

ANNO 2008/2009

Seduta XXIX: lunedì 15 dicembre 2008 - serale

SOMMARIO

1. Presentazione di atti parlamentari [3163](#)
2. Modifica del decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 settembre 2007 (seguito)..... [3164](#)
 - [Messaggio del 4 novembre 2008 n. 6138](#)
 - [Rapporto del 2 dicembre 2008 n. 6138 R; relatore: Raoul Ghisletta](#)
3. Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata [3165](#)
 - [Messaggio del 9 luglio 2008 n. 6090](#)
 - [Rapporto dell'11 dicembre 2008 n. 6090 R; relatore: Roberto Malacrida](#)
4. Programma cantonale di vaccinazione contro l'infezione da papilloma virus umano (HPV) [3166](#)
 - [Messaggio del 2 settembre 2008 n. 6110](#)
 - [Rapporto dell'11 dicembre 2008 n. 6110 R; relatore: Giorgio Salvadè](#)
5. Approvazione del contributo globale 2009 dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e del finanziamento delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semi-privati [3176](#)
 - [Messaggio del 14 ottobre 2008 n. 6130](#)
 - [Rapporto del 2 dicembre 2008 n. 6130 R; relatore: Raoul Ghisletta](#)
6. Chiusura della seduta e rinvio [3182](#)

PRESIDENZA: Norman Gobbi, Presidente

Alle ore 17:10 il Presidente dichiara aperta la seduta, presenti 87 deputati.

Sono presenti le signore e i signori deputati:

Arigoni G. - Arigoni S. - Bacchetta-Cattori - Badasci - Bagutti - Barra - Belloni - Beltraminelli - Beretta Piccoli - Bergonzoli - Bertoli - Bignasca A. - Bignasca M. - Bobbià - Boneff - Bonoli - Bordogna - Brivio - Caimi - Calastri - Canal - Canepa - Carobbio - Cavalli - Celio - Chiesa - Corti - Dadò - Dafond - Del Bufalo - De Rosa - Dominé - Duca Widmer - Ducry - Ferrari - Foletti - Franscella - Galusero - Garobbio - Garzoli - Ghisletta D. - Ghisletta R. - Ghisolfi - Gianoni - Gianora - Giudici - Gobbi N. - Gobbi R. - Guidicelli - Gysin - Jelmini - Kandemir Bordoli - Krüsi - Lurati - Maggi - Malacrida - Marcozzi - Mariolini

- Martignoni - Mellini - Merlini - Moccetti - Orelli Vassere - Orsi - Pagani - Pantani - Paparelli - Pedrazzini - Pellanda - Pestoni - Pinoja - Poggi - Polli - Quadri - Ramsauer - Ravi - Regazzi - Righinetti - Rizza - Rusconi - Salvadè - Savoia - Solcà - Stojanovic - Viscardi - Vitta - Weber

Si sono scusati per l'assenza:

Bignasca B. - Lepori

Non si è scusato per l'assenza:

Frapolli

1. PRESENTAZIONE DI ATTI PARLAMENTARI

MOZIONE

Pianificare i centri congressuali a livello cantonale

del 15 dicembre 2008

Ascona, Bellinzona, Locarno, Lugano e Muralto stanno progettando, per conto loro, dei centri congressuali e di grandi eventi. Salta subito all'occhio la mancanza di una visione complessiva in grado di fare fronte alle reali necessità e ai veri bisogni del turismo ticinese. Con ogni probabilità, il Cantone si troverà a finanziare direttamente o indirettamente, tramite la compensazione comunale, strutture concepite con criteri locali e campanilistici. Il rischio è di trovarsi in una situazione simile a quella delle stazioni sciistiche: costruzione di strutture mal dimensionate e in concorrenza fra loro, che non sono concepite sui bisogni complessivi del turismo ticinese e che, causando costi di costruzione e di gestione insostenibili nel lungo termine, siano deficitari dal punto di vista finanziario.

Il settore del turismo riveste un'importanza notevole per il Ticino e i cambiamenti in atto nel settore dei trasporti, si pensi ad AlpTransit o a Malpensa, rappresentano un potenziale da non perdere. Le distanze tra Svizzera interna, Ticino e Lombardia si accorceranno e in venti minuti sarà possibile spostarsi tra Lugano, Bellinzona e Locarno, facilitando l'organizzazione di eventi in tutti i centri del Cantone. La costruzione di nuove strutture miranti ad un turismo di stampo più commerciale, permetterebbe di diversificare e potenziare la nostra offerta cantonale. Per non correre il rischio di calpestarsi i piedi e rovinarsi il mercato a vicenda, sarebbe però opportuna una pianificazione a livello cantonale, che tenga in considerazione i reali bisogni, sfruttando in pieno le opportunità senza sprecare risorse finanziarie. Si potrebbe poi sfruttare le nuove possibilità tecnologiche, mettendo in rete l'intera offerta turistica cantonale, in modo che l'insieme del Cantone, e non solo chi li ospita in senso stretto, possa beneficiare di eventi di grande affluenza. Si darebbe così anche un risvolto pratico alla città Ticino di cui si parla negli obiettivi pianificatori del Piano direttore.

Alla luce di quanto sopra, persuasi che solo una visione globale dei bisogni e delle risorse possa evitare sprechi e doppiopioni sulle spalle dei ticinesi, chiediamo al Consiglio di Stato di:

- avviare uno studio per la verifica delle necessità del turismo ticinese in merito alle infrastrutture, alla collocazione, alle dimensioni e alla redditività. L'accento dello studio dovrebbe essere la pianificazione e il coordinamento dell'offerta turistica congressuale a livello cantonale;
- pianificare l'offerta congressuale (grandi eventi) su scala ticinese sulla base dei risultati dello studio;
- bloccare tutte le modifiche di Piano regolatore e non concedere sussidi ai Comuni che vanno per conto loro fintanto che non ci sarà questo studio;
- verificare quali aiuti e incentivi si possono dare per andare nella direzione auspicata.

Greta Gysin

Bignasca A. - Ducry - Fabio Bacchetta-Cattori

Garzoli - Maggi - Moretti - Savoia - Viscardi

Ai sensi dell'art. 101 cpv. 3 della legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, la mozione è trasmessa al Consiglio di Stato.

2. MODIFICA DEL DECRETO LEGISLATIVO CHE DISCIPLINA LE CONSEGUENZE DEL MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E DELLE PARTECIPAZIONI AI COSTI NELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO LE MALATTIE DEL 18 SETTEMBRE 2007 (seguito)

Messaggio del 4 novembre 2008 n. 6138

Continua la discussione di entrata in materia.

GHISLETTA R., RELATORE - Abbiamo reinserito nel nuovo decreto l'art. 4 inerente le richieste di vecchi crediti antecedenti al 2006. La scadenza del decreto è mantenuta al 31 dicembre 2009.

SALVADÈ G. - Se da una parte posso capire gli sforzi compiuti dal Cantone per risolvere il problema, dall'altra un Parlamento federale colonizzato da persone che hanno rapporti diretti o indiretti con le casse malati non potrà che clonare idee in favore delle casse malati. Mi astengo dunque per protesta dal voto.

La discussione di entrata in materia è dichiarata chiusa.

Messa ai voti, l'entrata in materia è accolta con 59 voti favorevoli e 3 astensioni.

Messi ai voti, i singoli articoli e il complesso del decreto legislativo proposto dalla Commissione sono accolti con 63 voti favorevoli, un contrario e 3 astensioni.

L'adesione del Consiglio di Stato è recata dalla Direttrice del Dipartimento della sanità e della socialità.

3. CONVENZIONE INTERCANTONALE SULLA MEDICINA ALTAMENTE SPECIALIZZATA

Messaggio del 9 luglio 2008 n. 6090

Conclusioni del rapporto della Commissione speciale sanitaria: adesione all'entrata in materia e approvazione del decreto legislativo annesso al messaggio governativo.

È aperta la discussione di entrata in materia.

