali, dei servizi, dei reparti e delle consulenze che non si giustificano o che sono insufficientemente occupati;
- e) le misure di coordinamento che si intendono attuare ed i criteri indicativi di valutazione delle prestazioni offerte.

3 Essa è coordinata con la pianificazione in materia socio-psichiatrica

b) Statistiche sanitarie

Al fine di attuare quanto sopra gli istituti di cura, sanitarie autorizzati conformemente alla Legge sanitaria sono tenuti a mettere a disposizione dell' Ente le statistiche sanitarie necessarie all' elaborazione della pianificazione ospedaliera.

c) Donazione e altre entrate

5 L'Ente può accettare donazioni, legati o altre entrate estranee alla gestione corrente a condizione che la loro destinazione non modifichi la qualifica o la funzione dell' ospedale e non contrasti con la pianificazione ospedaliera.

Articolo 10

Qualifica degli ospedali

1 Gli ospedali sono divisi:

- a) ospedali regionali;
- b) ospedali di zona;

2 Gli ospedali regionali forniscono l' assistenza di base nella regione formante il loro comprensorio. Essi dispongono di regola dei seguenti reparti e servizi:

- medicina interna con la geriatria
- chirurgia;
- ginecologia-ostetricia;
- pediatria;
- anesthesiologia;
- radiologia;
- cure intense;
- pronto soccorso;
- eventuali altri servizi e consulenze previsti dalla pianificazione ospedaliera cantonale.

3 Sono privati 4 ospedali regionali in funzione dei seguenti comprensori:

- uno per il comprensorio formato dai Distretti di Locarno e Valle Maggia
- uno per il comprensorio formato dai Distretti di Bellinzona, Riviera, Leventina e Blenio
- uno per il comprensorio formato dal Distretto di Lugano
- uno per il comprensorio formato dal Distretto di Mendrisio

4 Negli ospedali regionali dei comprensori che fan n. capo a Lugano e Bellinzona, possono essere istituiti reparti e servizi autonomi di altre specialità, se previsti dalla pianificazione ospedaliera cantonale, e alla condizione che rispondano ad un bisogno oggettivamente fondato e siano compatibili con le disponibilità finanziarie. Ad essi fanno capo gli altri ospedali.

5 Gli ospedali di zona dispongono di un reparto di medicina generale con posti letto anche per le cure di convalescenti, malati cronici e lungodegenti e assicurano nelle aree periferiche del Cantone, mediante il pronto soccorso, le prime prestazioni diagnostiche e terapeutiche. Possono essere mantenuti altri reparti secondo quanto verrà stabilito dalla pianificazione ospedaliera.

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;
- uno per il Malcantone come definito dalla Legge federale sull' aiuto agli investimenti nelle regioni di montagna.

7 Nei singoli ospedali può essere decisa dall' Ente la creazione di reparti psichiatrici.

Articolo 11

Assistenza medica e sanitaria e classi di degenza

1 In ogni ospedale è garantita uguale qualità di assistenza medica e sanitaria indipendentemente dalla classe di degenza

2 L'Ente stabilisce le classi di degenza, riservato il cpv. 1.

Garanzia

3 Per l' ospedalizzazione di pazienti residenti nel Cantone non può essere chiesto alcun deposito di garanzia; parimenti in caso di accordo intercantonale o internazionale.

Titolo II - Ente ospedaliero Cantonale

A. In generale

Articolo 12

Scopo

1 L' Ente provvede alla pianificazione e coordinamento e alla gestione del settore ospedaliero.

2 L' Ente opera affinché gli ospedali siano amministrati con criteri economia garantendo un impiego ottimale dei mezzi finanziari di cui dispone nel rispetto della qualità della cura.

Articolo 13

Esonero fiscale

L'Ente è esente da imposte e da tasse di qualsiasi natura.

B. Organizzazione

Articolo 14

Organi

Gli organi dell'Ente sono:

1. Il Consiglio di Amministrazione
2. La Conferenza Ospedaliera
3. Il Direttore
4. L' Ufficio di Revisione
5. I Consigli Ospedalieri
6. L' Assemblea dei Delegati dei Comuni.

