

RAPPORTO

della Commissione speciale
sul messaggio 11 dicembre 1970 concernente alcune modifiche della legge
sul coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali di interesse pubblico

(del 7 settembre 1971)

Col messaggio in esame, il Consiglio di Stato propone di modificare la legge cantonale del 19 dicembre 1963 per :

- a) aumentare il sussidio per l'acquisto di attrezzature ospedaliere normali di diagnosi e di cura
- b) aumentare il sussidio giornaliero ricorrente
- c) farsi assegnare la competenza di emanare norme concernenti l'organizzazione interna degli ospedali, la procedura di nomina dei primari ed i rapporti di lavoro tra ospedali e primari.

La Commissione speciale, contemporaneamente investita di un altro messaggio, di data meno recente (1341 del 1. febbraio 1966), ha preliminarmente esaminato l'opportunità di riferire contemporaneamente su entrambi gli oggetti a codesto Consiglio. Considerando tuttavia che sulle proposte contenute nel messaggio 1699 sarebbe stata più rapida la riunione della necessaria maggioranza o unanimità di consensi e che d'altra parte l'accoglimento delle proposte ivi contenute avrebbe consentito la sollecita erogazione di più elevati sussidi, la Commissione ha preferito addentrarsi dapprima nell'esame del messaggio sul coordinamento e sul sussidiamento degli ospedali, rinviando ad epoca successiva ma prossima la trattazione del problema del consorzio.

Il problema dell'organizzazione interna degli ospedali e quello relativo all'adeguamento dei sussidi alle nuove esigenze, appaiono invero più urgenti del problema istituzionale sollevato col messaggio 1341.

Occorre infatti considerare la situazione finanziaria difficile in cui versano pressochè tutti gli ospedali e la necessità, da più parti evidenziata, di stabilire norme e fornire indicazioni minime ed uniformemente applicabili per l'organizzazione interna degli istituti sussidiati. Per coordinare occorre invero, fra l'altro, poter iniziare da premesse identiche o analoghe, identificabili nell'organizzazione dei diversi enti.

Qualche commissario ha criticato questa impostazione, manifestando la sua preferenza per la presentazione contemporanea dei rapporti sui due oggetti, riservandosi di riprendere, in sede parlamentare, le sue argomentazioni.

Le proposte formulate dal Governo si imperniano sul sistema di recente adozione, voluto dal popolo e stabilito dal legislatore, per coordinare e migliorare le cure ospedaliere promuovendo la creazione ed il potenziamento degli ospedali di interesse pubblico. I "tecnici" consultati hanno per finire aderito a questa impostazione, che appare, sul piano pratico, la più razionale e conveniente.

Inutile avvertire che, in questa materia, l'evoluzione si è manifestata recentemente e si prospetta in un futuro prossimo in modo così rapido da non consentire di individuare una modalità d'intervento od una soluzione, quanto meno quantitativamente, come definitiva, per cui preoccupazione del legislatore, del Governo e di coloro che sono preposti alla conduzione dei vari istituti dev'essere la necessità di continuo aggiornamento e di costante adattamento delle nuove esigenze.

Sulle diverse proposte del Consiglio di Stato, la Commissione speciale ha inteso formulare qualche riflessione, modifica e alcuni suggerimenti, che in questo rapporto saranno in breve riassunte.

A/ SUSSIDIO PER ATTREZZATURE

La necessità di equipaggiare gli ospedali particolarmente dopo la costruzione, gli ampliamenti e i rimodernamenti degli edifici, con adeguata attrezzatura, alleviandone l'onere economico, sia in rapporto all'acquisto, sia in relazione alle esigenze finanziarie di ammortamento è il motivo che ha spinto il Governo a proporre che il relativo sussidio cantonale sia percentualmente raddoppiato (art. 3 lett. b). La Commissione speciale condivide le motivazioni espresse nel messaggio, che la portano anzi a concludere per un aumento della percentuale del sussidio al 50 %. In cifre assolute, calcolando sui dati disponibili all'entrata in vigore della legge del 1963 e diligentemente raccolti nel messaggio, l'onere maggiore deducibile dall'aumento proposto, non è certo rilevante. Considerando poi come, anche in seguito all'aumento, la differenziazione di un 5 % in più per ospedali dipendenti da un'azienda o da un ente pubblico, non si giustifica per questo particolare genere di sussidio, la Commissione propone analogo stralcio nell'art. 4 della legge. La Commissione ritiene inoltre di proporre l'inclusione di altre attrezzature (ad esempio i letti con movimento elettrico) nell'elenco attuale.

B/ SUSSIDIO RICORRENTE

Diverse statistiche inserite nel messaggio illustrano l'esplosione dei costi della cura ospedaliera che si è verificata in poco meno di due lustri e la continua preoccupante ascesa, anche se percentualmente più attutita, ancora negli anni più recenti.

