

**Revisione parziale della
legge sulla promozione della cura degli ammalati e
dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure;
legge sulla cura degli ammalati**

(legge sulla cura degli ammalati, LCA; CSC 506.000)

Rapporto esplicativo

Coira, novembre 2024

Indice

I.	L'essenziale in breve	3
II.	Situazione di partenza	3
1.	Assistenza sanitaria nel Cantone dei Grigioni.....	3
2.	Evoluzione finanziaria.....	4
3.	Misure già adottate dal Cantone	5
4.	Mancanza di basi giuridiche per garantire la liquidità in periodi di emergenza	6
III.	Tratti fondamentali del progetto	6
1.	Concessione di mutui transitori.....	6
2.	Forma dei mutui	7
3.	Organizzazione delle regioni di assistenza sanitaria.....	8
IV.	Spiegazioni relative alle singole disposizioni	8
V.	Modifiche di altri atti normativi	13
VI.	Conseguenze in termini di personale e finanziarie	13
1.	Per il Cantone.....	13
2.	Per le dodici regioni di assistenza sanitaria/per i comuni	13
VII.	Buona legislazione	14

I. **L'essenziale in breve**

A seguito del costante peggioramento della situazione finanziaria degli ospedali pubblici grigionesi, il Governo ritiene necessario adottare misure per evitare la situazione di insolvenza che incombe a breve o medio termine sugli ospedali interessati. Infatti l'assistenza sanitaria decentralizzata alla popolazione, al pari dell'assistenza centralizzata, è minacciata dalla situazione finanziaria degli ospedali pubblici grigionesi. Con il previsto adeguamento della legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (legge sulla cura degli ammalati, LCA; CSC 506.000) si intende creare una base legale che permetta al Governo di concedere mutui transitori agli ospedali pubblici affinché possano disporre nuovamente di liquidità sufficiente.

Poiché per la maggior parte degli ospedali pubblici grigionesi l'assunzione di mutui per garantire la liquidità sul mercato dei capitali è praticamente esclusa a seguito della mancanza di solvibilità o è associata a interessi molto elevati (supplemento di rischio), il Cantone e i comuni devono avere la possibilità di concedere mutui transitori agli ospedali pubblici grigionesi in caso di emergenza finanziaria. A questo scopo il Governo intende creare un credito d'impegno quadro pari a 100 milioni di franchi. I possibili mutui sono intesi ad aiutare gli ospedali interessati a superare periodi di emergenza finanziaria. Grazie a misure di risanamento gli ospedali devono poter nuovamente raggiungere la necessaria redditività e la quota di autofinanziamento. Tramite la possibilità di concedere mutui si intende al contempo rafforzare le aspettative del mercato dei capitali ed evitare una possibile perdita di fiducia con conseguenti ripercussioni negative sull'assunzione di capitale di terzi.

La concessione di mutui va in primo luogo a beneficio dei comuni responsabili degli ospedali interessati. Senza mutui, in qualità di responsabili dell'assistenza sanitaria pubblica i comuni dovrebbero farsi pienamente garanti per i propri ospedali in situazioni di crisi. È perciò previsto che i comuni partecipino in misura del 50 per cento alle eventuali perdite risultanti dalla concessione di un mutuo. Di conseguenza i mutui dovranno essere concessi solo con il consenso della maggioranza dei comuni della rispettiva regione di assistenza sanitaria.

I mutuatari devono inoltre presentare al Governo un piano di misure che garantisca di nuovo il raggiungimento di un risultato d'esercizio positivo a breve o medio termine.

A seguito delle condizioni finanziarie difficili, le regioni di assistenza sanitaria dovranno inoltre avere la possibilità di trasformare al bisogno i propri ospedali in centri sanitari ambulatoriali. A questo proposito sarà introdotta una regolamentazione che intende semplificare le decisioni delle regioni di assistenza sanitaria concernenti la loro organizzazione. È previsto che sia sempre determinante una decisione a maggioranza degli aventi diritto di voto dei corrispondenti comuni.

L'entrata in vigore della revisione parziale dell'ordinanza è prevista per il 1° gennaio 2026.

II. **Situazione di partenza**

1. **Assistenza sanitaria nel Cantone dei Grigioni**

Il panorama ospedaliero grigionese è suddiviso in dodici regioni di assistenza sanitaria. Fatta eccezione per la regione Mesolcina-Calanca, ogni regione dispone di un ospedale pubblico per la cura di malattie acute. A St. Moritz e Fläsch è inoltre presente la clinica privata Gut.

