

Messaggio

numero	data	Dipartimento
4965	19 gennaio 2000	OPERE SOCIALI
Concerne		

Modifica della Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982 Legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale

Onorevole signor Presidente,
onorevoli signore e signori Consiglieri,

il Gran Consiglio ha avuto modo di seguire da vicino l'attività dell'EOC attraverso la discussione della pianificazione ospedaliera come prevista dalla LOsp., l'approvazione annuale dei preventivi e dei consuntivi, le autorizzazioni di spesa per gli investimenti, l'approvazione dei contratti con i medici e dell'organico del personale, ecc.

Con decreto legislativo del 20 dicembre 1982, il Gran Consiglio aveva adottato la "Legge sugli ospedali pubblici" (LOsp.). Dal relativo messaggio del 17 luglio 1981 emergono esaurientemente le ragioni per le quali si ritenne necessario proporre alla collettività un nuovo assetto giuridico e legislativo per gli ospedali pubblici. Esso prevede, quale struttura portante, l'istituzione di un'azienda parastatale denominata "Ente ospedaliero cantonale (EOC)".

Contrariamente alle enormi preoccupazioni emerse prima dell'adozione della LOsp nel 1982 in ordine alla situazione finanziaria degli ospedali pubblici, si deve oggettivamente riconoscere che in questi anni la spesa ospedaliera è rimasta costantemente sotto controllo senza con questo aver dovuto rinunciare ad un miglioramento continuo e sostanziale dei contenuti, della qualità e della quantità dell'offerta sanitaria pubblica e al riconoscimento per il personale ospedaliero di condizioni di lavoro competitive. In questo senso, dal 1983 al 1998, i costi sono annualmente aumentati in termini reali del 2,3% e il fabbisogno d'esercizio dell'1,7%; la partecipazione del Cantone e dei Comuni è rimasta ampiamente al disotto del limite fissato del 18% (mediamente 14,6%); le perdite riportate al momento della costituzione dell'EOC (62 mio/fr.) sono state completamente ammortizzate in 6 anni; la totalità degli investimenti realizzati (388 mio/fr.) è stata autofinanziata; il debito ospedaliero netto (114.9 mio/fr. al 30 giugno 1999) è diminuito del 41,9% rispetto al 1983.

La Legge sugli Ospedali pubblici è rimasta in vigore in forma sostanzialmente immutata dalla sua adozione, quasi venti anni fa, a tutt'oggi. Le modifiche della LOsp. intervenute a seguito del messaggio n. 3331 del 21 giugno 1988 ed entrate in vigore il 20 gennaio 1989 concernevano in effetti aspetti essenzialmente formali. Nel frattempo, l'importante modifica nel sistema di finanziamento introdotta con la Legge sull'assistenza e cura a domicilio ma soprattutto gli importanti cambiamenti intervenuti nel settore ospedaliero rendono indispensabile procedere tempestivamente ad una revisione legislativa.

I lavori di revisione della LOsp sono stati preceduti da una valutazione tecnica esterna commissionata dall'EOC alla ATAG Ernst & Young Consulting, consulente che dispone di un'ampia competenza in ambito ospedaliero anche in altri Cantoni.

1. LA LEGGE SULL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO

La Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 in vigore dal 1.1.2000 prevede il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio ma anche una nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD).

Dal 1.1.2000 il finanziamento del fabbisogno finanziario dell'Ente è totalmente assicurato dallo Stato. Questo cambiamento non è privo di conseguenze sull'assetto organizzativo dell'EOC. In effetti le sue strutture funzionali e decisionali, con gli organi previsti dall'art. 15 LOsp., sono strettamente dipendenti dal regime di finanziamento. Al momento dell'adozione della LOsp., chiamando i Comuni ad assumere un terzo del fabbisogno finanziario dell'EOC, si ritenne necessario riconoscere loro uno spazio partecipativo e di controllo. Ora, venendo meno la partecipazione finanziaria dei Comuni, occorre ricreare equilibrio e corrispondenza tra livelli decisionali e livelli di assunzione degli oneri finanziari.

2. L'EVOLUZIONE DEL SETTORE OSPEDALIERO

Il mondo sanitario nazionale è oggetto di profonde riforme imposte anche da un approccio radicalmente nuovo. L'adozione della LAMal ha dato avvio alla decartellizzazione e alla liberalizzazione nell'assicurazione malattia. Gli assicuratori malattia hanno pertanto acquisito maggiore influenza nel settore sanitario. Essi dispongono attualmente di un importante potere di negoziazione tanto verso gli assicurati quanto verso i fornitori di prestazioni.