Articolo 15

1. Il Consiglio di Amministrazione

Composizione:

Il Consiglio di Amministrazione dell' Ente è nominato dal Gran Consiglio su proposta del Consiglio di Stato. Si compone di sette membri. Vi fa parte un rappresentante del Consiglio di Stato. Il Consiglio di Amministrazione resta in carica 4 anni il mandato scade alla fine del primo semestre successivo al rinnovo dei poteri cantonali e può essere riconfermato.

Articolo 16

Compiti

1 Il Consiglio di Amministrazione:

- a) esegue le decisioni del Gran Consiglio nonché la pianificazione ospedaliera cantonale, assicurando il coordinamento fra i singoli ospedali;
- b) elabora le proposte da sottoporre al Gran Consiglio secondo l' art. 7 della presente Legge;
- c) elabora la pianificazione ospedaliera da sottoporre al Consiglio di Stato;
- d) elabora, sentito il parere dei Consigli Ospedalieri, il regolamento organico del personale dell'Ente, in particolare con riferimento al numero e alla remunerazione;
- e) elabora annualmente il bilancio preventivo e consuntivo dell' Ente da trasmettere al Consiglio di Stato per essere sottoposti al Gran Consiglio contemporaneamente ai conti consuntivi e preventivi dello Stato;
- f) decide tutti gli investimenti ad eccezione di quelli sottoposti all' approvazione del Gran Consiglio;
- g) adotta, sentito il parere dei Consigli Ospedalieri, i regolamenti relativi all' organizzazione, alla responsabilità, alla contabilità, alla procedura di nomina dei medici e dell' altro personale, al servizio sanitario e amministrativo degli ospedali, nonché il regolamento sull' acquisto di attrezzature di uso corrente, prodotti farmaceutici e simili;
- h) stabilisce, sentito l' avviso dei Consigli Ospedalieri, le rette e le tariffe degli ospedali pubblici;
- i) nomina tra i membri del Consiglio il suo Presidente e un Vice-Presidente;
- l) nomina il Direttore dell' Ente e i funzionari della Direzione;
- m) nomina, dopo avere sentito il preavviso dei Consigli Ospedalieri interessati, i medici che svolgono la loro attività in più ospedali
- n) ratifica le nomine dei membri dei Consigli Ospedalieri;
- o) ratifica le nomine dei medici ospedalieri e dei Direttori amministrativi degli ospedali;
- p) adotta tutte le decisioni che la Legge non riserva ad altri organi ed Autorità.

2 Il Consiglio di Amministrazione può far capo ad esperti e periti esterni.

Articolo 17

Convocazioni e sedute

1 Il Consiglio di Amministrazione si riunisce, su convocazione del Presidente, ogni qualvolta gli affari lo richiedono. Esso deve pure essere convocato su istanza scritta e motivata di due dei suoi membri o di un Consiglio ospedaliero.

2 Il Consiglio può validamente deliberare se sono presenti almeno quattro membri.

3 Il Consiglio decide a maggioranza dei presenti. In caso di parità decide il voto del Presidente. Le deliberazioni del Consiglio sono consegnate in un verbale.

Articolo 18

Rappresentanza

Il Presidente o, in sua assenza, il Vice-Presidente, rappresentano l' Ente.

Il Direttore rappresenta l' Ente nella gestione degli affari correnti.

I singoli Consigli Ospedalieri sono rappresentati validamente dalla firma del loro Presidente: per quanto attiene agli affari correnti da quella del Direttore Amministrativo.

Articolo 19

2. Conferenza Ospedaliera

Conferenza:

1 La Conferenza Ospedaliera è un organo consultivo permanente del Consiglio d' Amministrazione dell' Ente. Essa dà il suo preavviso sulle questioni che le sono Sottoposte.

2 il Consiglio di Amministrazione dell' Ente fissa la composizione della Conferenza tenuto conto delle istituzioni e associazioni interessate al settore Ospedaliero e ne fissa il regolamento.