L'Ospedale cantonale di Coira è l'ospedale centrale. I diversi ospedali grigionesi cooperano nell'ambito di numerose collaborazioni.

Nel Cantone dei Grigioni l'assistenza di medicina somatica acuta viene dunque garantita in prevalenza dagli undici ospedali per la cura di malattie acute sovvenzionati dall'ente pubblico. Si tratta dei seguenti ospedali: l'Ospedale cantonale dei Grigioni a Coira, l'ospedale Oberengadin a Samedan, l'ospedale di Davos a Davos, l'ospedale regionale della Surselva a Ilanz, l'ospedale di Thusis a Thusis, il Center da sandà Engiadina Bassa a Scuol, l'ospedale di Schiers della Flury-Stiftung a Schiers, il Center da Sanadad Savognin a Savognin, l'ospedale San Sisto del Centro Sanitario Valposchiavo a Poschiavo, il Centro Sanitario Bregaglia a Promontogno, il Center da sandà Val Müstair a Sta. Maria (cfr. art. 6 cpv. 1 LCA).

2. Evoluzione finanziaria

La legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (legge sulla cura degli ammalati, LCA; CSC 506.000) offre al Cantone diversi strumenti di gestione, come ad esempio la pianificazione ospedaliera e il corrispondente elenco degli ospedali (cfr. art. 10 segg. LCA). I fornitori di prestazioni figuranti nell'elenco degli ospedali ricevono mandati di prestazioni per fornire le prestazioni stazionarie necessarie. Conformemente alla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), queste prestazioni vengono finanziate tramite un sistema di finanziamento duale. Da un lato l'assicurazione malattie obbligatoria assume una parte dei costi delle cure stazionarie negli ospedali. L'ammontare dei costi coperti dall'assicurazione malattie è standardizzato e si basa sul sistema SwissDRG (Diagnosis Related Groups). D'altro lato i Cantoni e i comuni responsabili si assumono una parte considerevole dei costi degli ospedali. Ciò comprende sia i costi d'investimento (ad es. costruzione e manutenzione degli edifici), sia una parte dei costi d'esercizio. Tuttavia questo sistema di finanziamento non garantisce né una fornitura di prestazioni a copertura dei costi, né il mantenimento dell'infrastruttura.

Negli ultimi anni la situazione finanziaria degli ospedali pubblici grigionesi è nettamente peggiorata. La maggior parte degli ospedali pubblici grigionesi fa registrare in misura crescente perdite nel conto d'esercizio (cashflow negativo) e di conseguenza non è più in grado di finanziare gli investimenti necessari per il mantenimento e il rinnovo degli immobili, della tecnologia medica nonché dei dispositivi e degli strumenti diagnostici. Oltre a possibili decisioni strategiche sbagliate nonché a lacune nella gestione operativa e del personale, il motivo va ricercato in particolare nel fatto che sia le tariffe per le cure stazionarie (SwissDRG) sia la struttura tariffale per le prestazioni ambulatoriali (Tarmed) da tempo non coprono più i costi. Gli ospedali pubblici grigionesi non sono riusciti a raggiungere tariffe che coprano i costi né tramite trattative tariffarie né tramite procedure di determinazione delle tariffe. Al contrario: a causa dell'aumento dei costi per il personale, a parità di tariffe la copertura insufficiente tende ad aumentare.

Per l'indennizzo delle cure stazionarie gli ospedali pubblici grigionesi, fatta eccezione per

l'Ospedale cantonale dei Grigioni, si sono accordati su baserate pari a 9900 franchi (CSS Assicurazione malattie SA) rispettivamente a 9890 franchi (Cooperativa di acquisti HSK SA) per il 2024. La misura in cui queste baserate saranno sufficienti a coprire le spese dipende non da ultimo dal raggiungimento di un numero sufficiente di casi, cosa che negli ospedali regionali del Cantone rappresenta un'impresa difficile, in considerazione del numero di abitanti piuttosto basso. Sul fronte delle entrate degli ospedali grigionesi il problema consiste inoltre nell'ammontare dell'indennizzo dei costi delle prestazioni economicamente di interesse generale e nell'ammontare del valore del punto tariffario Tarmed. Gli assicuratori malattia hanno presentato ricorso al Tribunale amministrativo federale contro la decisione del Governo di aumentare a 0.90 franchi del valore del punto tariffario Tarmed a partire dal 1° gennaio 2019.