Parallelamente, obiettivi di risanamento delle finanze pubbliche hanno indotto Confederazione e Cantoni a rimettere in discussione aspetti acquisiti e risorse del settore sanitario, per es. si prevede di introdurre contratti di prestazione e budget globali. Il ruolo stesso dello Stato si trasforma assumendo un carattere di arbitro e di garante del sistema e non più di gestore diretto.

Attualmente la politica sanitaria ha tre chiari obiettivi: garantire l'equità nell'accesso alle cure, promuovere prestazioni di qualità e frenare l'aumento dei costi. Purtroppo il settore sanitario è ancora governato da meccanismi inflazionistici, dove l'offerta genera ancora in larga misura la domanda. A livello nazionale il contenimento dei costi passa dalla riduzione dell'offerta esistente (per es.: pianificazione ospedaliera, riduzione posti letto, chiusura di istituti di cura, impiego di alta tecnologia medica secondo il bisogno). A medio termine stanno anche imponendosi nuovi approcci di prevenzione e di trattamento (come la riduzione dei trattamenti in degenza a favore di quelli semi-stazionari e ambulatoriali), si sviluppano nuove forme di distribuzione (per esempio: reti sanitarie, poli ospedalieri) e sono messi in atto strutture e sistemi di gestione sempre più efficienti. Accanto a queste misure di ordine strutturale, Confederazione e Cantoni tentano di liberalizzare il settore della salute e di aprirlo alle regole della concorrenza nel rispetto tuttavia delle garanzie fondamentali quali l'equità d'accesso alle cure, la garanzia delle missioni sociali, la qualità delle prestazioni, la copertura delle urgenze.

I rapporti tra Stato e ospedali pubblici sono attualmente rinnovati dall'introduzione di strumenti per una gestione più efficiente ed efficace, per una separazione chiara tra obiettivi politici e responsabilità di management.

Le dinamiche in atto nel settore sanitario condizionano fortemente l'attività dell'EOC in considerazione anche della particolare situazione cantonale caratterizzata da una presenza di strutture private che non ha pari proporzioni negli altri Cantoni. L'esistenza e lo sviluppo degli ospedali pubblici dipenderà quindi dalla loro capacità di adattarsi alle pressioni esterne e alle nuove regole.

3. LE MODIFICHE DELLA LEGGE

La vigente Legge sugli ospedali pubblici garantisce alla popolazione un'adeguata assistenza ospedaliera nelle strutture stazionarie e nei servizi medici pubblici. Se si vuole anche in futuro salvaguardare una medicina ospedaliera pubblica di qualità a costi competitivi, come esiste in tutti gli altri Cantoni, l'EOC deve essere messo nelle condizioni di poter agire con efficacia nel nuovo contesto concorrenziale prevedendo in particolare condizioni legislative adeguate alla nuova difficile situazione.

Le modifiche della Legge riguardano:

- la denominazione della Legge
- la natura giuridica dell'EOC
- la pianificazione ospedaliera cantonale
- l'organizzazione dell'EOC
- il Consiglio di amministrazione dell'EOC
- i rapporti tra Stato e EOC
- il regime di finanziamento dell'EOC.

3.1 Denominazione della legge

A seguito dei cambiamenti legislativi e strutturali menzionati, la presente legge assume il carattere di un atto legislativo istitutivo dell'Ente ospedaliero cantonale e di regolamentazione del suo funzionamento. Si propone quindi di adottare la denominazione di "Legge sull'Ente ospedaliero cantonale" creando parallelismo con le altre leggi che istituiscono e regolamentano l'attività delle diverse aziende parastatali cantonali (Legge sulla Banca dello Stato del Cantone Ticino, Legge istitutiva dell'Azienda Elettrica Ticinese, Legge sull'Università della Svizzera Italiana, ecc.). La nuova legge continuerà a garantire alla popolazione le strutture stazionarie e i servizi medici pubblici necessari (art. 2 cpv. 1) unitamente all'equità d'accesso alle cure (art. 5 cpv. 1) e al diritto di essere curati in casi urgenti nelle strutture stazionarie e ambulatoriali degli ospedali pubblici (art. 5 cpv. 3).

3.2 Natura giuridica dell'Ente

Nell'ambito dei lavori di revisione di questa legge è stata attentamente esaminata la questione della natura giuridica dell'Ente. All'attuale statuto di diritto pubblico sono state contrapposte e verificate forme di diritto privato in ordine a vantaggi ed inconvenienti dal profilo istituzionale e funzionale. La privatizzazione non comporterebbe vantaggi particolari, tanto più che la proprietà del capitale dovrebbe rimanere necessariamente

nelle mani dello Stato. Lo statuto giuridico del diritto pubblico appare quindi preferibile, accompagnato da misure strutturali e funzionali in grado di assicurare modi di organizzazione e di gestione meno rigidi, più chiari e adeguati alle necessità di un sistema sanitario in continua evoluzione.