3 In particolare saranno rappresentati nella Conferenza Ospedaliera la Lega dei Comuni Rurali e Montani, l' Associazione dei Comuni Urbani Ticinesi, la Federazione Ticinese delle Casse Malati, l' Ordine dei Medici del Canton Ticino e le organizzazioni sindacali e professionali.

4 La Conferenza Ospedaliera deve essere convocata al meno in occasione dell' allestimento dei conti consuntivi e preventivi dell' Ente.

Articolo 20

3. Il Direttore

Il Direttore:

1 il Direttore dell' Ente è nominato dal Consiglio di Amministrazione dell' Ente.

2 il Direttore esegue le deliberazioni del Consiglio di Amministrazione e adotta, previa segnalazione al Presidente o al Vice-Presidente dell' Ente, i provvedimenti urgenti.

3 il Direttore vigila sull' attività dei singoli ospedali e in particolare affinché vengano rispettate le decisioni del Consiglio di Amministrazione dell' Ente, la pianificazione ospedaliera e i conti dell' Ente: a tal fine ha il diritto di ottenere tutte le informazioni necessarie.

Articolo 21

4. L'Ufficio di Revisione

Composizione:

1 L' Ufficio di Revisione, composto da tre membri e due supplenti, è nominato dal Gran Consiglio per un periodo di quattro anni.

2 I suoi membri sono sempre rieleggibili.

3 La carica di membro dell' Ufficio di Revisione è incompatibile con quella di membro del Consiglio di Amministrazione dell' Ente o di un Consiglio Ospedaliero.

Articolo 22

Competenze

L' Ufficio di Revisione verifica la contabilità, le operazioni di gestione, la rispondenza di queste con le decisioni degli organi dell' Ente, il conto perdite e profitti e il bilancio.

Esso presenta annualmente il suo rapporto al Gran Consiglio per il tramite del Consiglio di Stato per essere esaminato contemporaneamente ai conti consuntivi dello Stato. I membri dell' Ufficio hanno in ogni tempo il diritto di prendere visione dei libri contabili dell' Ente.

Articolo 23

5. I Consigli Ospedalieri

Consiglio Ospedaliero:

Ogni ospedale è amministrato da un Consiglio Ospedaliero composto come all' art. 24.

Il Consiglio resta in carica per quattro anni.

Il mandato scade alla fine del primo semestre successivo al rinnovo dei poteri comunali ed è rinnovabile.

Articolo 24

a) Composizione

1 Sono membri del Consiglio ospedaliero

1.1. sette rappresentanti dei Comuni del Distretto ove è sito l' ospedale;

1.2. un rappresentante dei medici ospedalieri e due rappresentanti del personale operanti nell' ospedale;

1.3. un rappresentante dei medici extra-ospedalieri del Distretto ove a sito l' ospedale, designato dal rispettivo circolo medico;

1.4. nei Consigli Ospedalieri degli ospedali regionali vi è pure un rappresentante del Consiglio Ospedaliero di ogni ospedale di zona incluso nel comprensorio che fa capo all' ospedale regionale in questione.

2 La carica di membro del Consiglio ospedaliero è incompatibile con quella di membro del Consiglio di Amministrazione dell' Ente.

3 Il Consiglio elegge nel suo seno un Presidente e un Vice-Presidente.

Il Presidente è scelto tra i rappresentanti dei Comuni.

Articolo 25

b) Modalità di elezione

1 I rappresentanti dei Comuni nel Consiglio Ospedaliero sono eletti dall' Assemblea dei delegati dei Comuni del Distretto di sede, ritenuto che il Distretto di Riviera è unito a quello di Bellinzona e che il Malcantone corrisponde al territorio stabilito nell' ambito della LIM.

2 il rappresentante dei medici ospedalieri è eletto dal corpo medico dell' Istituto.

Esso dev' essere un primario.

3 I rappresentanti del personale sono eletti dall' Assemblea del personale dell' ospedale.

Articolo 26

Deliberazioni

1 il Consiglio Ospedaliero può validamente deliberare se sono presenti almeno sette membri, Le decisioni sono prese a maggioranza dei presenti.