Il capitale proprio della maggior parte degli ospedali pubblici grigionesi è in larga misura esaurito a seguito del suo utilizzo per coprire le perdite delle aziende ospedaliere. La situazione finanziaria attuale e le prospettive finanziarie rimangono cattive. Per la maggior parte degli ospedali pubblici grigionesi l'assunzione di capitale di terzi sul mercato dei capitali al fine di garantire la liquidità è praticamente esclusa a seguito della mancanza di solvibilità o è associata a interessi molto elevati (supplemento di rischio).

In considerazione di questo sviluppo, almeno una parte considerevole degli ospedali pubblici grigionesi rischia l'insolvenza a breve o medio termine. L'assistenza sanitaria decentralizzata alla popolazione, al pari dell'assistenza centralizzata, è minacciata da questo sviluppo finanziario degli ospedali pubblici grigionesi, fatto che in caso di evento si ripercuoterebbe negativamente sull'attrattiva dell'insediamento decentralizzato e dell'offerta turistica. La necessità di agire dell'ente pubblico è quindi senza dubbio data. A tale proposito occorre osservare che, oltre al Cantone, sono in particolare le regioni di assistenza sanitaria a poter influire sulla situazione finanziaria dell'ospedale in questione attraverso il diritto di pronunciarsi spettante loro.

Quali enti responsabili degli ospedali, i comuni sono responsabili per garantire l'assistenza di base e quindi l'esercizio degli ospedali. In questo modo i comuni devono assumersi anche il rischio imprenditoriale per le prestazioni supplementari offerte dagli ospedali e per il disavanzo risultante dall'intero esercizio. Infine occorre richiamare l'attenzione sul fatto che i comuni contribuiscono ai sussidi versati agli ospedali per le degenze soltanto in misura del 10 per cento di quel 55 per cento dei costi complessivi non coperti dalle casse malati. Il 90 per cento di questi costi è a carico del Cantone.

3. Misure già adottate dal Cantone

Per garantire sostegno agli ospedali grigionesi in tempi possibilmente rapidi, il Governo ha già avviato delle misure. Con il preventivo 2025 esso chiederà ad esempio al Gran Consiglio un aumento di 5,5 milioni di franchi complessivi (da 25,5 milioni a 31,0 milioni) del sussidio per prestazioni economicamente di interesse generale (PEG) e un aumento di 3,6 milioni di franchi (da 7,2 milioni a 10,8 milioni) del sussidio per la formazione e la ricerca. In tal modo tiene conto

anche dell'incarico della Commissione per la sanità e la politica sociale (CSPS) concernente la verifica dei sussidi del Cantone e dei comuni a favore degli ospedali pubblici per prestazioni economicamente di interesse generale, accolto dal Gran Consiglio, e del risultato del rapporto esterno successivamente allestito. A questo proposito occorre osservare che il Cantone finanzia il 90 per cento delle PEG e i comuni soltanto il rimanente 10 per cento. Il Cantone si fa addirittura carico da solo dei sussidi per la formazione e la ricerca, così come si farà carico da solo ad esempio dei costi supplementari per l'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche (parte 1, offensiva di formazione).

Ulteriori misure necessitano di un adeguamento della legge sulla cura degli ammalati.

4. Mancanza di basi giuridiche per garantire la liquidità in periodi di emergenza

Nell'art. 87 cpv. 2 della Costituzione del Cantone dei Grigioni (CSC 110.100; Cost. cant.), il Cantone e i comuni vengono obbligati a provvedere ad assistenza e cure mediche adeguate, economiche e sufficienti.

Il Cantone ha sì a disposizione diversi strumenti per adempiere al mandato che gli spetta conformemente all'art. 87 cpv. 2 Cost. cant. Ad esempio l'art. 9a LCA offre al Cantone la possibilità di erogare sussidi ai fornitori di prestazioni se questi affidano la direzione strategica e operativa a un'organizzazione designata a tale scopo e la sviluppano ulteriormente. Inoltre, in virtù dell'art. 16 LCA, il Cantone può concedere a singoli ospedali sussidi agli investimenti supplementari, se questi effettuano investimenti di interesse sovraregionale. I problemi di liquidità esistenti non rientrano tuttavia tra le fattispecie summenzionate e di conseguenza il Cantone non può versare corrispondenti sussidi o addirittura mutui in virtù delle disposizioni di legge attuali. Nemmeno l'aumento dei sussidi a prestazioni economicamente di interesse generale conformemente all'art. 17 cpv. 1 lett. c) LCA è in grado di coprire in modo duraturo i disavanzi esistenti.