Nel messaggio si distinguono opportunamente i costi nelle due categorie: la cura vera e propria pagata interamente dalla cassa malati e l'assistenza generale, assunta solo parzialmente dalle casse e, per una parte dal paziente. Richiamando un criterio già manifestato in sede federale, il Consiglio di Stato reputa giustificato ed equo mantenere una partecipazione del paziente alle spese di assistenza in una misura di poco superiore alla spesa che sopporterebbe vivendo a domicilio. Si preoccupa tuttavia che questa partecipazione non abbia ad aumentare nei prossimi anni in misura rilevante. D'altra parte, constatando come, per mantenere la retta entro limiti accessibili, alcune gestioni ospedaliere affrontano disavanzi considerevoli, il Governo reputa necessario intervenire con uno sforzo adeguato.

Si inserisce in questo discorso la proposta formulata dai colleghi Monetti e Cavagna mediante iniziativa parlamentare del 22 giugno 1970, tendente ad aumentare da Fr. 6.— a Fr. 10.— il contributo giornaliero in caso di cura ospedaliera stabilito dall'art. 19 della legge sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa contro le malattie (testo unico del 21 marzo 1967).

Il Consiglio di Stato propone la riezione della proposta, preferendo aumentare il sussidio ricorrente giornaliero per letto delle camere comuni di seconda classe, versato direttamente agli ospedali.

La Commissione ha esaminato preliminarmente l'opportunità di dibattere in questa sede la proposta degli on. Monetti e Cavagna, che tende a modificare un atto legislativo diverso da quello di cui il Governo propone l'emendamento. Assumendo tuttavia che il regolamento del Gran Consiglio non prescrive al Governo di manifestare la sua presa di posizione su un'iniziativa parlamentare con un atto separato, lasciandogli quindi implicitamente la facoltà di scegliere la sede e il momento, la Commissione speciale ha ritenuto formalmente corretto l'inserimento del parere governativo nel messaggio che ne occupa.

Tale modo di procedere, di recente adottato nella nostra prassi parlamentare, è stato tuttavia criticato in seno alla Commissione. La trattazione di un'iniziativa dovrebbe essere riservata dal Governo ad un atto separato in modo da consentirne l'esame entro i termini regolamentari.

Nel merito, la Commissione ha ritenuto, a maggioranza, di avallare la tesi del Consiglio di Stato, preferendo, all'aumento del contributo giornaliero alle spese di cura ospedaliera (art. 19 legge cantonale assicurazioni malattie) l'aumento del sussidio ricorrente (art. 3 lett. d, legge sul coordinamento e sussidiamento degli ospedali).

Riassumendo le principali argomentazioni svolte a questo proposito dal Governo, la Commissione giunge a concludere che la soluzione prospettata nel messaggio è da preferire alla proposta contenuta nell'iniziativa.

Infatti il sussidio ricorrente è destinato esclusivamente ai reparti comuni degli ospedali di interesse pubblico e non già a tutti i pazienti assicurati presso una cassa malati riconosciuta, indipendentemente dall'istituto di cura scelto. Inoltre il sussidio ricorrente è versato direttamente all'ospedale di interesse pubblico e gli consente di mantenere rette accessibili senza affrontare insostenibili disavanzi.

L'onere derivante dal sussidio ricorrente è esclusivamente a carico del Cantone, mentre il contributo ospedaliero lo è solo in parte rimanendo il resto a carico dei Comuni e degli assicurati.

E' evidente, infine, che le gestioni ospedaliere traggono un maggior beneficio finanziario dall'aumento del sussidio ricorrente, ciò che, nell'ambito della modifica della legge in questione, è certamente di maggior rilievo. Ci si può chiedere se, in considerazione della diversità dei destinatari alle due prestazioni (sussidio ricorrente e contributo ospedaliero) sia opportuno proporre una scelta alternativa fra le due prestazioni.

Ma il Consiglio di Stato non può ignorare l'onere nel suo complesso, tenendo conto di tutti gli impegni. E si possono comprendere i motivi che non gli consentono di accordare entrambi gli interventi in una sola volta. Aderendo alla proposta del Governo, questa Commissione non vuole escludere che un aumento del contributo giornaliero alle spese di cura ospedaliera debbe essere quanto prima considerato, ma reputa ragionevole prescindere, in questo contesto, da una misura che, applicata contemporaneamente all'altra costituirebbe un onere di certo peso. D'altronde è noto che in sede federale è in atto la revisione della LAMI, dalla quale si attende anche analoga modifica del contributo in questione. Ma indipendentemente dalla soluzione che può derivare da una decisione sul piano federale, questa Commissione esprime il parere che un aumento del contributo dovrà essere comunque considerato individuando peraltro un sistema che abbia a recare sollievo proporzionalmente più rilevante alle situazioni economicamente più precarie. Una soluzione intermedia e, dal profilo dell'equità, più appropriata potrebbe essere costituita dalla determinazione di contributi supplementari con premi proporzionati alla capacità economica degli assicurati, secondo lo schema attualmente applicato per la composizione delle quote di assicurazione.