MALACRIDA R., RELATORE - Riassumo in due parole il messaggio concernente la Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata. La convenzione nasce dalla necessità di pianificare sul piano nazionale l'offerta ad alto contenuto sanitario, la cosiddetta medicina di punta, che altrimenti, se distribuita in ogni regione, comporterebbe una qualità insufficiente delle cure e, nel contempo, costi non sopportabili. Lo scopo della convenzione è creare le basi legali per la pianificazione della medicina di punta: la neuroradiologia interventistica, la cardiologia e la cardiochirurgia pediatrica, il trapianto di cellule staminali ematopoietiche, la medicina e la chirurgia dei trapianti d'organo, la radioterapia a protoni, le ustioni gravi. I costi previsti per l'applicazione della convenzione saranno di 40 mila franchi sul piano federale e di 20 mila franchi per il Cantone Ticino. Per il nostro Cantone ci sarà il vantaggio di una possibile partecipazione a un gremio prestigioso dal punto di vista scientifico e importante dal punto di vista politico e regionale. Vi propongo dunque di accettare la ratifica della convenzione.

La discussione di entrata in materia è dichiarata chiusa.

Messa ai voti, l'entrata in materia è accolta all'unanimità dei 70 voti espressi.

Messi ai voti, i singoli articoli e il complesso del decreto legislativo annesso al messaggio governativo sono accolti all'unanimità dei 68 voti espressi.

4. PROGRAMMA CANTONALE DI VACCINAZIONE CONTRO L'INFEZIONE DA PAPILOMA VIRUS UMANO (HPV)

Messaggio del 2 settembre 2008 n. 6110

Conclusioni del rapporto della Commissione speciale sanitaria: adesione all'entrata in materia e approvazione del decreto legislativo annesso al messaggio governativo.

È aperta la discussione di entrata in materia.

POLLI M., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PLR - Nel giugno del 2007 l'Ufficio federale della sanità pubblica ha raccomandato la vaccinazione contro l'infezione da papilloma virus umano (HPV) delle adolescenti in età compresa tra gli undici e i quattordici anni (dai quindici ai diciannove anni fino al 2012). Si sono studiati e soppesati i pro e i contro giungendo a una conclusione favorevole e all'emissione delle raccomandazioni in merito. Il Dipartimento federale degli interni, il 21 novembre 2007, ha quindi modificato l'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie [ordinanza sulle prestazioni, Opre; RS 832.112.31] consentendo che la vaccinazione fosse assunta dall'assicurazione obbligatoria a partire dal mese di gennaio del 2008 per le adolescenti nell'età citata a condizione che la stessa fosse eseguita all'interno dei programmi cantonali di vaccinazione.

Il nostro sistema sanitario in verità prevede già atti preventivi tali da ridurre al minimo la malattia in questione come i controlli ginecologici, lo striscio cervicale specifico e di screening per le displasie. La vaccinazione contro il virus HPV è però un ulteriore e efficace strumento preventivo che, di certo, non esclude gli altri atti preventivi e che, se applicato in un contesto educativo, non rischia di ingenerare una falsa sicurezza.

Che cos'è l'infezione da papilloma virus umano? Il cancro del collo dell'utero è causato da questi virus. Settanta persone su cento si contagiano nel corso della loro esistenza e una donna su cinque, contagiata da determinati virus del papilloma umano, sviluppa lesioni precancerose o cancerose. Una vaccinazione come questa permette di proteggersi contro la maggior parte di questi virus, responsabili dello sviluppo del tumore.

Un cancro al collo dell'utero si sviluppa in modo progressivo rimanendo a lungo asintomatico. Un trattamento precoce può evitare un cancro e le sue gravi conseguenze. In Ticino si stima che ogni anno siano circa 300 le donne che presentano lesioni precancerose, quindici delle quali presentano un cancro al collo dell'utero; cinque muoiono di questa malattia. Va sottolineata un'importante informazione per le giovani donne: il preservativo, indispensabile per proteggersi contro le infezioni sessualmente trasmissibili, come il virus HIV (AIDS), protegge solo parzialmente dal virus del papilloma umano; per contro la vaccinazione non sostituisce i controlli periodici dal ginecologo.

Le modalità di somministrazione del vaccino sono le seguenti: la vaccinazione comprende tre dosi in sei mesi e risulta più efficace se l'ultima dose è inoculata prima del rischio d'infezione, anticipando se possibile l'inizio dell'attività sessuale.

È previsto l'invio di lettere informative alle famiglie nel caso di giovani di età inferiore ai 16 anni. A partire dalla maggiore età sanitaria (sedici anni) l'informazione perverrà direttamente alle giovani stesse; la Commissione speciale sanitaria propone però di informare comunque anche le famiglie allegando la relativa informazione alla comunicazione inviata alle ragazze.

A partire dall'età prevista (undici anni) sarà quindi compito importante dei genitori o dell'autorità parentale scegliere l'età più adatta valutando con la propria figlia il momento migliore per effettuare la vaccinazione. Si tratta di una vaccinazione raccomandata e non obbligatoria; l'adesione è assolutamente libera sia rispetto all'esecuzione, sia rispetto al momento più opportuno in cui effettuarla.

Siamo consapevoli che il dialogo tra adolescenti e i loro genitori è sovente difficile e che si possono creare dubbi e ansie nelle ragazze. È però importante presentare la sessualità in modo positivo e responsabile senza dimenticare le possibili conseguenze negative correlate, approfittando di questi momenti per parlare di prevenzione su più fronti (AIDS, epatite B e vaccino HPV). La scuola, da parte sua, ci aiuta con un programma di educazione sessuale, con il servizio di medicina scolastica e i medici scolastici, che saranno coinvolti nell'operazione trasmettendo informazioni alle giovani, ai genitori, ai docenti e affrontando le discussioni nelle classi.

La somministrazione del vaccino è affidata ai medici pediatri e ai medici di famiglia. Questa scelta garantisce la massima informazione possibile avendo a disposizione i necessari strumenti di competenza e prossimità per affrontare il tema.

I vaccini non sono raccomandati per i giovani uomini anche se essi stessi sono spesso contagiati dal virus e possono a loro volta contagiare le partners. L'utilità del vaccino sugli uomini non è stata tuttavia dimostrata.

Concludo dicendo che la vaccinazione è una misura semplice ed efficace che offre a tutte le giovani l'occasione di prendersi cura della propria salute. Per questo motivo vi invito, a nome mio e del gruppo PLR, ad approvare il messaggio in esame e il relativo decreto legislativo.

PAGANI L., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PPD - Intervengo brevemente per portare l'adesione del gruppo PPD al rapporto della Commissione speciale sanitaria in merito al programma cantonale di vaccinazione contro l'infezione da papilloma virus umano. Si tratta indubbiamente di un atto di prevenzione più che ragionevole. Ciò tuttavia a condizione che la vaccinazione non si sostituisca all'educazione. Sarebbe infatti sbagliato se passasse il messaggio che la vaccinazione risolve tutti i problemi e che pertanto tutto è permesso. Come ha ben evidenziato il relatore Giorgio Salvadè, è indispensabile che accanto alla vaccinazione ci sia un'adeguata educazione per una sessualità responsabile e rispondente alla dignità della persona. Sì quindi alla vaccinazione, ma non autodispensiamoci dall'educare i nostri figli anche in campo sessuale.

MARIOLINI N., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PS - Senza addentrarmi nei dettagli voglio evidenziare alcuni temi quali l'età, i partners, gli attori coinvolti (e soprattutto interessati) l'efficacia della misura, la questione dell'informazione e dell'educazione e il ruolo che esse possono avere sull'esito favorevole della misura. Lascio al relatore il compito di spiegare, soprattutto dal profilo medico, l'efficacia della misura proposta, peraltro riconosciuta dalla Commissione speciale sanitaria.

L'età di undici anni può sembrare precoce, ma risponde al principio di intervenire prima del primo rapporto sessuale. Il nostro Cantone è l'ultimo ad aderire al programma di vaccinazione, mentre tutti gli altri Cantoni hanno già adottato la misura. Anche la vicina Italia ha elaborato un programma che prevede di iniziare il programma di vaccinazione delle ragazze a dodici anni. I partners coinvolti sono innanzitutto i minori e le loro famiglie.