Non esiste tuttavia una base legale per mettere liquidità a disposizione degli ospedali pubblici che si trovano in situazioni di emergenza finanziaria.

III. Tratti fondamentali del progetto

1. Concessione di mutui transitori

Per garantire l'assistenza sanitaria decentralizzata e l'assistenza centralizzata, in caso di mancanza di solvibilità agli ospedali pubblici grigionesi devono poter essere concessi mutui transitori fino a un importo massimo complessivo di 100 milioni di franchi.

I mutui hanno in primo luogo lo scopo di permettere agli ospedali pubblici grigionesi di superare situazioni di emergenza finanziaria al fine di raggiungere nuovamente la necessaria redditività e la quota di autofinanziamento tramite misure di risanamento. A titolo integrativo si

intende porre indirettamente gli ospedali in grado di assumere mutui o prestiti sul mercato dei capitali a condizioni ragionevoli. In questo contesto va osservato che, almeno per gli ospedali pubblici grigionesi più grandi, una determinata capacità di rispondere alle esigenze del mercato dei capitali risulta dal fatto che le agenzie di rating e gli operatori presenti sul mercato presuppongono un sostegno finanziario da parte del Cantone dei Grigioni e dei comuni responsabili in uno scenario di stress. Per l'Ospedale cantonale dei Grigioni si parte addirittura dal presupposto di una garanzia implicita da parte del Cantone dei Grigioni con una «probabilità di sostegno estremamente elevata». La possibilità giuridica di concedere mutui in caso di emergenza finanziaria è intesa a rafforzare le aspettative del mercato dei capitali e a evitare un'eventuale perdita di fiducia con conseguenti ripercussioni negative sull'assunzione di capitale di terzi. Questo passo tiene conto in modo particolare del contesto attuale. Il mercato dei capitali reagisce in modo sensibile alle strutture sanitarie che beneficiano di una garanzia statale soltanto implicita. La decisione negativa presa ad aprile di quest'anno dal Governo del Cantone di Zurigo in relazione a un sostegno finanziario a favore dell'ospedale di Wetzikon da parte del Cantone ha aumentato sensibilmente i sovrapprezzi sugli interessi per ospedali senza garanzia legale o diretta dello Stato.

La concessione di mutui è vincolata al presupposto che gli ospedali pubblici grigionesi in questione elaborino un piano di misure il quale deve garantire che a breve-medio termine si instauri un risultato d'esercizio positivo con margini EBTDA ed EBIT sufficienti.

La cerchia degli ospedali pubblici grigionesi di medicina somatica acuta sovvenzionati da Cantone e comuni è attualmente definita nell'art. 6 cpv. 1 LCA. Oltre all'Ospedale cantonale dei Grigioni a Coira, ne fanno parte i dieci ospedali regionali. La possibilità di concedere mutui è limitata a questi ospedali pubblici grigionesi. I Servizi psichiatrici dei Grigioni (SPGR), nonché le case per anziani e di cura e i servizi di cura e assistenza a domicilio (Spitex) non beneficiano di questa possibilità di mutuo.

La concessione del mutuo serve in prevalenza all'assistenza sanitaria nelle dodici regioni conformemente all'art. 7 LCA. Di conseguenza va in primo luogo a beneficio dei comuni responsabili. Senza il previsto sostegno finanziario, in qualità di responsabili dell'assistenza sanitaria pubblica i comuni dovrebbero farsi pienamente garanti per i propri ospedali in situazioni di crisi.

2. Forma dei mutui

L'entità massima del mutuo e i requisiti essenziali per la concessione del mutuo sono stabiliti nella legge in modo tale che si tratti di uscite vincolate dal diritto finanziario. In questo caso, per la revisione legislativa e per l'attuazione si applica esclusivamente il referendum legislativo facoltativo.