3.3 Pianificazione ospedaliera cantonale

L'art. 10 cpv. 1 dell'attuale LOsp. prevede che l'EOC elabori ogni 4 anni la pianificazione ospedaliera cantonale. Con l'entrata in vigore della LAMal la competenza pianificatoria è passata al Cantone. I Cantoni devono allestire un elenco degli ospedali riconosciuti ad esercitare a carico della LAMal e devono attribuire ad ogni ospedale il rispettivo mandato. Le disposizioni della Legge federale mirano a garantire in ogni Cantone un'offerta per cure stazionarie adeguate al bisogno sanitario della popolazione. La pianificazione degli ospedali deve assicurare ad ogni cittadino un equo accesso a cure di qualità nel principio dell'efficacia e dell'economicità. La Legge federale prevede di tenere debitamente conto dell'offerta privata (art. 39 cpv. 1 lett. d LaMal). Come in tutti gli altri Cantoni anche in Ticino oggi l'offerta sanitaria risponde più che adeguatamente ai bisogni della popolazione, ma non rispetta il criterio dell'economicità. Nella fase attuale si tratta di ridimensionare l'offerta riducendo sovracapacità.

Nel Cantone Ticino la pianificazione ospedaliera è regolata dagli articoli 63 e seguenti della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattia (LCAMal) del 26 giugno 1997. Il Consiglio di Stato elabora e aggiorna la pianificazione degli ospedali e dei rispettivi reparti e la sottopone per discussione al Gran Consiglio. Dall'entrata in vigore della LAMal gli articoli 8 lett. d), 9 lett. b), 11, 12 e 17 lett. c) della LOsp. concernenti la pianificazione ospedaliera sono superati e sostituiti dai citati disposti della LAMal rispettivamente della LCAMal. Questo significa che in concreto, la qualifica, le funzioni e i reparti degli ospedali pubblici dipenderanno dalla pianificazione del Cantone e non più da una pianificazione dell'EOC.

3.4 L'organizzazione dell'EOC

L'organizzazione dell'EOC risale all'inizio degli anni ottanta ed è troppo complessa: ruoli, funzioni e responsabilità sono distribuiti tra 9 diverse autorità e organi (Gran Consiglio, Consiglio di Stato, Consiglio di amministrazione, Direzione dell'EOC, Conferenza ospedaliera, Assemblee dei delegati, Consigli ospedalieri, Direzioni degli ospedali e Ispettorato delle finanze). Questa organizzazione è fortemente dipendente dal regime di finanziamento. Ora, venendo meno la partecipazione finanziaria dei Comuni, questa particolare struttura che teneva conto del loro coinvolgimento non ha più ragione di essere.

La struttura attuale dell'EOC è appesantita dalla presenza di due piani di gestione che intervengono contemporaneamente e che si sovrappongono. In questo senso, al Consiglio di amministrazione e alla Direzione dell'Ente si sovrappongono l'Assemblea dei delegati e i Consigli ospedalieri. Con le seguenti conseguenze:

- *mancato rispetto del principio dell'unità di direzione*: le direzioni degli ospedali devono riferirsi alla direzione dell'Ente ma anche al Consiglio ospedaliero della regione, quest'ultimo avendo formalmente la responsabilità della gestione dell'ospedale. Oltre ai rischi di conflitto questa organizzazione bicefala impone grossi sforzi di concertazione e sprechi di energie;

- *incoerenza di responsabilità*: il Consiglio di amministrazione e la direzione dell'Ente rispondono della buona gestione degli ospedali di fronte al Gran Consiglio. Malgrado le prerogative decisionali ancora importanti, il Consiglio ospedaliero di ogni ospedale non ha invece un'istanza politica di riferimento alla quale rendere conto;
- *costi supplementari di funzionamento*: ad una visione d'assieme degli organi cantonali si contrappone spesso una visione particolare degli organi regionali. Questa situazione favorisce rivendicazioni non sempre coerenti con l'istituzione di un sistema ospedaliero improntato a criteri di qualità, di economicità e di complementarità con conseguenti costi strutturali ingiustificati.

Considerato che il finanziamento sarà interamente a carico del Cantone dal 1.1.2000 e tenuto conto delle esigenze di una moderna ed efficace gestione dall'altra, si propone una struttura semplice dove competenze e responsabilità sono chiaramente riconoscibili. L'articolo 9 della nuova legge prevede quindi la seguente organizzazione:

- il Consiglio di amministrazione
- la Direzione generale
- le Direzioni degli ospedali

Le competenze dei Consigli ospedalieri sono ripartite tra questi organi. Allo scopo di assicurare una gestione partecipativa ed una forte implicazione degli ospedali nella gestione dell'EOC è previsto inoltre un Consiglio di direzione comprendente la Direzione generale ed una rappresentanza delle Direzioni locali. Del Consiglio di direzione fa parte il medico responsabile del settore sanitario. A livello locale è previsto un Consiglio di istituto comprendente la direzione dell'ospedale, la direzione medica e la direzione infermieristica. Le deleghe di competenza e le attribuzioni alla Direzione generale e alle Direzioni degli ospedali sono stabilite dal Consiglio di amministrazione.

