MESSAGGIO

del Consiglio di Stato al Gran Consiglio concernente alcune modificazioni della legge 19 dicembre 1963 sul coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico

(dell'11 dicembre 1970)

Onorevoli signori Presidente e Consiglieri,

Ci onoriamo di presentarvi il messaggio con il quale si motiva e si propone la modificazione della legge concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico del 19 dicembre 1963 (denominata in seguito legge cantonale).

I. GENERALITA'

La legge cantonale persegue la finalità del coordinamento e del miglioramento delle cure ospedaliere promuovendo la creazione e il potenziamento degli ospedali d'interesse pubblico mediante la concessione di sussidi.

I sussidi sono concessi :

a) per la costruzione o la ricostruzione di ospedali d'interesse pubblico e il loro ammodernamento e ampliamento, da un minimo del 20 % a un massimo del 40 % delle spese di preventivo ;

b) per l'acquisto delle attrezzature ospedaliere normali di diagnosi e cura, da un minimo del 10 % a un massimo del 20 % delle spese di preventivo ;

c) per l'acquisto delle attrezzature moderne speciali, particolarmente di diagnosi e cura, stabilite dalle direttive del Consiglio di Stato per il coordinamento dei servizi specialistici, da un minimo del 40 % a un massimo del 60 % delle spese di preventivo, a condizione che i servizi di medicina, chirurgia, ginecologia, ostetricia e pediatria siano diretti da primari FMH, i quali svolgano in modo continuo la loro attività nell'ambito dell'ospedale ;

d) annualmente, per garantire un regolare esercizio ed un efficiente funzionamento dell'ospedale, da un minimo di Fr. 1,— a un massimo di Fr. 3,— al giorno per ogni letto delle camere comuni e di II classe.

I sussidi di cui ai punti a) e b) possono essere aumentati, in genere, del 10 %, rispettivamente del 5 % quando l'ospedale dipende da un'azienda o da un ente pubblico.

La concessione del sussidio previsto dall'art. 3 lett. a) della legge cantonale ha permesso di procedere all'ammodernamento di quasi tutta la rete ospedaliera del Cantone.

Dall'entrata in vigore della legge cantonale ad oggi sono stati sussidiati i seguenti ospedali:

TABELLA N. 1

Data D.L.	*Istituto ospedaliero*	*Costo dell'opera*	*Aliquota sussidio*	*Importo sussidio*
7. 7.64	S. Giovanni, Bellinzona	987.800,—	40 %	395.120,—
7. 7.64	S. Giovanni (Scuola Inf.)	1.769.500,—	50 %	884.750,—
22. 6.65	S. Giovanni, Bellinzona	5.990.600,—	40.—	2.396.240,—
21. 2.68	S. Giovanni, Bellinzona	2.155.000,—	40 %	862.000,—
21. 2.68	S. Giovanni (Scuola Inf.)	360.000,—	50 %	180.000,—
21. 2.68	La Carità, Locarno	431.380,—	40 %	172.552,—
21. 2.68	Beata Vergine, Mendrisio	1.500.000,—	40 %	600.000,—
11.11.68	La Carità, Locarno (Scuola Laborantine)	501.625,—	50 %	250.812,—
14. 4.69	Distrettuale, Faido	5.453.500,—	40 %	2.181.400,—
14. 4.69	Distrettuale, Faido (ospedale emergenza)	1.500.000,—	20 %	300.000,—
21. 4.69	Bleniese, Acquarossa	2.890.200,—	40 %	1.156.080,—
3. 6.69	Santa Croce, Faido	1.386.210,—	40 %	554.484,—
10.11.70	Civico, Lugano	64.488.410,—	50 %	32.244.200,—
27.10.70	Italiano, Lugano	4.725.310,—	40 %	1.890.120,—
27.10.70	S. Giovanni, Bellinzona (IV fase)	3.289.040,—	40 %	1.315.600,—
27.10.70	Santa Croce, Faido	551.000,—	40 %	220.400,—
	Totale	97.979.575,—		45.603.758,—

Il Consiglio di Stato ha inoltre approvato il 6 agosto 1970 il messaggio concernente l'ammodernamento dell'Ospedale distrettuale di Vallemaggia, preventivato in Fr. 245.000,— e sta esaminando i progetti di messaggio concernenti la II fase di ammodernamento dell'Ospedale distrettuale di Faido, preventivato in Fr. 1.410.000,— e l'istanza complementare di sussidiamento dell'Ospedale bleniese, preventivato in Fr. 279.000,—.

La concessione del sussidio per l'acquisto delle attrezzature diagnostiche e curative normali ha permesso un sostanziale potenziamento delle medesime, come risulta dalla seguente

TABELLA N. 2

Istituto ospedaliero	*Costo*	*Importo sussidio*
Beata Vergine, Mendrisio	179.702,—	33.326,80
Civico, Lugano	1.028.679,—	253.762,75
S. Giovanni, Bellinzona	683.720,20	132.869,10
Carità, Locarno	695.422,15	135.284,40
Italiano, Viganello	419.906,—	81.043,75
Malcantonese, Castelrotto	105.982,80	18.816,80
Distrettuale, Cevio	89.491,—	16.771,65
Bleniese, Acquarossa	189.625,50	32.000,25
Distrettuale, Faido	123.286,—	23.492,20
S. Croce, Faido	479.396,—	93.778,80
Totale	3.995.210,65	821.146,50

Non sono invece stati accordati sussidi per l'acquisto di attrezzature diagnostiche speciali previsti dall'art. 3 lett. c) della legge cantonale. I motivi della mancata erogazione sono attribuibili in primo luogo al fatto che attrezzature di

questo genere sono di regola necessarie soltanto nei reparti di medicina altamente specializzata di cui finora non si dispone nel nostro Cantone. In secondo luogo osserviamo che la norma della legge cantonale prevede la concessione di questi sussidi a condizione che l'attrezzatura richiesta sia destinata ad un reparto la cui direzione è affidata ad un medico primario FMH che svolge in modo continuo la propria attività nell'ambito dell'ospedale.

Per il momento nei nostri ospedali i primari sono occupati soltanto a tempo parziale; non sono quindi qui riunite le condizioni per l'erogazione di questo sussidio.

Agli ospedali d'interesse pubblico è stato inoltre versato, a decorrere dal 1964, il sussidio ricorrente previsto dall'art. 3 lett. d) della legge cantonale. L'ammontare annuo di tale sussidio è stato il seguente:

TABELLA N. 3

Istituto ospedaliero	*Importo del sussidio accordato*						
	1964	*1965*	*1966*	*1967*	*1968*	*1969*	*Totale*
Beata Vergine, Mendrisio	65.700,—	72.087,—	95.155,—	104.864,—	104.864,—	138.791,—	581.461,—
Civico, Lugano	93.002,—	113.880,—	151.840,—	148.044,—	148.044,—	186.004,—	840.814,—
San Giovanni, Bellinzona	120.450,—	120.450,—	160.000,—	242.360,—	242.360,—	302.950,—	1.188.570,—
La Carità, Locarno	115.997,—	140.160,—	172.955,—	177.225,—	177.225,—	218.124,—	1.001.686,—
Italiano, Viganello	60.444,—	62.962,—	85.629,—	86.249,—	83.767,—	116.690,—	495.741,—
Malcantonese, Castelrotto	15.695,—	18.469,—	26.024,—	25.732,—	24.637,—	34.310,—	144.867,—
Distrettuale V. Maggia, Cevio	22.995,—	24.145,—	34.492,—	43.800,—	43.800,—	56.210,—	225.442,—
Bleniese, Acquarossa	35.478,—	39.383,—	48.472,—	48.180,—	37.941,—	50.589,—	260.043,—
Distrettuale, Faido	54.038,25	54.038,—	74.624,—	89.936,—	86.432,—	143.737,—	502.805,25
Santa Croce, Faido	26.280,—	27.594,—	38.106,—	47.523,—	47.523,—	65.919,—	252.945,—
	610.079,25	673.168,—	887.297,—	1.013.913,—	996.593,—	1.313.324,—	5.494.374,25