In caso di parità decide il voto del Presidente.

2 il Presidente, il Vice-Presidente e il Direttore dell' Ente hanno diritto di partecipare, con voto consultivo, alle riunioni del Consiglio.

Articolo 27

Compiti

Il Consiglio Ospedaliero:

a) provvede alla direzione amministrativa e alla gestione dell' ospedale nel rispetto delle decisioni del Gran Consiglio, del Consiglio di Amministrazione dell' Ente e della sua Direzione, nonché della pianificazione ospedaliera cantonale;

b) elabora il bilancio preventivo e consuntivo dell' ospedale all' attenzione del Consiglio di Amministrazione dell' Ente;

c) nomina il Direttore e 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. 16 cpv.

1 lettera o) della presente Legge;

d) redige ogni anno un rapporto sulla gestione dell' ospedale;

e) adotta tutte le decisioni e i provvedimenti necessari per la gestione e amministrazione dell' ospedale nel rispetto della Legge e regolamenti relativi.

Articolo 28

Direttore amministrativo

Il Direttore esegue le deliberazioni del Consiglio Ospedaliero ed adotta, previa segnalazione al Presidente o al Vice-Presidente, i provvedimenti urgenti.

In particolare egli è responsabile per la gestione amministrativa dell' ospedale.

Articolo 29

6. L' Assemblea dei delegati dei Comuni

Composizione

1 L' Assemblea dei delegati dei Comuni del Distretto ai sensi dell' articolo 25 cpv. 1 di questa legge, è composta da un delegato ogni 1'000 abitanti o frazione superiore alla metà, ritenuto almeno un delegato per ogni Comune.

2 I delegati sono eletti dai rispettivi legislativi comunali, nel rispetto delle proporzioni politiche. Il mandato scade alla fine del primo semestre successivo al rinnovo dei poteri comunali ed è rinnovabile.

Articolo 30

Convocazione

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

2 Su richiesta di almeno 1/5 dei delegati il Presidente dell' Assemblea è tenuto a convocarla entro 15 giorni.

3 il Presidente, il Vice-Presidente e il Direttore dell' Ente come pure i membri del Consiglio Ospedaliero hanno diritto di partecipare, con voto consultivo, alle riunioni dell' Assemblea.

Articolo 31

Compiti

L'Assemblea dei delegati:

a) elegge nel suo seno un Presidente e due Vice-Presidenti;

b) nomina i rappresentanti dei Comuni nei Consigli 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.

Titolo III - Finanziamento

Articolo 32

Degli investimenti

1 L' Ente provvede al finanziamento degli investimenti (immobili, attrezzature, ecc.) dei propri ospedali, nel quadro della pianificazione ospedaliera.

2 I costi di detti investimenti (interessi e ammortamenti) sono computati nei conti di esercizio di ciascun ospedale pubblico.

Articolo 33

Disavanzo d'esercizio del settore ospedaliero pubblico

1 il disavanzo d' esercizio dell' Ente è pari alla somma dei costi di tutti gli ospedali nonché della sua amministrazione, deduzione fatta di tutte le entrate effettive d' esercizio, compresi gli utili delle gestioni estranee.

2 Nei conti annuali d' esercizio di ciascun ospedale pubblico sono computati gli ammortamenti e gli interessi di attivi e passivi assunti.

Articolo 34

Disavanzo d'esercizio e suo riparto

1 Il finanziamento del disavanzo d' esercizio dell' Ente è assicurato dallo Stato e dai Comuni.

2 I Comuni partecipano al finanziamento del disavanzo d' esercizio nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme massima del 6%, del gettito dell' imposta cantonale del Comune stabilito nei modi e per l' anno fissati dal Consiglio di Stato. La partecipazione dello Stato è pari al doppio di quella complessiva dei Comuni.

Articolo 35

Dovere di conformità ai preventivi

L'Ente deve attenersi ai limiti del preventivo di spese approvato dal Gran Consiglio.