3.5 Consiglio di amministrazione

Il futuro dell'Ente ospedaliero cantonale dipende anche dalle sue regole di governo, ossia dal modo in cui definisce i suoi orientamenti e le sue strategie, adotta le decisioni relative alle persone, ai servizi, ai settori di attività e alle priorità, si dota di un dispositivo di gestione dei rischi e dispone di un efficace sistema di controllo. Il Consiglio di amministrazione, regolato dagli articoli 16 e seguenti della LOsp. attualmente in vigore, costituisce l'elemento centrale di governo dell'Ente.

L'esperienza maturata in questi anni non induce a ritenere necessarie modifiche di rilievo per quanto attiene agli aspetti funzionali. I consulenti incaricati hanno sottolineato soprattutto l'esigenza di prevedere una maggiore autonomia del Consiglio di amministrazione a livello operativo e di organizzazione, in modo da separare chiaramente gli aspetti politici da quelli gestionali (cfr. paragrafo seguente).

Le trasformazioni in atto nel settore sanitario, caratterizzate dal passaggio da un sistema amministrato ad un sistema di concorrenza organizzata, richiedono di definire chiaramente la questione delle incompatibilità, in modo da evitare conflitti di interesse, analogamente a quanto già prevedono le altre leggi cantonali sulle aziende parastatali. Giova anche ricordare che già il rapporto di maggioranza della Commissione granconsigliare del 30 novembre 1982 concernente la Legge sugli ospedali pubblici, avvertiva questa esigenza quando affermava a pagina 8 "va da sé che i membri del Consiglio di amministrazione

dell'Ente devono essere persone al di sopra degli interessi di categoria e regionali....". Conseguentemente, all'art. 11 della nuova legge si prevede il principio di incompatibilità per gli amministratori, i medici e il personale di strutture sanitarie concorrenti, accanto alle incompatibilità di tipo istituzionale (dipendenti dell'EOC e funzionari dello Stato). All'articolo 13 si prevede parimenti un limite di età fissato a 70 anni per i membri del Consiglio di amministrazione.

3.6 Rapporti tra Stato e EOC

Le autorità superiori dell'Ente sono il Gran Consiglio e il Consiglio di Stato. La ripartizione delle competenze tra queste autorità e l'Ente ospedaliero devono essere chiaramente separate: da una parte i compiti della politica (decidere "il che cosa") e dall'altra le competenze dell'Azienda (decidere "in che modo"). Allo Stato compete quindi la funzione normativa, segnatamente le decisioni in merito agli orientamenti della politica sanitaria, l'allocazione dei mezzi e il controllo. All'Ente compete per contro la funzione strategica e di management. La prima spetta primariamente al Consiglio di amministrazione, la seconda è di regola di pertinenza della Direzione generale.

Rispetto all'attuale art. 8 Losp., le competenze pianificatorie del Gran Consiglio di cui all'art. 8 lett. a) e d) sono regolate, come già precisato al paragrafo 3.3., dagli art. 63 e seguenti della LCAMal. In ambito finanziario, con il testo qui proposto, il Gran Consiglio approva preventivamente l'ammontare annuale del contributo globale calcolato nei termini precisati al paragrafo seguente; al Parlamento compete inoltre l'approvazione della relazione annuale sulla gestione dell'Ente la quale, oltre a riferire sugli esiti finanziari, conterrà le necessarie indicazioni per valutare le politiche e le strategie seguite dall'Ente, in modo da garantire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti in base al mandato di prestazione. Le questioni concernenti l'organico del personale rientrano per contro tra le decisioni di ordine operativo di pertinenza dell'azienda. A tal proposito si ricorda che il motivo per cui il Parlamento si era riservato la competenza di approvare l'organico andava 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" (cfr. rapporto di maggioranza della Commissione speciale del 30 novembre 1982, pagina 15). Ora, questo indispensabile controllo del Consiglio di Stato e del Parlamento si esplica attraverso il calcolo e l'approvazione del contributo globale e della relazione annuale sulla gestione dell'Ente.

Il Consiglio di Stato da parte sua, nella sua funzione di responsabile della pianificazione ospedaliera cantonale, viene ad assumere un ruolo di regolatore politico tra strutture pubbliche e private e di garante nei confronti della popolazione in ordine alla qualità e all'equità d'accesso alle cure. Esso stipula quindi con l'Ente i mandati di prestazione, negozia il contratto relativo all'ammontare annuale del contributo globale, designa l'istanza del dipartimento preposta al controlling di questi mandati ed assicura i necessari collegamenti tra il Parlamento e l'EOC. Al Consiglio di Stato compete inoltre concedere all'EOC eventuali fideiussioni, designare l'organo di revisione e fissare gli emolumenti e le indennità dei membri del Consiglio di amministrazione.