Dopo aver sentito i comuni interessati, il Governo dovrà poter decidere in merito alla concessione del mutuo in via definitiva, senza impugnabilità in sede giudiziaria. La corrispondente

determinazione esaustiva delle competenze è prevista nella revisione.

La concessione del mutuo avviene tramite il conto degli investimenti. Si tratta di investimenti in relazione ai quali sono attesi benefici futuri. I mutui in essere vengono registrati tra gli attivi di bilancio nei beni amministrativi. Il conto economico viene gravato nei limiti di eventuali ammortamenti necessari. Se i mutui vengono concessi senza interessi, i mancati ricavi a titolo di interesse andranno a carico del bilancio cantonale.

3. Organizzazione delle regioni di assistenza sanitaria

Al fine di aumentare ulteriormente la flessibilità delle regioni di assistenza sanitaria in relazione alla loro organizzazione, in futuro si intende permettere loro di ridimensionare all'occorrenza i propri ospedali e di trasformarli in centri sanitari ambulatoriali.

Nella LCA viene inoltre introdotta una precisazione in relazione alla responsabilità dei comuni responsabili. Conformemente all'art. 9 cpv. 1 LCA, i comuni di una regione di assistenza sanitaria devono organizzarsi in modo opportuno. A seguito del fatto che in singole regioni di assistenza sanitaria è attualmente difficile o addirittura impossibile istituire un'organizzazione comune, quale novità viene stabilito nella legge che l'organizzazione può essere definita in modo vincolante dalla maggioranza dei votanti dei corrispondenti comuni.

IV. Spiegazioni relative alle singole disposizioni

Art. 6 Ospedali pubblici e centri sanitari ambulatoriali

Nel capoverso 1 di questo articolo, in futuro si dovrà rinunciare a un elenco dei singoli ospedali. Questo per evitare che in caso di eventuale trasformazione di un ospedale in un centro sanitario ambulatoriale occorra adeguare la legge. In futuro, per essere più flessibili a questo riguardo, i nomi degli ospedali saranno ancorati nell'ordinanza.

Nel nuovo capoverso 3 viene poi esplicitamente stabilito che gli ospedali di medicina somatica acuta possono, se desiderato, essere trasformati in centri sanitari ambulatoriali. Ciò permette da un lato di ridurre i costi d'esercizio e dall'altro di aumentare l'efficienza. Una simile ristrutturazione con orari di apertura più flessibili e prolungati potrebbe eventualmente addirittura migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e ridurre i tempi di attesa.

La trasformazione di un ospedale di medicina somatica acuta in un ambulatorio deve tuttavia essere pianificata e attuata accuratamente per evitare che l'assistenza sanitaria regionale ne risenta. In particolare deve rimanere garantita l'assistenza stazionaria per casi complessi ed emergenze. Tale obiettivo deve essere raggiunto tramite accordi di cooperazione con ospedali vicini. Questo è l'unico modo per sfruttare i vantaggi senza compromettere l'assistenza ai pazienti.

La trasformazione di un ospedale in un centro sanitario ambulatoriale fa sì che, dopo la trasformazione, alla corrispondente struttura non possono più essere versati sussidi per prestazioni economicamente di interesse generale (cfr. art. 24 LCA). Questi fondi sono destinati esclusivamente agli ospedali che figurano sull'elenco degli ospedali (cfr. art. 17 cpv. 1 lett. c) LCA). Se i centri sanitari ambulatoriali gestiscono un servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario, hanno diritto a sussidi per questa prestazione (cfr. nuovo art. 21 cpv. 1 lett. a), nuovo art. 22 cpv. 1 e art. 57 LCA).

A seguito del fatto che i comuni quali enti responsabili degli ospedali sono responsabili per la garanzia dell'assistenza di base e quindi per l'esercizio degli ospedali, una trasformazione rientra nel potere discrezionale della corrispondente regione di assistenza sanitaria e deve poter essere disposta in accordo con la popolazione interessata. Il consenso della popolazione può essere determinato solo con una votazione ed è dato se la maggioranza dei votanti dei comuni della regione di assistenza sanitaria è favorevole a una trasformazione.