Gli impegni finanziari assunti dal Cantone, per il miglioramento delle cure ospedaliere, dall'entrata in vigore della legge cantonale, si possono così riassumere:

TABELLA N. 4

sussidi per costruzioni (art. 3 lett. a)	Fr. 45.603.758,—
sussidi per l'acquisto di attrezzature diagnostiche e di cura normali (art. 3 lett. b)	Fr. 821.146,50
sussidi per l'acquisto di attrezzature diagnostiche e di cura speciale (art. 3 lett. c)	Fr. —,—
sussidi ricorrenti (art. 3 lett. d)	Fr. 5.494.374,25
Totale sussidi	Fr. 51.919.278,75

Dall'entrata in vigore della legge cantonale si è dunque attuato un miglioramento pressocchè generale della rete ospedaliera del nostro Cantone.

Esistono ancora lacune nel Distretto di Mendrisio, dove tuttavia i lavori di progettazione e la procedura di consultazione dei Comuni per il nuovo ospedale sembrano essere entrati nella fase conclusiva, e nel Distretto di Locarno.

Praticamente si è conclusa la prima fase della pianificazione ospedaliera che prevede il potenziamento delle istituzioni esistenti nell'ambito dei limiti tecnici dei singoli ospedali, del loro raggio d'azione, della loro occupazione e della loro attrattività.

Si pongono ora nuovi problemi in termini contingenti, a medio termine e a lungo termine.

Con questa proposta di modificazione della legge ci si propone di risolvere i problemi di ordine contingente e a medio termine. L'aumento dei sussidi per l'acquisto di attrezzature diagnostiche e di cura normali e l'aumento del sussidio ricorrente sono aspetti della politica ospedaliera che devono essere affrontati con sollecitudine, come dimostreremo nei prossimi capitoli.

Tra i problemi che si pongono a medio termine è opportuno studiare, già sin d'ora, quelli concernenti la procedura da seguire per la nomina dei primari, i rapporti di lavoro tra primari e ospedali e l'oganizzazione interna degli ospedali.

E' indubbio che in progresso di tempo, sulla base del rapporto definitivo della Commissione di pianificazione ospedaliera, che tratterà la questione dei reparti di medicina altamente specializzata, degli ospedali per i cronici, degli ospedali per le discipline particolari, della delimitazione delle zone ospedaliere e della qualificazione del personale medico e paramedico, si dovrà procedere ad un'ulteriore revisione della legge cantonale.

Già sin d'ora si deve tuttavia intervenire per ovviare a situazioni che, se non risolte, comprometterebbero l'impegno finanziario assunto sino ad oggi dallo Stato.

II. PROPOSTA DI AUMENTO DEL SUSSIDIO PER L'ACQUISTO DI ATTREZZATURE OSPEDALIERE NORMALI DI DIAGNOSI E DI CURA

Il sussidio previsto dall'art. 3 lett. b) della legge cantonale per l'acquisto di attrezzature normali di diagnosi e di cura è compreso tra una percentuale minima del 10 % ad una massima del 20 %. Tale sussidio può essere aumentato in genere del 5 %, conformemente all'art. 4 della legge cantonale, quando l'ospedale che ne fa richiesta dipende da un'azienda o da un ente pubblico.

Nella parte introduttiva di questo messaggio abbiamo segnalato che il Cantone, dall'entrata in vigore della legge cantonale ad oggi, ha versato per l'acquisto di attrezzature normali di diagnosi e di cura Fr. 821.146,50 su di una spesa complessiva preventivata di Fr. 3.995.210,65. Essendo la legge in vigore da 7 anni, la spesa annua complessiva a carico del Cantone ascende a circa Fr. 117.300,—.

E' palese che il miglioramento delle cure ospedaliere propugnato dall'art. 1 della legge cantonale si attua non soltanto con la costruzione di fabbricati moderni e razionali, ma anche dotando gli istituti ospedalieri delle attrezzature curative e di diagnosi necessarie.

Negli anni a venire, man mano che si andranno completando gli ammodernamenti e le nuove costruzioni recentemente votate dal Gran Consiglio, le amministrazioni di questi ospedali dovranno procedere all'acquisto di attrezzature adeguate. Qualora per mancanza di finanziamento i diversi ospedali del Cantone non potessero dotarsi convenientemente delle attrezzature necessarie, la cura ospedaliera verrebbe evidentemente ad essere gravemente compromessa e risulterebbe conseguentemente vano l'intenso sforzo compiuto dal Cantone.

In sostanza si vuole evidenziare che oltre al miglioramento della parte costruttiva degli ospedali, bisogna procedere anche al miglioramento delle attrezzature.

Il sussidio previsto dalla legge cantonale, compreso tra il 10 e il 20 % della spesa preventivata e aumentabile del 5 % quando l'ospedale dipende da un ente pubblico, è in considerazione della precaria situazione finanziaria degli ospedali e della costante evoluzione tecnica delle attrezzature diagnostiche e di cura, troppo esiguo.

E' pertanto opportuno adeguare il sussidio previsto dalla vigente legge. A nostro giudizio, visto che le attrezzature ospedaliere rivestono un'importanza analoga all'ampliamento o all'ammodernamento degli istituti ospedalieri, il sussidio dovrebbe essere compreso, come per le realizzazioni di quest'ultime opere, tra il 20 e il 40 %. Va ancora rilevato che il maggior sussidio per le attrezzature di cura e diagnosi normali si tradurrà in un minor onere per interesse ed ammortamenti a carico delle amministrazioni ospedaliere. Ciò, oltre a costituire un freno all'aumento dei costi d'esercizio, limiterà, almeno in parte, l'intervento dello Stato in favore degli ospedali d'interesse pubblico sotto forma di sussidio ricorrente.

III. PROPOSTA DI AUMENTO DEL SUSSIDIO GIORNALIERO RICORRENTE

L'evoluzione del progresso scientifico, il miglioramento dei mezzi diagnostici e terapeutici, il rincaro generale, la maggior necessità di personale medico e paramedico e ausiliario e l'incidenza dei costi del capitale investito nelle opere di riammodernamento degli istituti, hanno determinato un considerevole aumento dei costi ospedalieri.