3.7 Regime di finanziamento, contributo globale

Il regime di finanziamento degli ospedali pubblici é definito dall'articolo 49 della LAMal. Esso prevede che l'assicurazione malattia copra al massimo il 50% dei costi fatturabili nel reparto comune. Nel Cantone Ticino la parte restante era finora assunta dal Cantone

(nella misura dei 2/3) e dai Comuni (nella misura di 1/3). Al Cantone e ai Comuni incombe pure nelle stesse proporzioni la totalità delle spese di investimento (interessi e ammortamenti), di formazione e di ricerca. A seguito dell'entrata in vigore della Legge sull'assistenza e cura a domicilio, i cui costi sono assunti principalmente dai Comuni, la totalità del fabbisogno dell'EOC sarà assunta dal Cantone a partire dal 1.1.2000.

Il finanziamento pubblico dell'EOC deve essere maggiormente prospettivo e trasparente. In questo senso, si propone che il finanziamento dell'Ente non venga più calcolato in base alla differenza tra i costi e i ricavi, ma definito nella forma di un contributo globale. Il budget globale è calcolato su basi quantificabili e controllabili in funzione dei mandati di prestazione previsti dalla pianificazione ospedaliera cantonale (reparti, servizi, funzioni), del volume di attività previsto (pazienti, casi), dei costi unitari riconosciuti in base al benchmarking (costi per paziente/reparto o costi per diagnosi) e del tasso di copertura (come previsto dalle convenzioni tariffali con gli assicuratori malattia). Il contributo globale comprende inoltre il costo degli investimenti (interessi e ammortamenti riconosciuti), che viene quindi approvato in questo ambito, e il costo della missione sociale (pronto soccorso, formazione, ricerca). I mandati di prestazione dovranno prevedere inoltre gli indispensabili indicatori di qualità da rispettare.

Allo scopo di rendere il contributo globale un effettivo strumento per responsabilizzare e incentivare il contenimento dei costi, esso deve essere fissato in modo vincolante in un contratto tra il Cantone e l'EOC. Compete all'EOC ottenere un equilibrio finanziario sul medio termine, compensando differenze positive e negative tra contributo e fabbisogno non coperto attraverso la costituzione di un fondo interno per i rischi.

Da parte sua lo Stato deve garantire il proprio impegno fissando il limite massimo al 18% del gettito d'imposta. Evidentemente, qualora i mandati all'EOC dovessero cambiare in modo sostanziale rispetto alla situazione attuale, il limite del 18% dovrebbe essere rivisto. In particolare questo limite dovrebbe essere rivisto qualora la LAMal dovesse in futuro prevedere una partecipazione del Cantone al costo delle ospedalizzazioni nei reparti privati e semi-privati degli ospedali pubblici.

Come attualmente, le spese per la gestione delle ospedalizzazioni fuori Cantone attribuite all'EOC su delega dello Stato sono finanziate al di fuori del contributo globale.

In materia di finanziamento occorre comunque prevedere un regime transitorio in quanto il contributo globale potrà essere calcolato con i criteri sopracitati soltanto quando entreranno in vigore i mandati di prestazione, i quali dipendono a loro volta dalla pianificazione ospedaliera cantonale in applicazione dell'art. 39 LAMal. Nel frattempo il contributo globale del Cantone all'EOC potrà essere calcolato secondo le modalità previste dagli articoli 32 e 33 dell'attuale LOsp.

Con il Preventivo 2000 il Consiglio di Stato ha sottoposto al Gran Consiglio il decreto legislativo concernente la modifica del sistema di sussidiamento a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome. Quali criteri per limitare i crediti (ossia il contributo globale) fino all'entrata in vigore dei mandati di prestazione, previsti dall'art. 4 del citato decreto, fanno stato il tasso di rincaro, il volume delle prestazioni, la qualità delle prestazioni e gli accordi tariffali. Il finanziamento dell'EOC tramite contratto di prestazione è ripreso anche nelle Linee Direttive e Piano Finanziario 2000-2003, ottobre 1999, con la misura "Innovazione e contrattualizzazione del sostegno al volontariato e a istituti e servizi di organizzazioni private senza scopo di lucro, di Comuni e di enti autonomi di diritto pubblico" (pag. 21-22).