È compito della regione di assistenza sanitaria dimostrare l'esistenza del consenso della popolazione. Poiché le regioni di assistenza sanitaria non dispongono di una struttura corporativa autonoma, deve essere svolta una votazione in ciascun comune che ne fa parte; può quindi accadere che trovi applicazione un diritto differente (con riguardo alla competenza, al diritto di voto, ecc.). Inoltre, a seconda della competenza comunale (votazione alle urne o assemblea comunale, quest'ultima eventualmente con possibilità di referendum), le votazioni non si tengono nello stesso momento né nello stesso giorno. Rientra nell'interesse della regione di assistenza sanitaria disciplinare tempestivamente le modalità di voto. La legge prevede che il comune con il maggior numero di abitanti rilevi i risultati delle votazioni comunali e determini il risultato complessivo.

Qualora i comuni della regione di assistenza sanitaria dovessero rifiutarsi di svolgere una votazione, potrebbero essere obbligati a svolgerla su richiesta della direzione organizzativa della regione di assistenza sanitaria.

Art. 9 Organizzazione delle regioni di assistenza sanitaria

È importante che i comuni soddisfino il loro compito sociale di finanziare la regione di assistenza sanitaria e che non si sottraggano alle loro responsabilità. Conformemente all'art. 9 cpv. 1 LCA i comuni di una regione di assistenza sanitaria devono organizzarsi in modo opportuno. Poiché in singole regioni di assistenza sanitaria è attualmente difficile o impossibile istituire un'organizzazione comune, occorre ora stabilire per legge che questa organizzazione può essere designata in modo vincolante dalla maggioranza dei votanti dei comuni interessati. In questo modo si garantisce che nonostante i cambiamenti strutturali tutti i comuni forniscano il proprio contributo finanziario e che la qualità dell'assistenza sanitaria nella regione rimanga conservata.

Anche in questo caso spetta alle regioni di assistenza sanitaria organizzare le votazioni

necessarie nei comuni. Qualora i comuni della regione di assistenza sanitaria dovessero rifiutarsi di svolgere una votazione, potrebbero essere obbligati a svolgerla su richiesta della direzione organizzativa della regione di assistenza sanitaria.

Inoltre il capoverso 2 specifica, quale novità, che l'ente responsabile dei fornitori di prestazioni deve concedere ai comuni della regione di assistenza sanitaria un adeguato diritto di pronunciarsi in relazione a decisioni strategiche dei fornitori di prestazioni, attraverso la stipula di un corrispondente accordo con gli enti responsabili.

Art. 14 Disdetta del mandato di prestazioni

Il diritto vigente deve essere adeguato alla nuova regolamentazione anche per quanto riguarda una modifica di un mandato di prestazioni. Ad esempio, per una disdetta del mandato di prestazioni da parte degli ospedali è previsto che quale novità sia necessario il consenso della regione di assistenza sanitaria. Per non ostacolare con termini vincolanti una ristrutturazione, con il capoverso 2 si intende creare la possibilità di concordare di comune accordo una deroga al termine di preavviso e alla scadenza finora prescritti dalla legge.

Art. 21 Gran Consiglio

Il Gran Consiglio fissa nel preventivo anche il credito globale per la quota del Cantone e dei comuni per il servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario. A seguito della nuova possibilità di trasformare ospedali in centri sanitari ambulatoriali, nell'art. 21 cpv. 1 lett. a) LCA si deve procedere a una corrispondente modifica. I nuovi centri sanitari ambulatoriali rimarrebbero infatti fornitori irrinunciabili di servizi pre-ospedalieri di soccorso e trasporto sanitario e devono perciò a loro volta essere indicati in questa sede.

Art. 22 Servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario

I sussidi dal credito globale stabilito dal Gran Consiglio per la quota del Cantone e dei comuni per il servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario devono confluire anche ai nuovi centri sanitari ambulatoriali, ragione per cui l'art. 22 LCA deve essere integrato di conseguenza.

Art. 27a Mutui a ospedali pubblici

Al fine di garantire la liquidità dei fornitori di prestazioni il Cantone mette a disposizione un credito d'impegno quadro pari a 100 milioni di franchi. Per garantire l'assistenza sanitaria e superare situazioni di emergenza finanziaria, ai fornitori di prestazioni possono essere concessi mutui fino a un totale complessivo pari a questo importo.

I mutui hanno da un lato lo scopo di permettere agli ospedali pubblici grigionesi di superare situazioni di emergenza finanziaria al fine di raggiungere nuovamente la necessaria redditività e la quota di autofinanziamento tramite misure di risanamento. Per quanto necessario, queste

misure di risanamento devono essere radicali. Al contempo in tal modo si intende porre indirettamente gli ospedali in grado di assumere mutui o prestiti sul mercato dei capitali a condizioni ragionevoli.