In Svizzera il costo per singola ospedalizzazione e per giornate di cura a carico delle casse malati dal 1959 al 1968 — secondo le statistiche pubblicate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali nel marzo 1970 — hanno subìto le seguenti evoluzioni:

Costo della cura ospedaliera per singola ospedalizzazione:

1959	*1960*	*1961*	*1962*	*1963*	*1964*	*1965*	*1966*	*1967*	*1968*
Fr. 166,—	167,81	174,81	184,48	205,62	299,13	333,03	418,69	475,10	523,81

Costo della cura ospedaliera per giornate di cura:

1959	*1960*	*1961*	*1962*	*1963*	*1964*	*1965*	*1966*	*1967*	*1968*
Fr. 8,13	8,59	9,09	9,82	11,02	15,57	19,40	23,48	26,79	29,27

Il costo in cifre assolute della cura ospedaliera ha subìto a sua volta dal 1959 al 1968 questo incremento:

1959	*1960*	*1961*	*1962*
Fr. 37.622.912,—	Fr. 40.102.367,—	Fr. 41.113.968,—	Fr. 46.408.501,—

1963	*1964*	*1965*	*1966*
Fr. 55.351.576,—	Fr. 84.714.253,—	Fr. 112.864.474,—	Fr. 154.449.432,—
1967	*1968*		
Fr. 184.545.303,—	Fr. 203.912.809,—.		

Rileviamo che i costi indicati nelle precedenti tabelle rappresentano soltanto la partecipazione delle casse malati ai costi delle cure ospedaliere e non sono comprensivi nè della partecipazione degli assicurati nè della partecipazione degli enti pubblici che, come risulta dalle tabelle 7 a, 7 b e 7 c, è in altri Cantoni molto elevata.

Negli ospedali principali del Cantone Ticino i costi ospedalieri subiranno, nei prossimi anni, un incremento notevole a dipendenza degli ingenti costi del capitale investito nelle costruzioni che graveranno direttamente sull'esercizio ordinario annuale.

I costi ospedalieri possono essere suddivisi in due categorie principali:

— la prima categoria comprende i costi delle prestazioni mediche, dei medicinali, delle analisi e delle applicazioni dei mezzi diagnostici e terapeutici scientificamente riconosciuti;

— la seconda categoria comprende i costi per l'assistenza generale (personale medico, paramedico e ausiliario), i costi per il vitto e l'alloggio, la manutenzione dello stabile e delle attrezzature, gli ammortamenti e gli interessi passivi del capitale investito.

I costi della prima categoria vengono pagati agli ospedali direttamente dalle casse malati.

Quelli della seconda categoria, meglio noti sotto la denominazione di retta ospedaliera, vengono pagati, a titolo d'assistenza generale alle spese di cura, in ragione di Fr. 6,— al giorno dalle casse malati e, per la differenza, dal paziente.

La retta ospedaliera per le camere comuni negli ospedali di interesse pubblico principali del nostro Cantone è di Fr. 21,— al giorno. Ne consegue che il paziente è chiamato a versare una somma di Fr. 15,— il giorno in quanto le casse pagano, come detto, un contributo giornaliero di ospedalizzazione alla retta ospedaliera di Fr. 6,—.

Talvolta l'onere a carico dell'assicurato può aumentare anche di qualche franco il giorno perchè le casse malati non sono tenute, ad esempio, ad assumere il costo dei medicinali non riconosciuti o di altre piccole spese di secondaria importanza.

Va detto che la partecipazione dell'assicurato ai costi della cura ospedaliera è senz'altro giustificata, come d'altra parte osserva il Consiglio federale nel suo messaggio del 5 giugno 1961 accompagnante il disegno legislativo che propone la modificazione del primo titolo della legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

> «...Si costata che le spese del ricovero in ospedale, estranee alla cura medica e ai medicamenti, cioè le spese di vitto, alloggio, assistenza ed altre cure speciali, diventano sempre più rilevanti. Se le casse non prendono a loro carico almeno una di queste spese, la protezione che l'assicurazione contro la malattia offre all'assicurato non è più sufficiente.
>
> Considerato che, se si trovasse a domicilio, l'assicurato dovrebbe provvedere da solo al proprio sostentamento ed alloggio, appare giusto che egli debba sopportare tali spese. Per contro, oltre agli altri oneri derivanti dalla cura medica e dei medicamenti (comprese le terapie scientificamente riconosciute e le analisi) le casse assumono a loro carico una parte delle rimanenti spese di cura, cioè delle spese di assistenza e delle altre cure speciali...».

Tuttavia la partecipazione a carico dell'assicurato non deve, a giudizio di questo Consiglio di Stato, superare i limiti attuali e ciò per non gravare in modo eccessivo sulle persone che devono ricorrere alle cure ospedaliere.

In considerazione della costante evoluzione dei costi ospedalieri si deve quindi adottare un criterio che permetta da un lato di moderare, per i prossimi anni, almeno l'aumento della partecipazione a questi costi da parte dei degenti e, dall'altro, di attenuare i disavanzi finanziari delle gestioni ospedaliere. Lo Stato per attuare queste finalità ha a disposizione due mezzi d'intervento, che consistono nell'aumento del contributo giornaliero di ospedalizzazione a carico delle casse malati o nell'aumento del sussidio ricorrente agli ospedali.

L'aumento del contributo giornaliero di ospedalizzazione suscita perplessità per diverse ragioni. In primo luogo si deve considerare che l'onere di Fr. 15,— il giorno, presentemente a carico dell'assicurato, se si deduce il costo di vitto che *l'assicurato deve sostenere anche al proprio domicilio, si riduce a circa Fr. 6,—* il giorno. L'assicurato può fare assumere il pagamento di questo importo alla cassa malati pattuendo un'assicurazione complementare ospedaliera che preveda il versamento di un'indennità di Fr. 6,— il giorno in caso di ospedalizzazione; il premio annuo è di circa Fr. 12,—.

D'altra parte occorre ricordare che l'eventuale aumento del contributo giornaliero di ospedalizzazione determinerebbe l'aumento delle quote assicurative delle casse malati e quindi della partecipazione finanziaria al sussidio delle quote da parte del Cantone, dei Comuni e degli assicurati.

L'esplosione dei costi per le cure mediche, farmaceutiche e il costante aumento delle quote assicurative che si sono riscontrate in questi ultimi anni, sconsigliano di domandare nuove prestazioni alle casse malati.

L'incremento dei costi a livello nazionale a carico delle casse malati si rileva agevolmente dalla seguente tabella pubblicata nella statistica dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali:

TABELLA N. 5

	1959	*1960*	*1961*	*1962*
cura medica	134.544.038	143.754.730	143.307.318	157.752.434
medicamenti	59.792.414	66.388.582	68.555.981	76.517.304
cura chiropratica	—,—	—,—	—,—	—,—
cura ospedaliera	37.622.912	40.102.367	41.113.968	46.408.501
altri costi	6.068.316	6.657.869	7.321.984	8.059.748
	238.027.680	256.903.548	260.299.251	288.737.987

	1963	*1964*	*1965*	*1966*
cura medica	179.043.329	205.852.948	235.184.197	290.773.414
medicamenti	85.584.865	101.137.984	115.252.454	150.064.779
cura chiropratica	—,—	173.539	551.364	2.795.931
cura ospedaliera	55.351.576	84.714.253	112.864.474	154.449.432
altri costi	9.368.703	8.710.945	10.913.496	13.452.759
	329.348.473	400.589.669	474.765.985	611.536.315

	1967	*1968*
cura medica	332.852.181	364.574.767
medicamenti	176.304.776	201.099.916
cura chiropratica	4.560.451	5.111.269
cura ospedaliera	184.545.303	203.912.809
altri costi	12.192.651	11.202.069
	710.455.362	785.900.830

Analogo aumento si è verificato nel Canton Ticino.