La legge sanitaria [RL 6.1.1.1] fissa la maggiore età sanitaria a sedici anni. È quindi garantito il rispetto della maggiore età sanitaria con un coinvolgimento indiretto delle famiglie per il tramite delle ragazze ultra sedicenni.

Anche la scuola, la socialità e la prevenzione sono partners attivi nel progetto. Un plauso va indirettamente anche al Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport e al Dipartimento della sanità e della socialità per la pubblicazione delle linee guida dell'educazione sessuale, che permettono un'informazione e un'educazione adeguate sul tema comprendente anche questa misura. Anche i medici, come già anticipato dalla collega Polli, sono parte in causa.

Sappiamo che la vaccinazione non rappresenta la panacea di tutti i mali, ma costituisce senza dubbio uno dei tanti tasselli preventivi educativi e informativi utili a prevenire un tumore che, per la sua gravità, è auspicabile combattere da subito.

Per le ragioni sin qui esposte e soprattutto perché non si prevede alcun obbligo, ma unicamente la facoltà delle minori, delle famiglie o delle ragazze ultrasedicenni di scegliere questo tipo di intervento, il nostro gruppo dà la sua adesione alla proposta formulata.

SAVOIA S., INTERVENTO A NOME DEI VERDI - È molto difficile per un partito schierarsi pro o contro un vaccino poiché la scelta di vaccinarsi è molto personale. Lo faremo, seppur riluttanti, in questa occasione perché sul papilloma virus non c'è finora un consenso netto pro o contro il vaccino nemmeno nella comunità medica internazionale.

Mi permetto comunque di esprimere perplessità sulla raccomandazione della Commissione federale delle vaccinazioni di somministrare il Gardasil a tutte le adolescenti. In Ticino non tutti i medici aderiscono al programma cantonale di vaccinazione in quanto non ci sono ancora sufficienti evidenze scientifiche sull'efficacia del vaccino Gardasil nella prevenzione del carcinoma del collo uterino. Ci sono solo evidenze sul fatto che le donne vaccinate contraggono molto meno i sottotipi di papilloma virus contenuti nel vaccino; da ciò si può solo ipotizzare che, probabilmente, anche il cancro del collo uterino comparirà meno facilmente. Inoltre, da informazioni raccolte da un biologo di un grande laboratorio d'analisi di Basilea, emerge che i sottotipi di papilloma virus isolati da prelievi citologici del collo uterino in Svizzera corrispondono solo per il 25% circa a quelli dai quali il vaccino Gardasil protegge. Che ne è degli altri? C'è pure il rischio che le giovani donne vaccinate sottovalutino il rischio di contrarre il papilloma virus. In realtà il sistema più sicuro per evitare il carcinoma del collo uterino rimane quello di sottoporre regolarmente le pazienti al Pap test (esame citologico che mette in evidenza le displasie del collo uterino, lesioni che precorrono il cancro e che, se individuate per tempo, permettono di intervenire in modo appropriato prima di una trasformazione maligna). Paradossalmente i comportamenti potrebbero risentire in maniera negativa di una vaccinazione che darebbe una falsa sensazione di immunità. Tra l'altro un editoriale pubblicato pochi mesi or sono su una rivista medica molto autorevole (il "New England Journal of Medicine") esprimeva un sano scetticismo sul Gardasil, suggerendo che forse sarebbe stato opportuno studiarlo in modo più esteso prima di promuoverlo come si sta facendo.

Infine il costo del vaccino è per ora esorbitante, aggirandosi attorno ai 700 franchi. La nostra impressione è che la ditta produttrice del Gardasil abbia giocato bene le sue carte di marketing, promuovendosi come si deve presso i principali enti pubblici nel mondo che danno le indicazioni per le vaccinazioni. La Confederazione non ha voluto fare diversamente dagli altri, USA in testa. Saremo evidentemente pronti a cambiare idea se dovessero essere prodotti nuovi dati scientifici più convincenti.

FERRARI C. - Ho letto il rapporto commissionale da persona esterna al settore medico. L'ho letto da cittadino che si trova confrontato ogni fine anno con gli aumenti dei premi della cassa malati che, se in questi ultimi tempi sono stati percentualmente contenuti, non lo sono tuttavia in termini assoluti essendo stati elevatissimi negli anni addietro. Mi sono spaventato leggendo il rapporto. Mi spaventa ancora di più il fatto che, nonostante la chiarezza dei problemi evidenziati, non si abbia la forza di escludere questa vaccinazione dalle nostre priorità per un semplice confronto di costi-efficacia, per la mancanza di studi sufficienti e per le evidenti alternative esistenti che creerebbero anche un valore aggiunto nel Cantone. Ci apprestiamo a vivere una crisi che taluni economisti definiscono ancora più grave di quella degli anni Trenta. Siamo chiamati a ripensare i nostri modelli economici attuali: tuttavia abbiamo il coraggio di sottoscrivere un rapporto commissionale che promuove la campagna di vaccinazione contro il papilloma virus. In questo modo carichiamo ulteriormente le casse malati, deleghiamo competenze del settore medico al settore farmaceutico che, tra l'altro, sponsorizza gli studi sugli effetti del vaccino. Per far questo si impiegano molti soldi che sarebbero senza dubbio meglio spesi in una prevenzione distribuita sull'arco di più anni. Secondo il parere di molti medici infatti il maggior margine di miglioramento sta proprio nella prevenzione, che rimane comunque necessaria anche con la vaccinazione. Si propone alle ragazze di vaccinarsi dicendo loro, allo stesso tempo, di sottoporsi comunque annualmente a un test specifico. Non vedo i vantaggi di questa modalità se, malgrado il vaccino, è comunque necessario consultare annualmente il medico.

Si legge inoltre nel rapporto che il vaccino non è stato studiato sufficientemente a fondo. La Finlandia, ad esempio, ha promosso un suo studio e la Lega contro il cancro scrive chiaramente nel suo sito che questa vaccinazione non rientra nelle sue priorità; infine si citano dei casi di decesso avvenuti a seguito della vaccinazione.

Secondo i maggiori esperti nel ramo, per evitare questo tipo di tumore sarebbe sufficiente che tutte le donne si sottoponessero annualmente al Pap test. Il problema è che attualmente non tutte le donne vi si sottopongono regolarmente.

Perché occorre favorire le case farmaceutiche quando disponiamo di mezzi sufficienti per venire a capo di una malattia che non rientra neppure tra le priorità mediche da affrontare con urgenza? Mi spaventa la mentalità che propone di eseguire il vaccino malgrado esista una soluzione alternativa nel sottoporsi annualmente a un esame specifico, comunque necessario malgrado la vaccinazione. Il vaccino inoltre è efficace su due ceppi di virus mentre sappiamo che ve ne sono quindici di cui, se non erro, otto o dieci portano al tumore. Da osservatore esterno alla materia sono fortemente preoccupato. Il settore agricolo, di cui mi occupo, è più efficiente. Si vogliono dispensare soldi pubblici sulle spalle di ogni singolo socio della cassa malati, su ogni singola famiglia senza che ci siano le prove sugli effetti concreti della vaccinazione.

CAIMI C. L. - Spiego il motivo per cui ho firmato con riserva il rapporto commissionale. Ho ammirato il tentativo della Commissione a cui appartengo di trovare una formulazione soddisfacente. L'esercizio mi pare riuscito e ringrazio chi l'ha compiuto e concretizzato.

Rimangono però alcune domande a cui occorre rispondere e alcune spiegazioni doverose. Il rapporto commissionale indica al cap. 1 che la vaccinazione va eseguita fra gli undici e i quattordici anni, spiegando i motivi della scelta. In Svizzera, secondo i dati pubblicati dall'Ufficio federale della salute pubblica, l'età media del primo rapporto sessuale si situa attorno ai 18.5 anni per ambedue i sessi e l'età percentualmente significativa dell'inizio dell'attività sessuale è valutata a quattordici anni.