Titolo IV - Disposizioni transitorie e finali

Articolo 36

Ospedale di interesse pubblico

1 Le istituzioni proprietarie degli ospedali di interesse pubblico secondo la Legge ospedaliera del 19 dicembre 1963 che intendono fare assumere il loro ospedale dall' Ente devono inoltrare al Consiglio di Stato la relativa istanza di ammissione irrevocabile, alle condizioni previste all' articolo 6 di questa Legge entro 9 mesi al più tardi dall' entrata in vigore della presente Legge.

2 L'Ente è tenuto ad assumere gli ospedali di cui al cpv. 1 che ne hanno fatto richiesta nei modi e nei termini indicati.

3 il Gran Consiglio approva la relativa adesione all' Ente entro e non oltre i successivi 3 mesi.

Articolo 37

Regime finanziario transitorio

1 il disavanzo della gestione 1983 degli ospedali assunti dall' Ente nel corso dell' anno successivo all' entrata in vigore della Legge è coperto dal Cantone e dai Comuni secondo quanto previsto dagli articoli 32 e seg. della presente Legge.

2 Gli ospedali di interesse pubblico che non sono assunti dall' Ente beneficiano dei sussidi previsti dalla Legge concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali di interesse pubblico del 19 dicembre 1963 per un anno a contare dall' entrata in vigore di questa Legge.

Articolo 38

Norme transitorie

a) Per la Legge ospedaliera del 1963:

La Legge concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali di interesse pubblico del 19 dicembre 1963 rimane in vigore per un periodo di un anno a contare dall' entrata in vigore di questa Legge, in quanto non in contrasto con questa ultima.

Articolo 39

b) Per il regolamento di applicazione 1972

Le disposizioni del regolamento del 5 dicembre 1972 della Legge concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d' interesse pubblico rimangono operanti in quanto non contrastino con questa Legge, fino all' entrata in vigore del regolamento previsto all' art. 16 cpv. 1 lettera d) e g) di questa Legge.

Articolo 40

c) Per i Consigli di Amministrazione o di Fondazione

- 1 il Consiglio di Amministrazione o di Fondazione di un ospedale assunto dall' Ente resta in carica fino alla costituzione del Consiglio ospedaliero da parte dell' Ente.
- 2 il Consiglio Ospedaliero deve essere costituito entro un anno dalla data di approvazione dell' assunzione dell' ospedale da parte del Gran Consiglio.
- 3 Le competenze dei Consigli di Amministrazione o di Fondazione sono quelle previste dall' art. 27 di questa Legge.
- 4 E' riservato l' Articolo 24 cpv. 2.

Articolo 41

Sussidi già decretati dal Gran Consiglio

- 1 I sussidi concessi, giusta l' art. 3 lettera a), b) e c) della Legge concernente il coordinamento e il sussidiamento degli ospedali d' interesse pubblico, per opera di costruzione o acquisti di attrezzatura in atto saranno versati all' Ente e computati nei conti dell' ospedale beneficiario.
- 2 L' ammontare del sussidio è quello deciso, per ogni singola opera, con Decreto Legislativo dal Gran Consiglio.

Articolo 42

Esecuzione della Legge

- 1 il Consiglio di Stato è incaricato di prendere le della Legge misure necessarie per rendere operante la presente Legge laddove non è stabilito altrimenti.
- 2 il Consiglio di Amministrazione dell' Ente provvede a promuovere la costituzione degli altri organi dell' Ente.
- 3 il Consiglio di Amministrazione Dell' Ente 6 tenuto ad elaborare i principi generali della pianificazione ospedaliera entro un anno dalla sua costituzione.

Articolo 43

Atti per trasferimento di proprietà

Gli atti notarili necessari per il trasferimento delle proprietà degli ospedali all' Ente sono esenti da qualsiasi tassa (bollo archivio, tassa di iscrizione, imposta sul maggior valore immobiliare).

Titolo V

Articolo 44

Entrata in vigore

Decorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum questa Legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle Leggi e degli atti esecutivi dei Canton Ticino ed entra in vigore il gennaio 1983.