Dai rapporti annuali della Cassa malati intercomunale, a cui sono assicurate circa 20.000 persone, possiamo infatti rilevare quanto segue:

TABELLA N. 6

	1965	*1966*	*1967*	*1968*	*1969*
cure mediche	1.279.899,70	1.789.485,50	2.076.218,09	1.905.703,72	1.572.296,—
medicamenti	844.159,10	1.190.574,40	1.201.093,61	1.375.851,74	1.235.172,95
cure chiropratiche	—,—	—,—	1.312,60	11.882,15	6.544,10
cure ospedaliere	846.462,30	1.321.573,90	1.542.219,75	1.705.605,10	1.733.917,15
	2.970.521,10	4.301.633,80	4.820.844,05	4.999.042,71	4.547.930,20

La partecipazione dello Stato e dei Comuni al sussidiamento delle quote assicurative ha subìto analogo incremento ed è passato da Fr. 11.036.362,55 nel 1964 a ca. Fr. 22.000.000,— nel 1969.

In particolare si osserva che l'eventuale accoglimento della iniziativa parlamentare presentata dagli on.li Monetti e Cavagna il 22 giugno 1970, che postula l'incremento del contributo giornaliero di ospedalizzazione da Fr. 6,— a Fr. 10,—, determinerebbe un aumento della quota assicurativa annua di ca. Fr. 14,— di cui circa Fr. 7,— a carico degli assicurati e Fr. 7,— a carico degli enti pubblici. L'assicurato sopporterebbe quindi un costo praticamente analogo a quello necessario per pattuire un'assicurazione complementare ospedaliera che preveda il versamento di Fr. 4,— il giorno in caso di ospedalizzazione.

Il calcolo concernente l'aumento della quota assicurativa conseguente all'incremento del contributo giornaliero di ospedalizzazione può essere così riassunto.

Costo del contributo giornaliero di ospedalizzazione di Fr. 6,— per gli 80.460 assicurati alle casse pubbliche, considerato che per la sua copertura è necessario un premio di Fr. 21,— per gli adulti e di Fr. 15,15 per i fanciulli:

adulti	64.724 x 21,— =	Fr. 1.359.204,—
fanciulli	15.736 x 15,15 =	Fr. 238.400,—
	80.460	Fr. 1.597.604,—
cui si aggiunge il costo per i assicurati alle casse private che ascende a	137.096	Fr. 2.722.161,—
	217.556	Fr. 4.319.765,—

Complessivamente gli assicurati e gli enti pubblici versano quindi, per la copertura della prestazione concernente il versamento del contributo giornaliero di ospedalizzazione di Fr. 6,—, Fr. 4.319.765,—.

Ciò significa che per la copertura di Fr. 1,— del contributo giornaliero di ospedalizzazione, gli assicurati e gli enti pubblici devono assumere un onere di:

Fr. 4.319.765,— : 6 = Fr. 719.961,—

L'aumento di Fr. 4,— del contributo giornaliero di ospedalizzazione comporta conseguentemente un maggior onere a carico degli enti pubblici e degli assicurati di:

Fr. 719.961,— x 4 = Fr. 2.879.844,—

Essendo le partecipazioni degli enti pubblici al sussidiamento delle quote assicurative del 50 % circa, gli assicurati e gli enti pubblici assumerebbero a loro carico un onere di Fr. 1.439.922,— ciascuno.

Il maggior onere a carico dell'assicurato conseguente all'aumento del contributo giornaliero di ospedalizzazione da Fr. 6,— a Fr. 10,— ammonterebbe pertanto a:

Fr. 1.439.922,— : 217.556 = Fr. 6,62

Questo Consiglio di Stato reputa pertanto inopportuno l'aumento del contributo giornaliero di ospedalizzazione perchè ciò, oltre a comportare un aumento della partecipazione finanziaria dei Comuni e del Cantone al sussidiamento delle quote assicurative, implicherebbe un maggior onere per l'assicurato praticamente analogo, d'altra parte, a quello necessario per la copertura della medesima prestazione attraverso la previdenza personale (pattuizione di un'assicurazione complementare).

Deve anche essere evidenziato che lo Stato ed i Comuni del Canton Ticino già partecipano al sussidio delle quote assicurative in modo più rilevante degli altri Cantoni della Svizzera, come si evince dal seguente prospetto comparativo:

TABELLA N. 7

SUSSIDI EROGATI

Cantoni	*1968*			*1969*		
	Cantoni	*Comuni*	*Totale*	*Cantoni*	*Comuni*	*Totale*
AG	—.—	—.—	—.—	—.—	—.—	—.—
AR	154.679	77.334	232.013	177.183	88.591	265.774
AI	21.144	—.—	21.144	28.005	—.—	28.005
BL	496.721	—.—	496.721	871.865	—.—	871.865
BS	10.211.397	—.—	10.211.397	17.754.500	—.—	17.754.500
BE	2.472.554	60.000	2.532.554	2.630.000*	60.000*	2.690.000
FR	570.000	63.679	633.679	670.000	70.000*	740.000
GE	2.449.696	—.—	2.449.696	3.605.590	—.—	3.605.590
GL	280.000	—.—	280.000	280.000	—.—	280.000
GR	1.241.467	60.000	1.301.467	1.359.279	65.000	1.424.279
LU	427.600	—.—	427.600	1.000.000	526.034	1.526.034
NE	2.574.480	—.—	2.574.480	3.490.720	—.—	3.490.720
NW	18.876	—.—	18.876	18.641	—.—	18.641
OW	10.104	6.736	16.840	10.293	6.862	17.155
SG	989.361	100.000*	1.089.361	1.135.335	120.000*	1.255.335
SH	190.180	2.159	192.339	191.385	2.500	193.885
SZ	129.350	—.—	129.350	132.870	—.—	132.870
SO	687.589	2.306.267	2.993.856	699.856	2.427.649	3.127.505
TI	12.674.034	8.053.825	20.727.859	12.000.000*	8.000.000*	20.000.000
TG	495.146	247.573	742.719	518.082	259.040	777.122
UR	66.275	—.—	66.275	67.158	—.—	67.158
VD	14.103.000	—.—	14.103.000	14.345.000	—.—	14.345.000
VS	255.000	160.000	415.000	255.000	160.000	415.000
ZG	156.179	72.088	228.267	157.574	75.633	233.207
ZH	13.792.000	10.000.000	23.792.000	15.279.000	11.750.000	27.029.000
CH	64.466.832	21.209.661	85.676.493	76.677.336	23.611.309	100.288.645

* *Valutazione:*

Gli importi indicati in questa tabella sono il risultato di una inchiesta effettuata dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali presso le Autorità cantonali competenti e comprendono la totalità dei sussidi cantonali e comunali erogati in favore degli assicurati alle casse malati.

La valutazione dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sembra, a nostro giudizio, inferiore alla realtà. Per l'anno 1969 Cantone e Comuni dovrebbero contribuire al sussidiamento delle quote con un versamento di circa Fr. 22.000.000,—.

L'aumento del sussidio giornaliero ricorrente agli ospedali, in luogo dell'aumento del contributo giornaliero d'ospedalizzazione è, a nostro giudizio, il mezzo più idoneo per frenare la partecipazione dell'assicurato ai costi ospedalieri e per attenuare i disavanzi d'esercizio delle gestioni ospedaliere.

Questo intervento ha dal profilo sociale il pregio di essere devoluto esclusivamente ai reparti comuni degli ospedali di interesse pubblico. L'art. 3 lett. d) della legge cantonale ospedaliera prevede infatti che il sussidio è devoluto per ogni « letto delle camere comuni e di seconda classe ».