La preoccupazione alla base del programma di vaccinazione è quella di intervenire in un'età in cui sicuramente non sono ancora avvenuti rapporti sessuali perché somministrare il medicamento successivamente sarebbe più problematico. Da qui la decisione di fissare la soglia a undici anni.

Vi invito però a seguirmi in un ragionamento diverso. Se stabilisco l'età di inizio della vaccinazione a undici anni lo faccio perché ritengo che iniziare a dodici sarebbe, in media, troppo tardi. Chiunque si occupa da vicino di adolescenti si rende conto che, per quanto precoci possano essere gli adolescenti ticinesi, non corrisponde al vero che l'età media per il primo rapporto sessuale sia quella fra gli undici e i dodici anni. Nessuna statistica stabilisce questo dato: al contrario si comincia a parlare di rapporti sessuali dopo i quattordici o quindici anni, mentre le statistiche svizzere indicano addirittura un'età media attorno ai 18.5 anni.

Il messaggio e la documentazione che abbiamo esaminato in Commissione, inoltre, non menzionano la possibilità di effettuare un richiamo della vaccinazione per mantenerne l'efficacia. Per le altre vaccinazioni infatti, dopo un certo periodo di tempo stabilito a seconda del tipo di virus (cinque o dieci anni), occorre sottoporsi a un richiamo che, nel caso specifico, avrebbe luogo a sedici o ventuno anni.

Paradossalmente questa vaccinazione dovrebbe essere proposta insieme a quella degli orecchioni a sei anni per essere sicuri che non ci sono stati rapporti sessuali. In altre parole sarebbe opportuno riflettere sull'età proposta per la vaccinazione: non si tratta di essere bacchettoni, ma di valutare le conseguenze di scelte, anche costose, che lo Stato intraprende. La Commissione si è data da fare in tal senso ma poi, pressata dal fatto che era necessario iniziare il primo gennaio per evitare di essere esclusi dal programma federale, la discussione si è arenata. Questa scelta non vieta tuttavia di proseguire la riflessione: il Parlamento vuole lanciare, seppure indirettamente e con grande prudenza, un messaggio che parte dal principio che a dodici anni potrebbero avvenire i primi rapporti sessuali? La necessità del richiamo non impone al singolo cittadino altri costi? A questo riguardo la letteratura medica è del tutto aperta. Ci sono studi che sostengono che il richiamo è fondamentale perché la protezione rimanga nel tempo; altri invece pongono l'accento sulle verifiche di routine cui faceva riferimento il collega Savoia.

La mia riserva alla firma del rapporto è dettata da questi interrogativi.

ARIGONI G. - È strano che un Parlamento composto quasi esclusivamente da uomini si metta a discutere nel dettaglio, sollevando anche l'aspetto etico e morale, di un vaccino che riguarda un problema grave che tocca le donne

Se fosse in discussione un vaccino contro il tumore alla prostata saremmo forse noi uomini i primi a sostenere il medicamento indipendentemente dai costi che esso comporta. In questo caso invece ne facciamo un problema finanziario volendo risparmiare su un vaccino che riguarda la salute delle donne.

Il discorso sull'età poi va letto nell'ottica della prevenzione. Il rapporto ci dice che ogni anno più di cinquemila donne si confrontano con la diagnosi di lesione precancerogena al collo dell'utero e devono sottoporsi ad accertamenti supplementari, con tutte le conseguenze in termini economici e di sofferenza. Circa 320 donne si ammalano annualmente di cancro al collo dell'utero; nonostante le cure disponibili si registra purtroppo un centinaio di decessi. È una cifra significativa che deve permettere di superare qualsiasi ostacolo finanziario. In Ticino si stima che siano circa trecento le donne che ogni anno presentano delle lesioni precancerogene; in quindici si manifesta un cancro al collo dell'utero, cinque muoiono per questa malattia il cui impatto può essere

effettivamente ridotto da un programma di vaccinazione come quello che sta alla base del progetto in discussione. Sono dati che dovrebbero bastare per indurci ad avallare la proposta in esame. Se la prevenzione potesse salvare anche solo una donna sarebbe certamente benvenuta. È assurdo che noi uomini ci permettiamo di speculare sulla salute delle donne.

PESENTI P., DIRETTRICE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ -

Mi permetto di riordinare le idee. È vero che se avessimo più tempo a disposizione (cinque, dieci o vent'anni) potremmo entrare nel merito della discussione valutando se il vaccino offertoci dal mercato, il Gardasil, sia effettivamente il migliore. È chiaro, collega Savoia, che ogni nuova proposta di vaccinazione suscita una discussione scientifica. Occorre tuttavia sottolineare che gran parte della popolazione non crede più all'utilità delle vaccinazioni anche perché molte gravi malattie, come il vaiolo, sono sparite, ma proprio grazie ai vaccini. Inoltre una certa letteratura enfatizza i rischi delle vaccinazioni, dimenticandone i vantaggi e i benefici.

Oggi però non stiamo discutendo della bontà delle vaccinazioni, ma decidendo se realizzare un programma cantonale di vaccinazione che comporterebbe, se non fosse attuato, costi maggiori per coloro che desiderano proteggersi. Possiamo certamente dibattere se sia giusto vaccinare le ragazze tra gli undici e i sedici anni. Tuttavia ricordo che la vaccinazione è facoltativa e che, in ogni caso, a partire dai sedici anni la legge sanitaria prevede che le ragazze possano decidere liberamente senza l'interferenza dei genitori.

L'auspicio è che decidano insieme con i genitori, sperando che in una famiglia ci sia un minimo di dialogo anche attorno a questi temi.

Per il resto i limiti d'età sono posti dall'ordinanza federale. Tale ordinanza non stabilisce se sia giusto o no farsi vaccinare, ma unicamente che la prestazione è rimborsata se avviene all'interno di un programma cantonale organizzato *«conformemente alle raccomandazioni dell'Ufficio federale della salute pubblica e della commissione federale sulle vaccinazioni.»*

La vaccinazione generale delle ragazze in età scolastica è rimborsata dagli undici ai quattordici anni mentre il rimborso della vaccinazione delle donne nell'età compresa fra i quindici e i diciannove anni avverrà solo fino al 2012.

Oggi si tratta quindi unicamente di decidere se approvare o no che il Governo realizzi un programma cantonale di vaccinazione. La Commissione speciale sanitaria si è pronunciata favorevolmente. Con questa decisione si permette alle giovani ticinesi di farsi vaccinare all'interno del programma stabilito facendosi rimborsare i costi. Diversamente, fuori dal programma cantonale di vaccinazione, le ragazze possono farsi vaccinare ma senza ricevere alcun rimborso. Grazie ai programmi cantonali, che già esistono in altri Cantoni e grazie anche agli accordi raggiunti tra la Conferenza dei direttori della sanità e gli assicuratori, si è potuto stabilire un buon prezzo sia per il vaccino sia per la prestazione medica. Al di fuori del programma cantonale il costo del vaccino è molto elevato.

Un altro aspetto discusso è quello relativo all'efficacia del vaccino: deve essere chiaro che esso non preserva dal virus dell'HIV e da altre malattie trasmissibili sessualmente. Dal punto di vista sanitario il messaggio deve essere dunque quello che questo vaccino serve per questa malattia e non per altre. È importante, di conseguenza, che in ogni famiglia si possa avviare un dialogo con i propri figli, magari prendendo spunto da questa vaccinazione, che tocchi la sessualità in generale e i pericoli sanitari ad essa connessi. È un delicato compito dei genitori i cui ragazzi adolescenti si trovano oggi confrontati a pericoli anche drammatici, primo fra tutti quello dell'AIDS.

Non dubito che questa sera il Parlamento saprà dare un messaggio di grande serietà e responsabilità. Torno a ripetere che la decisione da prendere è unicamente quella di stabilire un programma cantonale di vaccinazione per le ragazze e di rimborsarne i costi: quelli del vaccino e quelli del medico che esegue il trattamento.