3.8 Altre disposizioni

Accanto alle modifiche descritte e a quelle puramente formali, si segnala inoltre l'articolo 19 del disegno di legge: il Consiglio di Stato ha la possibilità di scegliere se affidare il mandato di revisione annuale dei conti all'Ispettorato delle finanze, come finora, o se invece optare per una società esterna di revisione. Indicazioni in tal senso sono state più volte espresse dal Parlamento.

Per quanto attiene ai rapporti con il personale, viene confermata la normativa di diritto privato adottata, in pieno accordo con le Organizzazioni sindacali, già al momento della costituzione dell'Ente (cfr. messaggio n. 3018 del 4 febbraio 1986). Questa normativa, oltre ad essersi dimostrata in questi anni adeguata alle necessità del settore, è resa ancora più attuale dalle tendenze in atto nel settore pubblico e parapubblico federale e cantonale. Non si giustificerebbe d'altro canto una differenza tra le normative valide per l'Ente e quelle applicate dalle altre aziende parastatali.

A livello federale la politica di finanziamento del sistema sanitario tende ad introdurre meccanismi di concorrenza tra ospedali pubblici e cliniche private. Occorre pertanto creare le giuste condizioni sul piano funzionale affinché gli ospedali pubblici possano continuare ad essere efficienti e garantire cure di qualità alla popolazione a costi sopportabili. Riconfermando la normativa in vigore si propone una base legale più chiara: art. 8, in sostituzione dell'attuale art. 17 lett. d).

4. RELAZIONI CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO

Questa modifica legislativa corrisponde a quanto previsto dalle Linee Direttive e Piano Finanziario 1996-1999 (discussi dal Gran Consiglio) e 2000-2003: si veda l'Allegato 4, Piano delle principali modifiche legislative e le Tabelle 3 e 4 dell'Allegato 2 con l'evoluzione dei contributi cantonali dal 2000 al 2003.

Essa determina le seguenti conseguenze finanziarie:

- spese d'investimento: nessuna
- spese correnti annue: si richiamano al riguardo: i punti 1 e 3.7 di questo Messaggio; il Messaggio 4929, sul Preventivo 2000, in particolare il punto 4.1.6 (pag. 40, 43, 45); le Tabelle 3 e 4 menzionate del Piano Finanziario 2000 - 2003
- modificazione dell'effettivo del personale: nessuna.

Dal profilo della parità uomo-donna e dell'Euro-compatibilità, questa modifica legislativa non pone nessun problema.

Per quanto concerne le conseguenze che la riforma comporta per gli enti subalterni e segnatamente i Comuni, si richiamano: i punti 1 e 3.7 di questo Messaggio; il Messaggio 4287 e i relativi Rapporti di maggioranza e di minoranza concernenti la Legge sull'assistenza e cura a domicilio e una nuova ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici, degli istituti per anziani e dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

5. CONCLUSIONI

Dal 1982 l'EOC ha dimostrato di poter correttamente operare nel contesto istituzionale e sanitario del Cantone. I grandi cambiamenti in atto nel settore sanitario cominciano a far sentire i primi importanti effetti.

La modifica di legge proposta con questo messaggio risponde quindi ad un obiettivo di rafforzamento e miglioramento di una struttura ospedaliera pubblica cantonale fortemente voluta e difesa dalla popolazione. Essa è inoltre compatibile con i nuovi orientamenti che si stanno imponendo sul piano nazionale in ordine al ruolo dello Stato in ambito ospedaliero. Ad esso compete primariamente di coordinare le missioni e le prestazioni, evitando gli sprechi e stimolando la concorrenza tra i fornitori di prestazioni attraverso il prezzo e la qualità nel quadro della pianificazione ospedaliera cantonale. Ai fornitori di prestazioni compete per contro di raggiungere gli obiettivi economici e qualitativi ad essi affidati secondo le modalità più razionali possibili. Per questo devono essere posti in grado di agire autonomamente sul piano organizzativo e operativo.

Per le ragioni esposte nel presente messaggio vi chiediamo quindi di voler dare la vostra adesione alle modifiche proposte con l'allegato disegno di legge.

Vogliate gradire, onorevole signor Presidente, onorevoli signore e signori Consiglieri, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, M. Borradori

Il Cancelliere, G. Gianella

Disegno di

LEGGE

sull'Ente ospedaliero cantonale

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- vista la Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982;
- visto il messaggio 19 gennaio 2000 no. 4965 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

TITOLO I - GENERALITA'

Articolo 1

Natura

¹Sotto la denominazione "Ente ospedaliero cantonale" è istituita una azienda cantonale, indipendente dalla Amministrazione dello Stato, avente personalità giuridica di diritto pubblico e sede a Bellinzona.

²Lo Stato ne garantisce gli impegni.

Articolo 2

Scopi

¹L'Ente provvede alla direzione e alla gestione di ospedali pubblici garantendo alla popolazione, nel rispetto dei criteri pianificatori, le strutture stazionarie e i servizi medici necessari.