Il contributo giornaliero di ospedalizzazione viene invece versato agli assicurati degenti nelle camere comuni, semi-private e private di cliniche e di ospedali. Essendo l'azione dello Stato in materia di miglioramento delle cure ospedaliere protesa, attraverso sussidi di diversa natura, a potenziare gli ospedali d'interesse pubblico, è quindi logico che le conseguenze dell'incremento delle spese ospedaliere debbano essere ovviate con un provvedimento esclusivamente in favore di questi ospedali (aumento del sussidio ricorrente) e non con provvedimenti che vanno, in definitiva, anche ad attenuare i costi di istituzioni private (contributo giornaliero di ospedalizzazione).

Osserviamo ancora che, in considerazione delle imponenti spese effettuate dagli ospedali di interesse pubblico e del conseguente servizio di oneri passivi che graverà negli anni futuri sugli esercizi di questi stessi ospedali, è opportuno non disperdere l'intervento finanziario dello Stato ma concentrarlo laddove si rivela più necessario.

L'onere derivante dall'aumento del sussidio ricorrente è esclusivamente a carico del Cantone. I Comuni e gli assicurati non sono chiamati pertanto ad assumere alcun costo, contrariamente a quanto si verificherebbe aumentando il contributo giornaliero di ospedalizzazione in luogo del sussidio ricorrente agli ospedali.

A sostegno di questa tesi osserviamo infine che una maggiore partecipazione dello Stato ai costi di gestione degli ospedali è auspicabile anche in rapporto agli interventi che avvengono in tal senso negli altri Cantoni.

Dalle tabelle che seguono si può infatti desumere che in materia di partecipazione alle spese di gestione degli ospedali il Canton Ticino è tra i Cantoni che contribuiscono in minor misura.

TABELLA N. 7a

Spese ospedaliere nel 1967

In 1000 franchi

Cantoni	*Cantoni*	*Comuni*	*Totale*
	contributi di esercizio [1])	*contributi di esercizio* [1])	*contributi di esercizio* [1])
ZH	79.974	3.506	83.480
BE	36.699	5.062	41.761
LU	24.466	—	24.466
UR	2.363	—	2.363
SZ	434	143	577
OW	38	—	38
NW	540	—	540
GL	2.378	—	2.378
ZG	968	—	968
FR	1.534	275	1.809
SO	10.173	10	10.183
BS	116.289	—	116.289
BL	5.229	—	5.229
SH	5.703	21	5.724
AR	734	811	1.545
AI	—	—	—
SG	15.334	327	15.661
GR	5.550	1.258	6.808
AG	20.206	*	20.206
TG	9.328	83	9.411
TI	1.014	—	1.014
VD	67.890	*	67.890
VS	1.096	306	1.402
NE	7.076	5.456	12.532
GE	60.347	—	60.347
CH	475.363	17.258	492.621

[1]) assunzione del deficit; contributi fissi e altri contributi d'esercizio.

TABELLA N. 7 b

Spese ospedaliere nel 1968

In 1000 franchi

Cantoni	*Cantoni*	*Comuni*	*Totale*
	contributi di esercizio [1])	*contributi di esercizio* [1])	*contributi di esercizio* [1])
ZH	86.769	4.057	90.826
BE	48.417	5.489	53.906
LU	27.877	—	27.877
UR	1.066	—	1.066
SZ	418	354	772
OW	87	—	87
NW	500	—	500
GL	2.195	—	2.195
ZG	1.223	77	1.300
FR	2.174	280	2.454
SO	11.347	10	11.357
BS	132.923	—	132.923
BL	6.013	—	6.013
SH	5.803	21	5.824
AR	817	952	1.769
AI	—	—	—
SG	15.955	397	16.352
GR	6.967	1.436	8.403
AG	24.850	*	24.850
TG	9.707	96	9.803
TI	996	—	996
VD	77.276	4.200	81.476
VS	1.120	406	1.526
NE	8.898	4.011	12.909
GE	71.808	—	71.808
CH	545.206	21.786	566.992

[1]) assunzione del deficit; contributi fissi e altri contributi d'esercizio.

TABELLA N. 7 c

Spese ospedaliere nel 1969

In 1000 franchi

Cantoni	*Cantoni*	*Comuni*	*Totale*
	contributi di esercizio [1])	*contributi di esercizio* [1])	*contributi di esercizio* [1])
ZH	94.499	8.946	103.445
BE	51.762	19.694	71.456
LU	31.173	—	31.173
UR	2.064	—	2.064
SZ	520	376	896
OW	98	4	102
NW	426	—	426
GL	2.416	—	2.416
ZG	1.620	130	1.750
FR	2.926	370	3.296
SO	8.129	10	8.139
BS	136.406	—	136.406
BL	6.298	—	6.298
SH	6.422	21	6.443
AR	1.125	995	2.120
AI	—	—	—
SG	18.439	666	19.105
GR	7.652	1.567	9.219
AG	25.952	*	25.952
TG	11.212	157	11.369
TI	1.000	—	1.000
VD	90.186	*	90.186
VS	1.128	406	1.534
NE	9.018	4.514	13.532
GE	80.745	—	80.745
CH	591.216	37.856	629.072

[1]) assunzione del deficit; contributi fissi e altri contributi d'esercizio.

Presentemente il sussidio ricorrente versato agli ospedali d'interesse pubblico è compreso tra un importo minimo di Fr. 2,15 e un importo massimo di Fr. 2,50. La ripartizione ai singoli ospedali per l'anno 1969 è stata la seguente:

TABELLA N. 8

Ospedali	*Sussidio 1969*
1. Mendrisio	138.791,—
2. Lugano	186.004,—
3. Bellinzona	302.950,—
4. Locarno	218.124,—
5. Viganello	116.690,—
6. Castelrotto	34.310,—
7. Cevio	56.210,—
8. Acquarossa	50.589,—
9. Faido	143.737,—
10. S. Croce Faido	65.919,—
	1.313.324,—

Per il 1970 il Consiglio di Stato ha deciso di calcolare il sussidio ricorrente agli ospedali sulla base dell'importo di Fr. 3,—, massimo importo previsto dalla legge.

Sussidi superiori a Fr. 3,— il giorno possono essere dunque concessi solo attraverso la modificazione della vigente legge.

Noi reputiamo che per intervenire efficacemente e tempestivamente ad ovviare alle conseguenze derivanti dall'aumento dei costi degli ospedali d'interesse pubblico, il legislatore debba dare al Governo la competenza di concedere sussidi almeno fino ad un importo di Fr. 6,— il giorno, ritenuto un sussidio minimo di Fr. 3,—.

E' difficile presentemente calcolare quale sarà l'importo attribuibile ai singoli ospedali aumentando il sussidio giornaliero perchè molteplici elementi alla base di questi calcoli sono suscettibili di variazioni nei prossimi anni. Infatti l'aumento dei posti letto, dei primari, dei consulenti specialisti, degli assistenti, delle infermiere, della media delle degenze dei pazienti e dell'occupazione percentuale dei letti sono valori che sicuramente, e soprattutto in considerazione delle recenti nuove costruzioni, subiranno modificazioni.

Abbiamo tuttavia elaborato a titolo puramente indicativo, una tabella concernente gli importi attribuibili agli ospedali qualora si fosse per aumentare il sussidio giornaliero a Fr. 3,—, Fr. 3,50, Fr. 4,—, Fr. 4,50, Fr. 5,—, Fr. 5,50, Fr. 6,—.