SALVADÈ G., RELATORE - Ringrazio la collega Maristella Polli e la Consigliera di Stato che hanno riassunto molto bene il tema. Ringrazio anche le persone che hanno sollevato obiezioni che sono del resto state oggetto di discussione anche all'interno della Commissione. Avrei voluto intitolare il mio rapporto "Non è tutto oro quello che luccica".

L'Ufficio federale della salute pubblica ha inviato per questa campagna un materiale da cui traspariva una certa ottusità, del resto già sperimentata anche in altre occasioni. In una frase si potrebbe riassumere «*vaccinate al più presto più donne possibili senza porvi troppi problemi*».

In realtà, accanto a un sicuro vantaggio preventivo verso una malattia relativamente diffusa, qualche problema esiste. Qualche rischio connesso alla vaccinazione stessa, il rischio che desti una falsa sicurezza non solo non proteggendo da tutte le malattie ma nemmeno da tutti i tumori del collo uterino, il rischio di rinunciare alle abituali misure preventive e alle diagnosi precoci, i costi non indifferenti a carico della cassa malati. Il beneficio però, in questo come in altri casi, è superiore al rischio. L'ha detto chiaramente il collega Giuseppe Arigoni: ci sono morti, ci sono ammalati e ci sono situazioni gravi che oggi possiamo evitare.

Al termine dei lavori la Commissione è stata concorde nel collocare questo utile strumento preventivo nel più vasto e significativo contesto della sessualità giovanile, della sua indubbia forza vitale e dei suoi rischi. I commenti che sono giunti dall'aula sono stati interessanti. Luca Pagani e Nicoletta Mariolini hanno sottolineato il valore educativo di questa occasione e la sua collocazione in un contesto più vasto. Sergio Savoia e Cleto Ferrari hanno assunto la parte di avvocati del diavolo. A Sergio Savoia ricordo che la vaccinazione copre solo il 25% del virus, che include però i quattro sierotipi coperti dalla vaccinazione che causano il 70% dei tumori. I test condotti durante cinque anni su ventimila donne hanno mostrato in maniera radicale una risposta positiva sulla formazione del papilloma che oggi possiamo documentare. È un dato che ha meravigliato tutti. Anche l'articolo da lei citato riconosce questo fatto.

Il deputato Savoia accenna anche alle priorità del nostro Cantone. I problemi finanziari sono però secondari rispetto al beneficio che deriverebbe dall'introduzione della campagna di vaccinazione. L'articolo scientifico da lei citato non solleva dubbi sulla vaccinazione in quanto tale.

Va detto che non tutte le protezioni contro le malattie virali richiedono un richiamo dopo l'esecuzione. Per questa vaccinazione non vi è alcuna certezza sulla necessità di effettuare un richiamo: si valuterà in base all'analisi della salute di un campione di donne.

Se vi fosse la sicurezza di una protezione assoluta per tutta la vita, non vi sarebbero stati problemi a proporre la vaccinazione alla nascita. La realtà però non è questa.

Per contro, la Commissione si è trovata d'accordo nel ritenere che attorno al problema della vaccinazione si debba creare, in ogni famiglia, una specifica occasione per affrontare il tema dell'educazione sessuale.

Infine mi pare utile citare le conclusioni del rapporto commissionale, che hanno già incontrato il favore del medico cantonale preposto al controllo di questa campagna:

- il nostro sistema sanitario prevede già atti preventivi tali da ridurre al minimo la malattia in questione come i controlli ginecologici, lo striscio cervicale specifico (HPV test) e lo

striscio cervicale di screening per le displasie (Pap test). Una vaccinazione contro il virus HPV applicata alle giovani donne è un ulteriore efficace strumento preventivo che non esclude gli altri atti preventivi, e, se applicato in un contesto educativo, non rischia di ingenerare una falsa sicurezza;

- il programma di vaccinazione è quindi un'occasione per stimolare famiglie e giovani ad avviare un'opportuna educazione sessuale nella convinzione che vivere la propria sessualità in modo responsabile ha anche un valore preventivo. La lettera indirizzata alle famiglie e alle giovani dovrà esplicitare questi temi. Del resto è quanto è stato fatto. Riconosco alla Consigliera di Stato e al medico cantonale di aver approfittato di questo consiglio modificando la lettera;
- a partire dall'età prevista dal programma, undici anni, sarà compito dei genitori o dell'autorità parentale scegliere l'età più adatta, corrispondente alla maturazione sessuale delle giovani;
- come previsto dal programma cantonale, le famiglie delle giovani minori di sedici anni saranno avvisate direttamente, mentre le giovani tra i sedici e i diciannove anni, nel rispetto della maggior età sanitaria, saranno avvisate personalmente. La Commissione propone di includere nelle lettere per le giovani il messaggio informativo per le famiglie;
- prendiamo atto dell'opportuna estensione di questa occasione in un primo tempo alle giovani sino ai diciannove anni. Alla Commissione appare molto opportuno offrire la vaccinazione anche, temporaneamente, alle giovani tra i venti e i venticinque anni, a condizione di poter disporre di un test specifico (HPV) negativo, cioè la prova di non essere infettate dal virus. Ciò potrebbe avvenire stipulando un'estensione della convenzione con Santésuisse Ticino. In caso di rifiuto potrebbe subentrare il Cantone oppure, almeno tramite un'estensione del contratto con la ditta farmaceutica, offrendo alle giovani la vaccinazione al costo ridotto del programma. Questa è in fondo la via più semplice e potrebbe essere un'occasione.

Con queste raccomandazioni la Commissione vi invita a accogliere il messaggio del Consiglio di Stato sulla campagna di vaccinazione sul virus HPV.

SAVOIA S. - Non sarò così temerario da discutere con un medico di chiara fama come il collega Salvadè. Ricordo però una sua difesa d'ufficio della libertà di fumo nei locali pubblici e lo invito a spiegarmi in privato, alla prima occasione, la differenza di peso e di misura nei due casi.

Rispondo alle osservazioni della Consigliera di Stato. Rifiuto in primo luogo il parallelo dialettico, dal contenuto maligno, secondo cui coloro che approvano le vaccinazioni di massa sono seri, mentre coloro che hanno avanzato dubbi sarebbero, di conseguenza, meno seri. In realtà chi è contrario a questa proposta non è evidentemente favorevole al diffondersi del tumore al collo dell'utero, ma ritiene invece che ci siano altre strade da seguire in alternativa alla vaccinazione di massa con un vaccino che ha sollevato dei dubbi tra i medici e gli operatori sanitari, che sono poi coloro che dovranno procedere alla vaccinazione.

Respingendo il sillogismo suggerito dalla Consigliera di Stato affermo che non siamo affatto contrari alle vaccinazioni. Non siamo contrari alla vaccinazione contro il vaiolo per esempio. Se esprimiamo dubbi sulla vaccinazione oggi in esame non significa che siamo contrari a qualsiasi e qualunque vaccinazione. Va detto inoltre che l'inserimento di questo vaccino nelle prestazioni obbligatorie equivale di fatto a promuoverlo. Non bisogna nascondersi dietro a formalismi. In realtà si vuole promuovere in maniera perfettamente legittima questo vaccino nel contesto di una campagna i cui risultati sono ancora da

dimostrare. La nostra posizione contraria si fonda su una serie di dubbi, provenienti da ambiti competenti, che ancora non sono stati fugati. Non pretendo naturalmente di far credere a questo consesso che quello che ho letto dal pulpito fosse farina del mio sacco: prima di produrre l'intervento mi sono consultato naturalmente con persone del mestiere.

Quanto al pensiero sulle donne devo purtroppo questa volta rimandare al mittente l'intervento del collega Giuseppe Arigoni, che ci ha proposto alcuni sillogismi facendo demagogia a basso costo. Mi dispiace perché solitamente concordiamo al 99.9%.