²L'Ente opera affinché gli ospedali siano gestiti con criteri di efficienza e economicità nel rispetto della promozione continua della qualità delle cure e dell'equità d'accesso alle cure.

³L'Ente esegue i mandati speciali che gli sono attribuiti dal Consiglio di Stato.

Articolo 3

Missione e mandati di prestazioni

La missione e i mandati di prestazione all'Ente ospedaliero cantonale sono definiti dalla pianificazione ospedaliera cantonale ai sensi dell'art. 39 della Legge federale sull'assicurazione malattie.

Articolo 4

Ospedali pubblici

Sono considerati ospedali pubblici secondo questa legge gli ospedali regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio e gli ospedali di zona di Blenio, Leventina e Vallemaggia.

Articolo 5

Assistenza sanitaria

¹Gli ospedali garantiscono uguale qualità di assistenza medica e sanitaria indipendentemente dal tipo di contratto assicurativo.

²Ogni 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 del consenso.

³In casi urgenti ogni paziente ha diritto di essere curato nelle strutture stazionarie e ambulatoriali degli ospedali pubblici.

Articolo 6

Patrimonio

Il patrimonio dell'Ente è costituito dai beni destinati istituzionalmente agli scopi della presente legge e dai beni patrimoniali assunti in proprietà.

Articolo 7

Esonero fiscale

L'Ente è esente da imposte e tasse cantonali.

Articolo 8

Rapporti di lavoro

I rapporti di lavoro dell'Ente ospedaliero con i medici e il personale sono retti dal diritto privato.

TITOLO II - ORGANIZZAZIONE

Capitolo I - Organi

Articolo 9

Organi

Gli organi dell'Ente sono:

- a) il Consiglio di amministrazione
- b) la Direzione generale
- c) la Direzione degli ospedali

A. IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Articolo 10

Composizione

¹Il Consiglio di amministrazione si compone di 7 membri. Vi fa parte un rappresentante del Consiglio di Stato.

²Il Consiglio di amministrazione elegge tra i suoi membri il presidente e il vice-presidente.

Articolo 11

Incompatibilità

Non sono eleggibili nel Consiglio di amministrazione i dipendenti dell'Ente, i funzionari dello Stato, nonché gli amministratori, i medici e il personale di strutture sanitarie concorrenti.

Articolo 12

Nomina e durata

I membri del Consiglio di amministrazione sono nominati dal Gran Consiglio per un periodo di 4 anni. Il mandato scade entro 6 mesi dal rinnovo dei poteri cantonali e può essere riconfermato.

Articolo 13

Limite di età

Il limite di età per i membri del Consiglio di amministrazione è di 70 anni. I membri nominati prima del compimento dei 70 anni restano in carica per la durata del mandato.

Articolo 14

Competenze

¹Il Consiglio di amministrazione esercita l'alta direzione dell'Ente e decide su qualunque oggetto che la legge od i regolamenti non demandano esplicitamente ad altra autorità o ad altri organi dell'Ente.

²Esso gestisce gli affari dell'Ente nella misura in cui non ne abbia delegato la gestione.

Articolo 15

Compiti

Il Consiglio di amministrazione esercita particolarmente le seguenti funzioni:

- a) decide la politica e la strategia dell'Ente;
- b) adotta i regolamenti relativi all'organizzazione e alla gestione dell'Ente;

- c) stipula i contratti tipo di lavoro con il personale;
- d) assume, sospende, revoca i membri della Direzione generale, i direttori degli ospedali, i direttori aggiunti, i vice-direttori, l'ispettore del controllo nonché i medici primari e i vice-primari;
- e) esercita l'alta sorveglianza sulle persone incaricate della gestione;
- f) stipula con il Consiglio di Stato i mandati di prestazione e il contratto relativo all'ammontare annuale del contributo globale;
- g) elabora la relazione annuale sulla gestione all'attenzione del Gran Consiglio;
- h) contrae i prestiti necessari;
- i) decide circa l'alienazione di beni;
- l) stabilisce le deleghe di competenza e le attribuzioni alla Direzione generale e alle Direzioni degli ospedali.

Articolo 16

Convocazione e sedute

¹Il Consiglio di amministrazione si riunisce, su convocazione del Presidente, ogni qualvolta gli affari lo richiedono o quando ne è tenuto a seguito di una richiesta scritta e motivata di almeno 2 membri del Consiglio o del Direttore.

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

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

B. LA DIREZIONE GENERALE

Articolo 17

Compiti

¹La Direzione generale provvede alla gestione operativa dell'Ente e assume le funzioni che le vengono delegate dal Consiglio di amministrazione sulla base del regolamento interno. Istruisce le pratiche di competenza del Consiglio di amministrazione formulando il suo preavviso. Esegue le decisioni del Consiglio di amministrazione.