TABELLA N. 9

	importi attribuiti nel 69 sulla base di un sussidio giornaliero di Fr. 2,50	*attribuzione percentuale in rapporto all'importo complessivo*	*aumento dell' importo per ogni ct. 50 di sussidio in più*	3,—	*3,50*	*4,—*	*4,50*	*5,—*	*5,50*	*6,—*
Mendrisio	138.791	10,6	31.800	170.591	202.391	234.191	265.991	297.791	329.591	361.391
Lugano	186.004	14,2	42,600	228.604	271.204	313.804	356.404	399.004	441.604	484.204
Bellinzona	302.950	23,1	69.300	372.250	441.550	510.850	580.150	649.450	718.750	788.050
Locarno	218.124	16,6	49,800	267.924	317.724	367.524	417.324	467.124	516.924	566.724
Viganello	116.690	8,9	26.700	143.390	170.090	196.790	223.490	250.190	276.890	303.590
Castelrotto	34.310	2,6	7.800	42.110	49.910	57.710	65.510	73.310	81.110	88.910
Cevio	56.210	4,3	12.900	69.110	82.010	94.910	107.810	120.710	133.610	146.510
Acquarossa	50.589	3,8	11.400	61.989	73.389	84.789	96.189	107.589	118.989	130.389
Faido	143.737	10,9	32.700	176.437	209.137	241.837	274.537	307.237	339.937	372.637
S. Croce	65.919	5,—	15.000	80.919	95.919	110.919	125.919	140.919	155.919	170.919
	1.313.324	100,—	300.000	1.613.324	1.913.324	2.213.324	2.513.324	2.813.324	3.113.324	3.413.324

Il maggior onere a carico dello Stato, sempre a titolo indicativo, sarebbe il seguente:

sussidio giornaliero di Fr. 3,—	Fr. 300.000,—
sussidio giornaliero di Fr. 3,50	Fr. 600.000,—
sussidio giornaliero di Fr. 4,—	Fr. 900.000,—
sussidio giornaliero di Fr. 4,50	Fr. 1.200.000,—
sussidio giornaliero di Fr. 5,—	Fr. 1.500.000,—
sussidio giornaliero di Fr. 5,50	Fr. 1.800.000,—
sussidio giornaliero di Fr. 6,—	Fr. 2.100.000,—

Rileviamo infine che le gestioni ospedaliere traggono un maggior beneficio finanziario con l'aumento del sussidio ricorrente che non con l'aumento in egual misura del contributo giornaliero di ospedalizzazione a carico delle casse malati.

Infatti, mentre il contributo giornaliero di ospedalizzazione viene versato solo agli assicurati il cui caso di malattia è assunto dalle casse pubbliche e private convenzionate con lo Stato, il sussidio ricorrente è erogato per ogni letto delle camere comuni e di seconda classe (art. 3 lett. d) legge cantonale). Ciò significa che l'ospedale d'interesse pubblico può contare sul sussidio ricorrente anche per i degenti il cui caso di malattia è assunto, in luogo che dalle casse malati, dall'AI, dall'INSAI, dall'assicurazione militare o dalle compagnie private di assicurazione (infortunistica stradale e infortuni dei lavoratori non soggetti alla LAMI ma alla legge federale sul lavoro o alla legge federale per il promovimento dell'agricoltura).

IV. PROPOSTE CONCERNENTI LA PROCEDURA DA SEGUIRE PER LA NOMINA DEI PRIMARI, L'ORGANIZZAZIONE INTERNA DEGLI OSPEDALI E I RAPPORTI DI LAVORO TRA OSPEDALI E PRIMARI

La sensibilità dello Stato per i problemi ospedalieri è dimostrata dai massicci investimenti già effettuati e dalle proposte di aumento del sussidio ricorrente e dei sussidi per l'acquisto delle attrezzature diagnostiche e di cura normali consegnate nei capitoli precedenti di questo messaggio.

Per garantire il conseguimento del fine che ci si propone attraverso i sussidi erogati e l'aumento dei sussidi di cui si chiede l'adozione, il miglioramento della cura ospedaliera, è però necessario stabilire delle direttive di ordine generale cui devono attenersi gli ospedali d'interesse pubblico.

In effetti il miglioramento della cura ospedaliera non si attua solamente con il potenziamento delle strutture edilizie, diagnostiche e di cura, ma anche attraverso l'opera di primari qualificati che dedichino, di regola, la loro attività esclusivamente all'ospedale, e la presenza di un numero sufficiente di personale paramedico specializzato, giudiziosamente distribuito tra i singoli reparti.

Per realizzare questi intendimenti di coordinamento, su cui si fonda d'altra parte la legge cantonale in base al secondo capoverso dell'art. 1 che prevede la concessione dei sussidi secondo le direttive di coordinamento del Consiglio di Stato, è necessario disciplinare la procedura di nomina dei primari, l'organizzazione interna degli ospedali e i rapporti di lavoro tra ospedali e primari.

Il progetto di legge (art. 12 bis) prevede di attribuire questo disciplinamento alla competenza del Consiglio di Stato. La nuova proposta viene semplicemente a specificare, nella sua applicazione concreta, il principio già stabilito dal secondo capoverso dell'art. 1 del testo attuale della legge cantonale. Già in occasione della emanazione di questa norma fondamentale della legge cantonale, il legislatore volle tener conto delle importanti argomentazioni in favore dell'attribuzione di competenze normative al Governo anche in questo settore.

Di queste argomentazioni, oltre a quelle che generalmente si richiamano a questo riguardo per quasi tutte le leggi cantonali, rileviamo in particolare la ne-

cessità per lo Stato di intervenire tempestivamente a disciplinare un settore, come è quello ospedaliero e medico in generale, in costante evoluzione sotto diversi punti di vista.

Basta accennare al continuo progresso di nozioni e di tecniche nel campo medico, che impone corrispondenti adeguamenti quanto alle soluzioni edilizie, al personale e alle attrezzature. D'altra parte, pari sviluppo si costata nell'ambito della legislazione assicurativa (è attualmente in corso la revisione del I. titolo della legge federale sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni), con conseguenti esigenze di adeguamento dei rapporti fra gli ospedali, i medici, gli enti assicurativi e gli assicurati.

Inoltre l'aspetto notoriamente differenziato del sistema ospedaliero cantonale, costituito da istituti con esigenze molto diverse, richiede norme agevolmente adeguabili alla situazione specifica di ogni istituto.

Va ancora tenuto presente che il disciplinamento di questo settore verte anche su problemi di natura tecnica, talvolta molto specialistici, onde lo Stato dev'essere in grado, di volta in volta, di far capo ad esperti in materia, disponendo nel contempo di uno strumento normativo corrispondentemente agile e flessibile.

Appare ovvio, infine, da un profilo di sistematica legislativa, che il testo di legge verrebbe appesantito in modo inopportuno qualora dovessero esservi introdotte tutte le numerose norme atte a disciplinare gli aspetti organizzativi e tecnici di questo settore. Pertanto il testo di legge verrebbe a perdere il suo attuale equilibrio legislativo.

E' altrettanto ovvio, che una materia così mutevole richiederebbe continue revisioni legislative.

Il nuovo art. 12 bis è completato, nel suo secondo capoverso, di una disposizione destinata a garantire, da parte degli enti sussidiati, il rispetto delle norme di coordinamento emanate dal Governo. Attraverso la facoltà di subordinare, a queste condizioni, il versamento dei sussidi di competenza del Consiglio di Stato, si attribuisce all'ente sussidiante uno strumento efficiente per l'attuazione di uno sviluppo coordinato del sistema ospedaliero cantonale.