Tornando al tema specifico, pur riconoscendo che vi sono state campagne di vaccinazione che hanno permesso in maniera clamorosa di debellare malattie, credo che ve ne siano state altre che sono state smentite qualche decennio dopo. È chiaro che la scienza sperimentale ha bisogno di fare esperimenti; cerchiamo però di fare esperimenti di massa quando siamo più sicuri dei risultati. Non siamo fautori unicamente di una medicina alternativa, olistica. La medicina tradizionale ci va benissimo, ma ci permettiamo di interpretarla con spirito critico.

ARIGONI G. - Non si vuole obbligare tutte le ragazze a farsi vaccinare. Chi è contrario alla vaccinazione o nutre dubbi può intraprendere la sua campagna contraria informando la popolazione sui rischi che può comportare questo tipo di vaccinazione. Il rapporto commissionale vuole invece offrire a tutti coloro che non hanno dubbi la possibilità di farsi vaccinare a un costo contenuto favorendo in questo modo anche chi non ha la disponibilità finanziaria. Non sono contrario alla posizione dell'ex compagno Sergio Savoia, che invito a proseguire la sua campagna informativa sulla salute, ma ritengo importante accogliere l'idea del rapporto commissionale.

FERRARI C. - Personalmente penso che investire troppe risorse in questo tipo di virus possa impedirci di investire in altre malattie che presentano tassi di miglioramento possibili nettamente superiori. Non mi ritengo per questo motivo un cinico o un insensibile che chiude gli occhi davanti a un numero di morti non indifferente. Lo dico perché conosco medici e persone che lavorano in questo settore e che sono molto scettici di fronte a questa scelta. Le alternative esistono. Innanzitutto se tutte le donne si sottoponessero regolarmente al Pap test molto probabilmente non ci sarebbero decessi per questo tipo di tumore; la maggior parte dei dottori che ho consultato me lo ha confermato. Inoltre mi pare opinione condivisa che il vaccino non sia stato sufficientemente testato: il caso della Finlandia è emblematico. È vero che la questione di fondo è decidere se partecipare o no a un programma di vaccinazione che comporta però costi non indifferenti per la società. Credo che per una volta sia bene non partecipare a questa campagna per il semplice fatto che esistono vere alternative più testate di quella che si vuole proporre.

PESENTI P., DIRETTRICE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - Preciso al deputato Savoia che i miei non erano sillogismi ma argomenti che, tra l'altro, non erano nemmeno diretti a lui ma al suo collega Ferrari, che si è mostrato molto scettico sulle vaccinazioni.

Siccome credo fermamente alla proposta del Consiglio di Stato, tento in ogni modo di convincervi che allestire un programma cantonale di vaccinazione è una buona cosa per le ragazze ticinesi che, tra l'altro, sono le ultime a poterne beneficiare rispetto al resto della Svizzera dove questi programmi sono già operativi.

Aggiungo all'indirizzo del deputato Ferrari, anche se sarebbe meglio che lo dicesse un medico e non un giurista o un avvocato come me, che il depistaggio precoce è una gran bella cosa ma ancora non previene le malattie. Si fa lo stesso errore quando si parla di mammografia, che non previene il tumore al seno. Il depistaggio precoce del tumore al collo dell'utero lo si può fare tutti i giorni: tuttavia non impedisce lo sviluppo di un tumore: lo si diagnostica in anticipo, migliora le possibilità di guarigione ma non è purtroppo una forma di prevenzione.

Riprendo ora l'ultimo punto proposto dal rapporto della Commissione speciale sanitaria che prevede l'estensione della vaccinazione a una fascia di età superiore ai diciannove anni e fino ai venticinque. Offrire la vaccinazione al di là della fascia d'età prevista è una buona proposta anche se parecchio problematica. Dal punto di vista medico per poterlo fare è necessario che ci sia un test di depistaggio sistematico. È un test di depistaggio sulla presenza dei due HPV sedici e diciotto che costa 153 franchi e che sarebbe interamente a carico della diretta interessata. Ci sono inoltre problemi di costi legati al fatto che saremmo al di fuori di quanto previsto dall'ordinanza federale. Sono tre vaccini a 236.85 franchi l'uno (150 all'interno del programma cantonale), 50 franchi per ogni consultazione per l'esecuzione del vaccino (19.20 franchi all'interno del programma) a cui vanno aggiunti 153 franchi per il test di depistaggio. Si può infatti eseguire il vaccino solo su qualcuno che sicuramente non presenta i due HPV 16 e 18. Tutti i costi sono a carico della paziente. In base all'ordinanza sulle prestazioni non c'è nulla da fare. Abbiamo interpellato in proposito anche Santé Suisse, che però ha dato risposta negativa. Il costo rimane molto elevato considerato il fatto che le ragazze in questa fascia d'età sono numerose.

SALVADÈ G., RELATORE - Per diminuire i costi occorrerebbe convincere le case farmaceutiche ad applicare un prezzo ribassato visti i lauti guadagni che si prospettano, applicandolo anche alla fascia di età più avanzata : ma è un suggerimento non vincolante. Sottolineo quanto ha già detto la Consiglieria di Stato: il Pap test non solo non guarisce, ma non evita gli interventi sul tumore nascente, cioè gli interventi di applicazioni locali di sostanze che distruggono le cellule malate, conizzazioni, piccole operazioni in parte mutilanti. In altre parole il test, se da una parte eviterebbe probabilmente i cancro all'utero, dall'altra parte non evita una serie di operazioni fastidiose, mutilanti e spesso molto spiacevoli a cui sono sottoposte alcune donne.

Infine rispondo al collega Sergio Savoia; ho trovato il nesso che collega la mia opposizione al divieto di fumo a questa vaccinazione: è una certa allergia agli obblighi e un certo favore verso la libertà di scelta. Nel programma proposto sono garantiti tutti e due.

PANTANI R. - Mi esprimo negativamente su questo oggetto perché, come ha spiegato la Consiglieria di Stato, vi è una predominanza del fattore finanziario sul fattore preventivo. L'assicurazione malattia in Svizzera è obbligatoria. Altrettanto obbligatorio dovrebbe essere prevenire le malattie: questa dovrebbe essere una corretta politica sanitaria, tanto più che le casse malati dispongono di riserve per milioni di franchi. Se il fattore preventivo fosse preponderante le casse malati avrebbero interesse a promuovere loro stesse una campagna di vaccinazione. In questo caso risparmiamo su un vaccino che ha un effetto ristretto e incerto.

La discussione di entrata in materia è dichiarata chiusa.

Messa ai voti, l'entrata in materia è accolta con 61 voti favorevoli, 7 contrari e 2 astensioni.

Messi ai voti, i singoli articoli e il complesso del decreto legislativo annesso al messaggio governativo sono accolti con 62 voti favorevoli, 8 contrari e 8 astensioni.

5. APPROVAZIONE DEL CONTRIBUTO GLOBALE 2009 DELL'ENTE OSPEDALIERO CANTONALE (EOC) E DEL FINANZIAMENTO DELLE RETTE PER I PAZIENTI DEGENTI NEI REPARTI PRIVATI E SEMI-PRIVATI

Messaggio del 14 ottobre 2008 n. 6130

Conclusioni del rapporto della Commissione della gestione e delle finanze: adesione all'entrata in materia e approvazione del disegno di decreto legislativo annesso al rapporto medesimo.

È aperta la discussione di entrata in materia.

CAIMI C. L., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PPD - Non sono il solo, questa volta, a pronunciarmi sulla posta singola più importante dell'intero bilancio del Cantone. Mi fa compagnia il collega Celio e ne sono contento. Avvertivo infatti un certo disagio nell'essere sempre l'unico a esprimermi.

L'Ente ospedaliero, con la sua dotazione annuale di 166 milioni di franchi, merita senz'altro una discussione più dignitosa di quella riservatagli negli anni passati. Si tratta, come ho detto, della posta di spesa annua più elevata di tutto il Cantone. Mi sono sempre chiesto come mai essa non susciti alcuna discussione: forse perché tutto è corretto, i conti tornano oppure perché l'Ente ospedaliero è ormai considerato una vacca grassa, un totem intoccabile a cui inchinarsi adoranti? Così non deve essere. Sarebbe sbagliato e non gli renderebbe alcun servizio. Non è certo evitando di parlarne che gli si riconosce la dignità dovuta per l'ottimo lavoro svolto dai medici e dal personale ospedaliero che vi operano.