Il Governo decide in via definitiva in merito alla concessione dei mutui ma prima di decidere deve sentire i comuni delle regioni di assistenza sanitaria interessate. Siccome il Governo decide in merito alla concessione dei mutui, gli spetta anche l'approvazione dei corrispondenti contratti prima della loro stipula.

Art. 27b Presupposti per la concessione del mutuo

Un ospedale deve ricevere un mutuo solo se l'assistenza sanitaria è direttamente minacciata. Per via di questo requisito relativo alla cattiva situazione dell'ospedale, per poter beneficiare del mutuo l'ospedale deve aver proceduto a un'analisi completa delle cause della situazione di emergenza finanziaria e presentare al Governo un relativo piano di misure che dovranno garantire un risultato d'esercizio di nuovo positivo a breve o medio termine. Occorre evitare con tutti i mezzi che ulteriori fondi vengano messi inutilmente a disposizione di un ospedale in cattiva gestione.

A questo riguardo il Governo deve anche ricevere la competenza per definire i presupposti per la concessione del mutuo e il contenuto del piano di misure che l'ospedale deve inoltrare. L'Ufficio dell'igiene pubblica prende visione della documentazione necessaria e procede alla relativa verifica. In virtù dell'art. 4 cpv. 1 LCA, in qualità di autorità di vigilanza competente l'Ufficio dell'igiene pubblica dispone della corrispondente competenza. Inoltre l'attività svolta dall'ospedale negli ultimi cinque anni deve essere verificata da un organo indipendente. In questo modo si intende tra l'altro evitare che la collettività debba farsi carico di eventuali errori commessi in passato dal management dell'ospedale. Le disposizioni esecutive vengono disciplinate a livello di ordinanza.

In considerazione del fatto che i comuni responsabili della rispettiva regione di assistenza sanitaria devono sostenere la metà di una potenziale perdita in relazione alla concessione del mutuo, la maggioranza di questi comuni deve approvare la concessione del mutuo. La concessione di mutui non significa tuttavia in primo luogo un rischio per i comuni. Con la concessione del mutuo si intende piuttosto evitare che l'onere finanziario per i comuni diventi eccessivo. Senza questi mutui transitori, in qualità di responsabili dell'assistenza sanitaria pubblica i comuni dovrebbero farsi pienamente garanti per i propri ospedali con i propri mezzi in situazioni di crisi. Per questo motivo è anche giustificato che il consenso per i comuni possa essere fornito dai rispettivi municipi. In questo modo, la procedura per la concessione di prestiti urgentemente necessari può essere notevolmente abbreviata.

Art. 27c Forma del mutuo

Un mutuo transitorio può essere concesso solamente se viene utilizzato conformemente

allo scopo. In altre parole esso deve essere utilizzato esclusivamente per superare la situazione di emergenza finanziaria e per raggiungere nuovamente la necessaria redditività, ovvero la quota di autofinanziamento, tramite misure di risanamento.

Di regola un mutuo deve essere concesso senza interessi per non gravare ulteriormente gli ospedali che già si trovano in una situazione finanziaria difficile.

In considerazione della proporzionalità, il mutuo deve essere limitato all'ammontare e alla durata necessari per garantire la prosecuzione dell'attività dell'ospedale oppure per la trasformazione in un centro ambulatoriale in conformità al piano di misure.

All'Ufficio dell'igiene pubblica deve essere concessa in ogni momento la possibilità di prendere visione dello stato di attuazione del piano di misure su cui si fonda il mutuo. Solo in questo modo è possibile garantire che i fondi vengano impiegati in modo conforme allo scopo.

Art. 27d Rimborso del mutuo

Il mutuo è inteso a far fronte a una situazione di emergenza temporanea e deve quindi essere limitato a un massimo di dieci anni. Un mutuo che viene concesso con un termine più breve può essere prorogato una volta e al massimo fino a una durata complessiva di dieci anni.

Se si dovesse constatare che degli oneri non vengono rispettati, il Governo può chiedere in qualsiasi momento il rimborso integrale o parziale del mutuo.