Due modifiche alla proposta governativa la Commissione speciale intende tuttavia proporre.

Intanto l'importo massimo del sussidio è da aumentare a Fr. 10.—. Se già si prevede infatti che, in un prossimo futuro, la situazione finanziaria in alcuni istituti, è destinata a peggiorare, sembra ragionevole stabilire il sussidio massimo in cifra più elevata di quella proposta dal messaggio, evitando così di riprendere presto in esame altra modifica della legge.

Inoltre si ritiene che l'entrata in vigore della presente modifica sia stabilita con effetto al primo gennaio dell'anno in corso. Dato che l'erogazione dei sussidi avviene sulla scorta di rendiconti annuali, l'applicazione retroattiva non presenta

difficoltà, consentendo invece di considerare la situazione finanziaria attuale degli ospedali di interesse pubblico.

Infine la Commissione postula l'adozione di criteri chiaramente individuabili per il calcolo e l'erogazione dei sussidi.

C/ ORGANIZZAZIONE INTERNA, PRIMARI E LORO RAPPORTO DI LAVORO

Il messaggio accenna ai motivi che inducono il Governo a proporre nella legge sul coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali di interesse pubblico una nuova norma (art. 12 bis) che gli conferisce facoltà di emanare disposizioni per :

1. l'organizzazione interna degli ospedali
2. la procedura di nomina dei primari
3. il rapporto di lavoro fra ospedali e primari.

Alla Commissione speciale è stato sottoposto, a titolo informativo, il progetto di rapporto della Commissione di pianificazione ospedaliera del 29 luglio 1971.

Da questo documento, la Commissione ha potuto rilevare che lo sforzo principale, in questa fase, è stato posto sulla medicina altamente specializzata e sulla necessità che essa sia fondata su più rigorosi principi di coordinamento.

L'enorme sviluppo scientifico che ha caratterizzato nell'ultimo decennio l'evoluzione delle diverse specialità « deve poter essere tempestivamente seguito da parte di un organo centrale coordinatore, perchè ci si possa adeguare al progresso della medicina in questo ambito. E' implicito che per il coordinamento di tale servizio il Cantone dovrà prevalersi di una commissione di esperti ».

Evidentemente l'adeguamento delle strutture dovrà essere ordinato in modo da consentire l'inserimento delle specialità nei vari istituti al fine di rendere possibile ed efficace l'intervento coordinatore.

Una parte del rapporto in questione è dedicato all'organizzazione del servizio medico nei reparti clinici e dei servizi degli ospedali di interesse pubblico. Da questo capitolo, questa Commissione speciale ha rilevato, nei particolari, l'impostazione generale ed i limiti che al Governo dovrebbero essere assegnati nella sua facoltà di regolamentazione. Per coordinare e migliorare la cura ospedaliera, appare evidente che l'organizzazione dei servizi medici ospedalieri dev'essere regolata su base cantonale, tenendo conto della funzione e dell'importanza dei vari ospedali.

La definizione, le attribuzioni e le competenze dei medici primari sono da stabilire in modo chiaro. La formula dell'occupazione a tempo pieno è da applicare almeno negli ospedali più importanti del Cantone.

Il numero dei letti assegnati ad ogni primario, i doveri di collaborazione con primari di altre discipline e con i suoi collaboratori, la sfera riservata al primario per una sua attività privata devono pure formare oggetto di adeguata regolamentazione.

E' inoltre parere di questa Commissione speciale che anche le relazioni di carattere economico nei rapporti fra ospedali e primari debbano formare oggetto di regolamentazione su piano cantonale in modo da consentire l'applicazione di criteri di valutazione il più possibile uniformi e contenere entro limiti minimi i margini di contrattazione fra i diversi ospedali sussidiati.

Per quanto attiene all'organizzazione ospedaliera, la Commissione si è premurata di segnalare alcuni aspetti che a suo parere meritano di essere ripresi in sede di regolamento od in altra appropriata sede.

In particolare :

- la differenziazione fra i diversi tipi di camera (comuni, semi-private e privata) che evidenzia qualche inconveniente che dovrebbe essere evitato, come l'impressione che nella camera privata si sia meglio curati che nella camera comune
- la protezione del paziente in camera privata contro il pericolo di vedersi esposto all'applicazione di onorari troppo elevati
- il problema degli acconti ed in genere del trattamento economico per i pazienti costretti a recarsi in ospedale fuori dal Cantone
- il problema del trasporto dei pazienti e segnatamente degli infortunati mediante autolettighe ed altri mezzi di trasporto (elicotteri).