Nella versione riveduta del rapporto della Commissione della gestione e delle finanze si chiedono 165'840'000 franchi poiché il rincaro è stato limitato all'1.5% rispetto al 2% previsto inizialmente. Sono molto soddisfatto che si sia fatta questa modifica. Negli anni scorsi avevo già avuto modo di criticare, a nome del mio gruppo, il fatto che ci fosse una divaricazione tra gli importi riconosciuti dal rapporto commissionale e dal messaggio sul contributo globale e quelli che ci si trova poi ad approvare in sede di Preventivo. Questa volta invece le due poste corrispondono ed è una buona cosa. L'aumento dell'1.5% merita però un commento. Esso può apparire minimo se preso in termini assoluti, ma si tratta in effetti di diversi milioni di franchi peraltro più che giustificati. Tale aumento va letto nell'ottica del miglioramento dei rapporti tra l'Ente ospedaliero e le cliniche private (cfr. capitolo 2 del rapporto). Le sinergie cominciano finalmente a funzionare meglio che in passato, come del resto era già stato chiesto più volte dal Parlamento. Non possiamo permetterci infatti che nel settore sanitario non vi sia una collaborazione il più possibile efficace.

In questa direzione rimane spazio per ulteriori miglioramenti che sarebbero peraltro auspicabili.

Vi è poi il problema della diminuzione delle degenze e dell'aumento dei letti non occupati. Secondo il collega Ghisletta il tasso di occupazione dei letti dell'Ente ospedaliero (dell'87%) è un buon tasso tenuto conto della fluttuazione necessaria dovuta al tipo di strutture ospedaliere presenti nel Cantone. Disponiamo di ospedali di prima categoria dove, pur essendo la degenza media sempre più breve, è quasi inevitabile disporre di una riserva sufficiente di letti a disposizione. Ricordo che un tasso dell'87% può però diventare un piccolo problema. Nel novembre del 2005, in sede di pianificazione ospedaliera, in questa sala si è detto che il tasso di occupazione dell'84.5% di una clinica che rappresentavo era nettamente insufficiente e non giustificava più l'esistenza di questa clinica che fu poi stralciata dalla pianificazione ospedaliera.

Leggo al capitolo 5.2 del rapporto commissionale che, attualmente, il tasso medio di occupazione negli ospedali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio è dell'85%. Solo lo 0.5% in più del tipo di clinica che rappresentavo. In media il 15% dei letti dell'Ente ospedaliero non è occupato. I costi non sono direttamente legati al tasso di occupazione dei letti ma vi è comunque una certa incidenza. D'altra parte non si può rimanere senza letti a disposizione quando occorrono. Il problema esiste: sarebbe bene che l'Ente ospedaliero lo affrontasse seriamente visti i costi che ne derivano. Il tasso di occupazione dei letti è destinato a scendere ulteriormente, fatto che è un bene perché le cure sono sempre più brevi nel tempo e molto spesso non sono più stazionarie ma semi-ambulatoriali o ambulatoriali. Sarebbe inoltre opportuno conoscere a che punto è l'attuazione della riduzione dei letti decisa dal Parlamento nel 2005 relativamente all'Ente ospedaliero cantonale. È una domanda che pongo da tempo e alla quale ancora non ho ricevuto risposta perché mi si è detto che è ancora troppo presto. A questo punto però, trascorsi tre anni, dovrebbe essere possibile sapere se la decisione del Parlamento di ridurre il numero dei letti ha avuto conseguenze dal punto di vista finanziario. Se non è il caso occorrerà riflettere su questa decisione e porvi rimedio adottando alcune misure. Ritengo nostro dovere interrogarci al proposito, tanto più che si sospetta che vi sia una serie di nuovi progetti dell'Ente ospedaliero cantonale volti a occupare qualche letto in più. In particolare, nel corso di una recente manifestazione ufficiale dell'Ente ospedaliero cantonale, è stato affermato che l'organizzazione sociopsichiatrica cantonale ha presentato all'EOC un nuovo progetto volto a mettere a disposizione nelle diverse sedi dello stesso EOC letti psichiatrici per pazienti che non necessitano di un ricovero coatto nella clinica neuropsichiatrica cantonale. Si tratta senza dubbio di un'ottima proposta. Il collega Graziano Pestoni ricorderà come già da tempo la Commissione speciale sanitaria ha sostenuto la richiesta di riduzione dei ricoveri coatti che ora finalmente sono in parte sostituiti con altri tipi di ricovero. La cosa naturalmente diventa fattibile se inserita in un contesto più ampio, ben pensato e programmato. Mi chiedo se non fosse possibile ampliare il discorso della rete e delle sinergie di cui parlavo all'inizio anche ad altre strutture, in particolare a quelle private che, come sapete, mi stanno a cuore.

La richiesta di credito è senz'altro giustificata anche se non bisogna dimenticare il discorso legato agli ammortamenti e alla destinazione di una parte dei fondi che mettiamo a disposizione di fondi speciali previsti dalla struttura dell'Ente come accantonamento in previsione di tempi difficili. È giusto farlo a condizione che sia chiaro a tutti. L'Ente ospedaliero cantonale ha senza dubbio i mezzi adeguati per poter svolgere un ottimo lavoro.

Con queste considerazioni porto l'adesione del mio gruppo al messaggio in oggetto.

CELIO F., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PLR - Il relatore della Commissione della gestione e delle finanze, collega Raoul Ghisletta, ha redatto un rapporto esaustivo, specialmente per quanto riguarda l'esposizione dei principali aspetti connessi alla gestione e al funzionamento dell'EOC durante l'anno che sta per iniziare. Chi desiderasse saperne di più può far capo all'ampio e articolato messaggio governativo, che illustra i vari temi in modo chiaro e circostanziato.

Per quanto riguarda i rapporti fra il Cantone e l'Ente il 2009 sarà un anno di transizione. Si tratterà infatti dell'ultimo anno di validità del contratto di prestazione quadriennale 2006-2009 e, d'altra parte, dell'anno in cui verosimilmente saranno chiariti gli aspetti principali che permetteranno di dare risposta agli interrogativi tuttora in sospeso – ben evidenziati dal rapporto commissionale – riguardo all'entrata in funzione delle nuove disposizioni federali relative al funzionamento delle degenze nelle cliniche private. In altre parole, le decisioni di maggiore portata relative all'assetto e al funzionamento futuro degli ospedali nel nostro Cantone dovranno essere affrontate in futuro, segnatamente nel corso delle discussioni sulla prossima pianificazione ospedaliera.

Non voglio con questo sminuire l'importanza del contributo sul quale siamo chiamati a esprimerci. L'importo richiesto di 169.5 milioni di franchi, ora ridotto a 165.8 per un meccanismo di calcolo che spiegherà il relatore, a cui si aggiungono altri 26.4 milioni per il pagamento delle rette dei pazienti degenti in reparti privati o semi privati, per un totale che supera i 192 milioni di franchi, è senza dubbio molto rilevante. Non è del resto una novità che i costi della salute e, di riflesso, anche gli importi di cui l'ente pubblico deve farsi carico, sono ingenti. Si tratta comunque del prezzo da pagare per poter continuare ad assicurare alla nostra popolazione cure ospedaliere di qualità, ciò che risponde peraltro a un'esigenza sicuramente sentita e diffusa.