²La Direzione generale vigila sull'attività dei singoli ospedali ed adotta i provvedimenti urgenti.

³Un Consiglio di direzione comprendente le Direzioni degli ospedali assiste la direzione generale. Del Consiglio di direzione fa parte il medico responsabile del settore sanitario.

C. LA DIREZIONE DEGLI OSPEDALI

Articolo 18

Compiti

¹La Direzione dell'ospedale provvede alla gestione operativa dell'ospedale sulla base delle attribuzioni e delle competenze decise dal Consiglio di amministrazione e delle disposizioni della Direzione generale dell'Ente.

²La direzione degli ospedali dipende dalla Direzione generale dell'Ente.

³Un Consiglio di istituto comprendente la direzione medica e infermieristica assiste la direzione dell'ospedale.

⁴La Direzione dell'ospedale consulta regolarmente i rappresentanti del personale.

Capitolo II - Revisione dei conti

Articolo 19

Competenze

Il Consiglio di Stato designa l'organo preposto alla revisione esterna che:

- verifica la contabilità, le operazioni di gestione, la rispondenza di queste con le decisioni degli organi competenti, il conto d'esercizio e il bilancio;
- presenta annualmente il suo rapporto al Gran Consiglio parallelamente ai conti consuntivi.

TITOLO III - AUTORITA' SUPERIORI

Articolo 20

Autorità

Le autorità superiori dell'Ente sono:

1. Il Gran Consiglio
2. Il Consiglio di Stato

Articolo 21

Competenze del Gran Consiglio

Il Gran Consiglio, su proposta del Consiglio di Stato:

- a) nomina i membri del Consiglio di amministrazione dell'Ente;
- b) approva l'ammontare annuale del contributo globale;
- c) approva la relazione annuale sulla gestione dell'Ente.

Articolo 22

Competenze del Consiglio di Stato

Il Consiglio di Stato:

- a) vigila sull'attività dell'Ente;
- b) rappresenta l'Ente di fronte al Gran Consiglio;
- c) stipula con l'Ente i mandati di prestazione e il contratto relativo all'ammontare annuale del contributo globale;
- d) concede all'Ente le fidejussioni necessarie;
- e) designa l'organo di revisione;
- f) designa l'organo del Dipartimento preposto al controlling dei mandati di prestazione;
- g) fissa gli emolumenti e le indennità dei membri del Consiglio di amministrazione.

TITOLO IV - FINANZIAMENTO

Articolo 23

Principi

Il finanziamento dell'Ente è assicurato da tutte le entrate d'esercizio, compresi gli utili delle gestioni estranee, e dal contributo globale dello Stato.

Articolo 24

Contributo globale

¹Il contributo globale è calcolato annualmente sulla base dei mandati di prestazione e della relativa attività e nel rispetto delle disposizioni legali e degli accordi tariffali vigenti.

²Il contributo globale attribuito annualmente è fisso e rimane acquisito all'Ente. Esso viene versato in rate mensili.

³L'ammontare del contributo globale non può superare il 18% del gettito dell'imposta cantonale dell'anno precedente e stabilito nei modi fissati dal Consiglio di Stato.

Articolo 25

Altri mandati

Le spese delle ospedalizzazioni fuori Cantone in istituti acuti ai sensi dell'art. 41 cpv. 3 della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), gestite dall'Ente unitamente ad altri mandati particolari, sono finanziate dallo Stato all'infuori del contributo globale.

TITOLO V - NORME TRANSITORIE E DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 26

Abrogazione

La Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982, il Decreto legislativo concernente le assunzioni di ospedali da parte dell'Ente ospedaliero cantonale del 20 dicembre 1983, il Decreto legislativo concernente l'organico del personale dell'Ente ospedaliero cantonale del 20 dicembre 1993 e il Decreto legislativo concernente i contratti con i medici e l'organico del personale dell'Ente ospedaliero cantonale del 22 aprile 1986 sono abrogati.

Articolo 27

Regime finanziario provvisorio

¹ Fino all'entrata in vigore dei mandati di prestazione di cui all'art. 24 della Legge, il contributo globale del Cantone all'Ente ospedaliero cantonale è calcolato secondo le modalità previste dagli articoli 32 e 33 dell'attuale Legge sugli ospedali pubblici.

² Quali criteri per limitare i crediti fino all'entrata in vigore dei mandati di prestazione ai sensi dell'art. 4 cpv. 2 del Decreto legislativo concernente la modifica del sistema di sussidiamento a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome, fanno stato il tasso di rincaro, il volume delle prestazioni, la qualità delle prestazioni e gli accordi tariffali.

Articolo 28

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 del Cantone Ticino.

Il Consiglio di Stato ne fissa la data di entrata in vigore.