Quanto agli orientamenti generali di queste norme di applicazione il Consiglio di Stato è già in grado di anticiparne alcuni.

Bisogna comunque osservare che il Consiglio di Stato si varrà del rapporto della Commissione di pianificazione ospedaliera in merito a questi problemi e consulterà, in ogni caso, preventivamente le amministrazioni degli ospedali d'interesse pubblico così come la Commissione per gli ospedali istituita dall'art. 6 della legge cantonale.

In primo luogo, per quanto attiene alla procedura da seguire nella nomina dei primari, si terrà conto delle direttive consegnate nel rapporto preliminare della Commissione di pianificazione ospedaliera, che riproduciamo integralmente:

> « La Commissione si permette infine di insistere sulla necessità di emanare delle precise disposizioni per la nomina dei primari. A nostro giudizio la nomina di un primario deve avvenire per pubblico concorso, aperto dall'Autorità di nomina. Le generalità dei candidati, i titoli di studi conseguiti e i certificati di pratica e di specializzazione, eventuali pubblicazioni scientifiche saranno sottoposti ad una Commissione peritale a cui verrà dato l'incarico di stendere una perizia qualificante i singoli candidati. La scelta dei membri della Commissione peritale — che dovrà comprendere due o più medici svizzeri con incarico universitario — verrà fatta da una Commissione composta di un rappresentante dell'Autorità di nomina, un rappresentante del Dipartimento delle opere sociali e un rappresentante dell'Ordine dei medici del Canton Ticino.
>
> La Commissione peritale darà il proprio avviso all'Autorità di nomina sulle qualifiche dei candidati (con copia al Dipartimento delle opere sociali). Tale avviso dev'essere considerato vincolante per quanto concerne l'esclusione dalla nomina di quei candidati che i periti abbiano

giudicato non idonei ad assumere il determinato primariato. Un'eccezione al principio testè esposto dovrà essere formulata qualora saranno emanate le disposizioni concernenti la nomina dei primari. Tale eccezione concerne esclusivamente alcune specialità della medicina, nelle quali sarebbe difficile reperire candidati idonei. In tali casi dev'essere prevista la possibilità di una nomina per invito (Berufung), previo accordo con una Commissione di esperti. La stessa eccezione dev'essere prevista nei casi in cui il concorso debitamente aperto dall'Autorità di nomina, non dovesse suscitare nessuna candidatura o delle candidature evidentemente insufficienti, o anche nel caso in cui un candidato ticinese altamente qualificato e che gioverebbe guadagnare al nostro Cantone fosse disposto ad accettare un primariato solo per invito ».

Eventuali deroghe alla procedura di nomina dei primari potranno eventualmente essere previste, previa consultazione della Commissione di pianificazione ospedaliera, per gli ospedali periferici, che in genere rivestono minore attrattività per gli specialisti altamente qualificati.

Per quanto attiene al disciplinamento dell'organizzazione interna degli ospedali si intende garantire la presenza di un numero minimo di medici assistenti, di personale paramedico specializzato e di inservienti in rapporto al numero dei letti dell'ospedale e di ogni suo singolo reparto.

Si intende anche accertare se tutti gli ospedali regionali, come suggerisce nel suo rapporto la Commissione di pianificazione ospedaliera, sono dotati delle attrezzature diagnostiche e di cure indispensabili e se dispongono almeno dei servizi di radiologia, dei locali per la fisioterapia, di un laboratorio nonchè dei relativi reparti operativi organizzati secondo le tecniche e le esigenze moderne. Dovranno anche essere definiti con chiarezza i compiti e le funzioni della gerarchia medica ospedaliera : medico primario, consulente ospedaliero, specialista ospedaliero, ecc.

Infine dev'essere risolto il problema dei rapporti di lavoro tra primari e istituti ospedalieri. E' opportuno a questo proposito richiamare un accenno della Commissione di pianificazione ospedaliera contenuto nel rapporto preliminare del 29 luglio 1970 :

> « La Commissione sta esaminando la possibilità di prevedere per i primari degli ospedali più importanti del Canton Ticino l'occupazione a tempo pieno (full time) fermo restando la possibilità per il primario di poter prestare la propria attività in ospedale ad un certo numero di pazienti privati (10 %). Questa esigenza è già largamente attuata in molti ospedali della Svizzera interna ed è da reputarsi indispensabile per il buon funzionamento di un ospedale regionale con più di 200 posti letto. La Commissione si permetterà di sottoporle proposte concrete in merito nonchè proposte concernenti il problema molto importante dell'istituzionalizzazione del capo clinica (per i reparti ospedalieri) e della garanzia della presenza di un sostituto idoneo del primario (che potrà essere il capo-clinica) in caso di assenza del primario ».

Malgrado la mancanza di un avviso definitivo della Commissione di pianificazione ospedaliera, si dovrà procedere ad una modificazione dell'attuale sistema di retribuzione dei primari occupati a tempo pieno. E' chiaro che in tal caso sarà necessario prevedere una norma transitoria per dar modo ai primari attualmente in carica, di ossequiare eventuali impegni contrattuali precedentemente assunti con gli istituti ospedalieri.

V. PROPOSTE RELATIVE A MOZIONI E INIZIATIVE PARLAMENTARI

Il progetto di revisione della legge cantonale che vi sottoponiamo, ci dà la possibilità di prendere posizione sulla mozione presentata il 22 giugno 1964 dall'on. Induni e confirmatari e sulla iniziativa parlamentare 22 giugno 1970 degli on.li Monetti e Cavagna.

La mozione presentata dall'on. Induni e confirmatari mira a modificare l'articolo 3 lett. a) della legge cantonale che prevede l'erogazione di un sussidio compreso tra il 20 % e il 40 % delle spese di preventivo per la costruzione o la ricostruzione di ospedali d'interesse pubblico, il loro ampliamento o ammodernamento. Secondo i mozionanti il sussidio dovrebbe essere erogato sulla spesa consuntiva qualora la spesa preventiva avesse a subire mutamenti per fattori di forza maggiore riconosciuti dal Consiglio di Stato.

Occorre osservare in primo luogo che il principio dell'erogazione del sussidio sulla base del preventivo informa praticamente tutte le azioni di sussidiamento promosse dal Cantone. Gli enti pubblici devono infatti avere la facoltà di accertare preventivamente l'impegno finanziario che assumono attraverso una determinata azione di sussidiamento.

Non va dimenticato inoltre che la modificazione proposta, se accolta, dovrebbe, *per ragioni di coerenza e di equità, essere estesa alle altre leggi cantonali di* sussidiamento.

Il riconoscimento del principio dell'erogazione del sussidio in base al consuntivo, anche se limitato al riconoscimento dell'aumento del costo dei materiali e della mano d'opera, esporrebbe conseguentemente l'ente pubblico alla variazione del rincaro che potrebbe, in periodi di accentuata inflazione, anche compromettere lo stato della finanza pubblica.

L'accoglimento della tesi postulata dai mozionanti attuerebbe inoltre una manifesta disparità di trattamento tra gli ospedali che già hanno beneficiato di sussidi sulla base del preventivo e gli ospedali che avessero a beneficiare del sussidio sulla base del consuntivo.

Per queste ragioni si propone di respingere la mozione in oggetto.