Soddisfacente appare la soluzione data dalla Commissione di pianificazione alla organizzazione del pronto soccorso ed ai controlli post-ospedalieri. Ogni ospedale di interesse pubblico deve istituire un pronto soccorso riservato ai casi urgenti con la garanzia di una direzione a livello specialistico per ogni disciplina clinica. Le prestazioni sono fatturate di regola dall'ospedale. Ai primari non è consentito di emettere note d'onorario per prestazioni od interventi effettuati da medici assistenti o da subordinati.

I controlli post-ospedalieri sono effettuati nell'ambulatorio dell'ospedale soltanto se giustificati da motivi clinici, terapeutici o di interesse scientifico e, in via di massima, con l'accordo del medico curante.

Alle modalità ed ai criteri di nomina dei primari, il rapporto della Commissione di pianificazione dedica qualche pagina. Le conclusioni possono essere condivise quando si accenna alla necessità di far precedere la scelta del primario da un esame critico da parte di una commissione di esperti (medici) che abbia a rilevare con oggettività la statura scientifica e morale del candidato. Non dev'essere tuttavia dimenticato che i requisiti essenziali devono sempre figurare nel capitolato di concorso, da stendere con l'ausilio degli esperti, in modo da evitare margini di apprezzamento eccessivamente estesi.

Quanto esposto in forma riassuntiva ed esemplificativa ci dà comunque motivo di ritenere che la proposta di assegnare al Governo la facoltà di emanare norme nei settori indicati può essere accolta. Occorre rammentare che altri Cantoni in Svizzera conoscono già analoghe regolamentazioni che, dove applicate, hanno dato risultati soddisfacenti.

Vi invitiamo ad accogliere nel loro complesso le proposte del Consiglio di Stato con le poche varianti apportate dalla vostra Commissione speciale. Esse costituiscono, da una parte, un ulteriore sforzo finanziario inteso a migliorare le cure ospedaliere, dall'altra, un passo innanzi verso il coordinamento.

Sarebbe presunzione ritenere vicino a soluzione il problema ospedaliero. Molto rimane ancora da ordinare e da fare. Si è tuttavia convinti che le proposte formulate si inseriscano nell'opera di rinnovamento entro un solco chiaramente tracciato e da ognuno auspicato.

Per la Commissione speciale :

C. Jelmini, relatore
Besana — Buffi — Canevascini V. — Carloni, con riserva
— Genardini — Lombardi — Marazzi — Nessi — Pedotti
— Pellandini — Pini M. — Rezzonico — Rossi G. — Terribilini — Verda — Wyler.

Disegno di

LEGGE

che modifica la legge 19 dicembre 1963 concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico

(del)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone del Ticino

visto il messaggio 11 dicembre 1970 n. 1699 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Art. 1

Le lettere b) e d) dell'art. 3 della legge 19 dicembre 1963 concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico, sono abrogate e sostituite dalle seguenti :

Art. 3. — I sussidi sono concessi :

- a) invariato,
- b) per l'acquisto delle attrezzature ospedaliere normali di diagnosi e di cura da un minimo del 20 % ad un massimo del 50 % della spesa preventiva,
- c) invariato,
- d) annualmente per garantire un regolare esercizio ed un efficiente funzionamento dell'ospedale da un minimo di Fr. 3.— ad un massimo di Fr. 10.— al giorno per ogni letto delle camere comuni e di seconda classe.

Art. 2

L'art. 4 della legge 19 dicembre 1963 concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico è abrogato e sostituito da un nuovo articolo del seguente tenore :

- b) **casi speciali ;
percentuali
suppletorie** Quando l'ospedale dipende da un'azienda o da un ente pubblico in genere i minimi e i massimi dei sussidi, di cui all'art. 3 lett. a), sono aumentati del 10 %.

Art. 3

La marginale dell'art. 12 della legge 19 dicembre 1963, concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico, è abrogata e sostituita dalla seguente:

Art. 12

Altre competenze (testo dell'articolo invariato).
a) **in generale**

Art. 4

E' inserito nella legge 19 dicembre 1963, concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico, un nuovo art. 12 bis, del seguente tenore :

Art. 12 bis

b) in particolare
del Consiglio
di Stato

1. Il Consiglio di Stato è competente ad emanare le norme concernenti l'organizzazione interna degli ospedali, la procedura di nomina dei primari e i rapporti di lavoro tra ospedali e primari.
2. Esso ha facoltà di subordinare il versamento dei sussidi di sua competenza al rispetto di queste norme.

Art. 5

Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi. L'art. 3 lett. d) entra in vigore col 1 gennaio 1971.

Il Consiglio di Stato fissa la data dell'entrata in vigore.