Se risulta che non è possibile rimborsare un mutuo o parti dello stesso, i comuni delle regioni di assistenza sanitaria interessate devono partecipare proporzionalmente alla metà della perdita. Ciò risulta giustificato dal fatto che la concessione dei mutui va in primo luogo a beneficio dei comuni responsabili. Senza mutui, in qualità di responsabili dell'assistenza sanitaria pubblica i comuni dovrebbero farsi pienamente garanti per i propri ospedali in situazioni di crisi.

La somma di cui devono farsi carico i comuni deve essere ripartita tra questi ultimi secondo la propria chiave di ripartizione (statuto della regione di assistenza sanitaria). Nella maggior parte dei casi la ripartizione avverrà in modo analogo alla ripartizione delle quote comunali in relazione ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale.

Art. 55 Casi speciali

I centri sanitari ambulatoriali hanno la possibilità di fornire servizi pre-ospedalieri di soccorso e trasporto sanitario. Di conseguenza, quale novità vanno menzionati anch'essi in questo articolo.

V. Modifiche di altri atti normativi

Non si procede a modifiche di altri atti normativi.

VI. Conseguenze in termini di personale e finanziarie

1. Per il Cantone

L'esame e l'eventuale concessione di mutui transitori a favore di ospedali richiedenti comporteranno un onere amministrativo supplementare soprattutto per l'Ufficio dell'igiene pubblica. Non è possibile quantificare a priori l'onere supplementare per il personale. Si ritiene che la revisione della LCA richiesta possa essere attuata nel quadro dell'effettivo di posti di lavoro esistente.

È difficile stimare l'entità complessiva di mutui necessaria per raggiungere l'auspicata capacità di rispondere alle esigenze del mercato dei capitali da parte degli ospedali pubblici grigionesi. La possibilità prevista dalla legge di concedere mutui mira anche a rafforzare la garanzia dello Stato implicita ipotizzata dai possibili finanziatori. A tale scopo sono rilevanti soprattutto i mutui giuridicamente possibili ma non (ancora) concessi. Sulla base degli indicatori attuali, il volume previsto pari a 100 milioni di franchi dovrebbe presumibilmente essere sufficiente a fornire agli ospedali pubblici grigionesi una dotazione di capitale sufficiente per garantire la stabilità finanziaria necessaria a garantire a lungo termine la continuazione dell'attività attraverso l'attuazione sistematica del piano di misure. La concessione dei mutui provoca per il Cantone minori ricavi a titolo di interessi, se questi mutui vengono concessi senza interessi o a condizioni agevolate. Un aggravio diretto per il bilancio risulta in caso di eventuali perdite su mutui, alle quali il Cantone e i comuni devono partecipare in misura del 50 per cento ciascuno.

2. Per le dodici regioni di assistenza sanitaria/per i comuni

Per via del fatto che a titolo di novità l'organizzazione della regione di assistenza sanitaria potrà essere stabilita in modo vincolante dalla maggioranza dei votanti dei comuni interessati, per singoli comuni vi è da attendersi un onere amministrativo supplementare in relazione all'organizzazione delle votazioni.

La concessione del mutuo serve in prevalenza all'assistenza sanitaria nelle dodici regioni conformemente all'art. 7 LCA. Di conseguenza va in primo luogo a beneficio dei comuni responsabili. Senza mutui, in qualità di responsabili dell'assistenza sanitaria pubblica i comuni dovrebbero farsi pienamente garanti per i propri ospedali in situazioni di crisi. Una partecipazione adeguata dei comuni al rischio di perdite è importante anche in considerazione del principio di sussidiarietà. Una partecipazione di solo il dieci per cento, analogamente a quanto vale conformemente all'art. 20 cpv. 1 LCA non appare sufficiente. È previsto che i comuni partecipino in misura del 50 per cento alle perdite risultanti dalla concessione del mutuo. Non risulta per contro necessaria una partecipazione già in sede di concessione del mutuo. Ciò

sarebbe complicato e impegnativo dal punto di vista procedurale. Il Cantone dispone di sufficiente liquidità. Con la concessione del mutuo esso si fa carico in un certo senso di un prefinanziamento parziale al posto dei comuni. Una perdita di ricavi a titolo di interessi sarà interamente a carico del Cantone.

VII. Buona legislazione

Il progetto di revisione rispetta i principi della buona legislazione conformemente alle direttive del Governo (cfr. DG del 16.11.2010, prot. n. 1070/2010).