L'iniziativa parlamentare degli on.li Monetti e Cavagna propone la modificazione dell'art. 19, cpv. 1 della legge sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa contro le malattie del 7 novembre 1962 nel senso di aumentare il contributo giornaliero di ospedalizzazione da Fr. 6,— a Fr. 10,— il giorno.

Le finalità perseguite dai proponenti, vengono, a nostro avviso, accolte in base alle argomentazioni formulate nel terzo capitolo di questo messaggio, attraverso la modificazione dell'art. 3, lett. d) della legge cantonale ospedaliera che prevede l'aumento del sussidio ricorrente agli ospedali.

La proposta di aumento del contributo giornaliero di ospedalizzazione presentato dai firmatari dell'iniziativa, diventa priva di oggetto.

Si propone pertanto di dichiararla evasa.

VI. CONCLUSIONI

Il Governo presentò il 1. febbraio 1966 un disegno legislativo che postulava l'inserimento nella legge cantonale di alcune norme volte ad istituire i consorzi intercomunali obbligatori al fine di facilitare la cura ospedaliera in una determinata regione o di potenziare un ospedale regionale già esistente.

La maggioranza della Commissione della Legislazione, con rapporto del 17 gennaio 1969, raccomanda al Gran Consiglio la non entrata in materia; la minoranza della Commissione della Legislazione, con rapporto del 24 gennaio 1969, aderisce invece alle proposte governative. Il disegno di legge figura tuttora agli atti legislativi pendenti in quanto non è stato ancora deciso dal Gran Consiglio.

Le norme di cui si propone l'adozione con questo disegno legislativo, che non hanno alcuna attinenza con quelle concernenti l'itituzione dei consorzi obbligatori, permetteranno agli ospedali da un lato di acquistare le attrezzature diagnostiche e di cura necessarie e dall'altro di attenuare il disavanzo di esercizio in modo da praticare rette costanti almeno per i prossimi anni.

L'entrata in vigore di queste disposizioni riveste indubbio carattere di urgenza perchè alcuni degli ospedali in fase di costruzione o di ammodernamento, le cui istanze di sussidiamento sono state accolte nel mese di ottobre dal Gran Consiglio,

devono sopportare in questi anni gli oneri del capitale investito senza poter contare sull'aumento degli introiti conseguente al maggior numero di posti letto di cui disporranno a costruzione ultimata.

Ancor più precaria è la situazione degli istituti ospedalieri che, pur realizzando opere di ammodernamento importanti ed indispensabili dei servizi generali o delle strutture logistiche, non prevedono, per ragioni di coordinamento e in base ai criteri della pianificazione ospedaliera, un aumento dei posti letto. In tal caso i conti di esercizio di questi ospedali saranno gravati periodicamente degli oneri del capitale investito senza la contropartita di un aumento delle entrate.

In considerazione dei motivi indicati sopra, il Consiglio di Stato propone pertanto che le proposte di revisione della legge cantonale consegnate nell'allegato disegno di legge, vengano esaminate indipendentemente dalle proposte di modificazione della legge cantonale presentate il 1. febbraio 1966.

Si vuole tuttavia ribadire in questa sede che l'istituzione dei consorzi obbligatori investe primaria importanza per la soluzione organizzativa e finanziaria dei complessi ospedalieri. Gli ospedali, come è stato ampiamente documentato nel messaggio che accompagna il decreto legislativo di sussidiamento dell'Ospedale Civico di Lugano e come risulta dal rapporto della Commissione di pianificazione ospedaliera del 29 luglio 1970, assumono oggi uno specifico carattere regionale che trascende i limiti territoriali del Comune sede. I problemi si pongono pertanto a livello regionale e a questo livello devono essere risolti. E' chiaro che il consorzio dei Comuni appartenenti alla zona d'influenza di un determinato istituto ospedaliero è l'ente che meglio di ogni altro può garantire una gestione che risponda compiutamente alle esigenze della popolazione.

Bisogna infine osservare che gli ospedali dipendenti da un ente pubblico, quindi da un singolo Comune o da un consorzio di Comuni, così come quelli dipendenti da un'azienda pubblica, possono beneficiare del sussidio suppletorio per l'ammodernamento e per l'acquisto di attrezzature diagnostiche e di cure normali, ciò che invece non è possibile per gli ospedali dipendenti da fondazioni, ancorchè poste sotto il patronato dei Comuni o di associazioni di Comuni. In effetti l'art. 4 della legge cantonale recita a questo proposito:

> « Quando un 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 %; quelli di cui all'art. 3, lett. b), del 5 % ».

Il criterio legale di dipendenza dell'ente sussidiato da un ente pubblico ha già trovato precisa specificazione nella legislazione cantonale di sussidiamento, nel senso che il criterio di differenziazione è da ravvisarsi nell'appartenenza economica e di gestione dell'ente sussidiato all'ente pubblico.

Troviamo confermato questo principio in modo inequivocabile dall'art. 4 del decreto legislativo concernente la concessione di sussidi per la costruzione di case di riposo per persone anziane, emanato il 10 luglio 1963, che recita:

Sussidi

a) **a istituti consorziali o comunali**

[1] Il sussidio cantonale per gli istituti consorziali, comunali o patriziali, è fissato in base alla potenzialità economica degli enti pubblici interessati. Esso va dal 20 % al 50 % delle spese sussidiabili.

b) **a istituti di proprietà di fondazioni o corporazioni**

[2] Il sussidio cantonale per gli istituti di proprietà privata, è fissato in base alle condizioni finanziarie ed all'interesse pubblico che essi rappresentano. Il sussidio va dal 20 % al 40 % delle spese sussidiabili.

Questa interpretazione dell'art. 4 della legge cantonale non ha sino ad oggi incontrato opposizione in Gran Consiglio. Infatti, ad eccezione dell'istanza di sussidiamento per la costruzione dell'Ospedale Civico di Lugano, che appartiene al Comune, tutte le altre istanze (15) non hanno beneficiato del sussidio suppletorio. Occorre ancora rilevare a questo proposito che dai verbali della Commissione

speciale del Gran Consiglio, istituita per l'esame dell'iniziativa e del controprogetto concernente il coordinamento ed il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico, risulta chiaramente che il sussidio suppletorio non può essere erogato ad istituti ospedalieri retti da enti di diritto privato, fondazioni o associazioni (verbale 6/7 novembre 1963, pag. 15).

Questo messaggio e il relativo decreto legislativo hanno ottenuto l'approvazione della Commissione per gli ospedali il 10 novembre 1970 e il 10 dicembre 1970 e della Commissione di pianificazione ospedaliera il 15 novembre 1970 e il 25 novembre 1970.

Proponiamo in conclusione l'accoglimento delle norme consegnate nell'allegato disegno di legge, certi che le stesse contribuiranno in modo preminente al miglioramento delle cure ospedaliere nel nostro paese.

Vogliate gradire, onorevoli signori Presidente e Consiglieri, l'espressione del nostro migliore ossequio.

Per il Consiglio di Stato,

Il Presidente : *F. Ghisletta*

p. o. Il Cancelliere : *A. Crivelli*

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,

decreta:

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 40 % 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. 6,— al giorno per ogni letto delle camere comuni e di seconda classe.

Art. 2

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 :

Altre competenze
a) in generale

Art. 12. — (testo dell'articolo invariato).

Art. 3

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. 4

Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi. Il Consiglio di Stato fissa la data dell'entrata in vigore.