Al di là delle cifre, seppure ragguardevoli, va comunque sottolineato che l'Ente ospedaliero, grazie a una gestione oculata e attenta al contenimento dei costi, ha saputo fare in modo che l'aumento delle spese fosse più contenuto rispetto alla svalutazione della moneta. Per questa ragione, negli ultimi anni, la spesa in termini reali per il settore è perfino leggermente diminuita pur di fronte ai continui progressi delle cure. Dal 2003 al 2009 i costi in termini reali, ovvero depurati dall'inflazione, sono infatti diminuiti da 155.5 a 146.6 milioni di franchi. Non mi addentro nei temi più specifici trattati nel rapporto e, in modo ancora più articolato, nel messaggio se non per ribadire da un lato la soddisfazione per i risultati molto positivi raggiunti dall'Ente anche nel confronto intercantonale e, d'altro canto, per sottolineare che i principali nodi da sciogliere, ovvero quello dell'assunzione da parte del Cantone delle spese di degenza in cliniche private e quello della futura pianificazione ospedaliera, dovranno essere affrontati nel corso dei prossimi anni. Per il momento, a nome del gruppo PLR, porto l'adesione all'approvazione del contributo globale richiesto.

PANTANI R., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO LEGA - La nostra popolazione gode di un'assistenza sanitaria di alta qualità per non dire eccellente. Ve lo garantisce qualcuno che periodicamente la tocca con mano. Il rapporto commissionale contiene alcune affermazioni che non condivido assolutamente. Cito testualmente: *«la pressione sui costi nel mondo ospedaliero e in generale in tutto quello sanitario esiste e si accentuerà ancora nei prossimi anni. Le cause non vanno ricercate nei sistemi di finanziamento bensì nella crescita continua dei bisogni e dei costi che la società e l'economia in generale fanno sempre più fatica a sopportare»*.

Perché dunque il Cantone deve elargire 26'338'400 franchi quale finanziamento per i pazienti degenti nei reparti privati e semi-privati? Personalmente sono un paziente comune, pago 497 franchi mensili di cassa malati e sono bene assistito. Regolarmente mi accorgo che la sola differenza tra me e un paziente privato non è fortunatamente il trattamento sanitario, che in fin dei conti è quello che conta, ma è unicamente il trattamento alberghiero. Perché mai allora i pazienti che scelgono la classe comune debbono dare più di 26 milioni a chi pretende un diverso trattamento alberghiero? Chi sceglie di volere un trattamento superiore se lo paghi. Siamo di fronte a un vero sperpero di denaro pubblico che ci deve far riflettere sulla volontà di risparmio del Parlamento. Chiedo pertanto che sia cancellato l'art. 2 del decreto legislativo in esame. Chi sceglie la clinica privata la paghi. Non vedo perché dovrei pagare per i signori Berlusconi o Mantegazza che scelgono il ricovero nella clinica di Gravesano.

SALVADÈ G. - A questo punto è necessaria una rettifica. Il collega Pantani è intervenuto a titolo personale perché la sua opinione non è stata discussa all'interno del nostro gruppo parlamentare.

PESENTI P., DIRETTRICE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ -

La veemenza dell'intervento appena ascoltato avrebbe meritato una vera discussione in Parlamento. Peccato che non siamo nel Parlamento giusto: questa discussione va fatta a Berna. Ci si sbaglia su tante cose, ci si può sbagliare anche sul Parlamento.

La disposizione che riguarda il finanziamento alle rette dei pazienti degenti in camera privata e semi-privata è dettata da una legge federale del 21 giugno del 2002 sull'adattamento delle partecipazioni ai costi delle cure ospedaliere. Si tratta di diritto federale che il Parlamento non può cambiare neppure se ne discutessimo per delle ore. È inutile inveire contro di me che, oltretutto, non ero neanche così d'accordo quando il Parlamento federale ha adottato questa modifica.

Torno alla discussione che ci compete riprendendo alcuni punti interessanti scaturiti dai diversi interventi che si sono succeduti.

Concordo con il deputato Caimi nel constatare che è un peccato vedere come di solito i conti dell'Ente ospedaliero non suscitino discussione, perché accanto alle eventuali critiche ci sono senz'altro molti aspetti positivi da sottolineare, non da ultimo la buona qualità delle prestazioni dei nostri ospedali pubblici.

Per il 2009 (eccetto la questione delle ospedalizzazioni private che non dipende dal Cantone) vi proponiamo un contributo globale per le prestazioni a carico del Cantone di 165.8 milioni di franchi.

Contrariamente a quanto affermato da qualcuno l'aumento non è dell'1.5% bensì dello 0.9% che, in termini assoluti, ammonta a 1.5 milioni di franchi. Vi è dunque una diminuzione del contributo globale, come ha già sottolineato il deputato Franco Celio, considerato un rincaro dell'1.5%.

È un risultato che merita certamente di essere evidenziato visto che è unico in Svizzera. Non sono molti, a mia conoscenza, gli ospedali cantonali che presentano ai loro Parlamenti risultati come quello dell'EOC e, soprattutto, che hanno ricevuto particolari menzioni nei confronti intercantonali: sebbene tali confronti possano apparire discutibili vi ricordo che alcuni ospedali dell'Ente figurano tra i migliori in Svizzera.

Un altro aspetto sollevato nel rapporto e nella discussione odierna riguarda il tasso di occupazione dei letti, sul quale ci siamo già espressi per iscritto rispondendo a una

domanda formulata dalla Commissione della gestione e delle finanze. La diminuzione delle degenze e quindi del numero di giornate non è un fenomeno specifico dell'Ente, ma è un fenomeno generale e positivo. La durata della degenza diminuisce in tutti gli ospedali acuti e il tasso dell'87% è del tutto in linea con i tassi medi registrati in Svizzera. In Ticino possiamo addirittura parlare di tasso differenziato: l'85% per gli ospedali acuti e il 90% per gli ospedali di Acquarossa e la clinica di Novaggio. Naturalmente il tasso di occupazione è il risultato di una media annuale, ciò che implica che, periodicamente, ci sono letti che non sono occupati. In questo senso un minor numero di letti non significa automaticamente un minor costo. È senz'altro vero che questi indicatori vanno monitorati ed è giusto valutarli. I risultati sin qui raggiunti, con un aumento contenuto dello 0.9% da un anno all'altro, mostrano un contenimento importante della spesa che va sottolineato. Per ciò che concerne i rapporti tra l'Ente e le cliniche private il rapporto riprende le considerazioni del Consiglio di Stato che hanno sottolineato quanto l'Ente ospedaliero ha già messo in atto con le cliniche in termini di collaborazione. Nel solco di questo indirizzo e di queste intese sarà importante verificare tutti i settori di collaborazione fra pubblico e privato che potranno essere promossi a favore dei cittadini incentivando sinergie ed evitando soprattutto doppioni. È la grande scommessa della pianificazione ospedaliera dei prossimi anni.

Termino con una breve considerazione riguardo ai DRG (Diagnosis related groupes) o sistema di finanziamento forfait per caso. Si tratta di uno strumento di misurazione delle prestazioni in base alle patologie che, secondo la modifica della LAMal votata nel dicembre del 2007, diventerà obbligatorio per tutti i Cantoni a partire dal 1° gennaio 2012. In Ticino si è partiti molto presto, nel 2003, con un gruppo assicurativo al quale l'Ente ha iniziato a fatturare tutto per prestazione e non più per giornata di degenza. Nel 2012, quando sarà obbligatorio per tutti, l'Ente potrà avvalersi della sua esperienza trasmettendola a chi si appresterà a cominciare con questo nuovo sistema. I DRG naturalmente, come ogni strumento, possono essere usati più o meno correttamente.

Il relatore richiama alcune deviazioni applicative sulla base dell'esperienza e parla in particolare dell'esperienza germanica. In seguito ne evidenzia però anche gli aspetti positivi sulla base della sua introduzione e sperimentazione in seno agli ospedali dell'Ente. A mio giudizio l'esperienza dell'Ente ospedaliero è una capitalizzazione che sarà utile a tutti e che, in un certo senso, dovrebbe anche permettere di affrontare la nuova fase della generalizzazione del sistema DRG a tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private evitando ad altri di commettere grossi errori.

Anche in questo caso come sul tema della qualità il contesto è nazionale. Il mandato di sviluppare il sistema è stato affidato alla neo costituita società Suisse DRG con il patrocinio della Confederazione e dei Direttori cantonali della sanità.

Vi chiedo dunque di approvare il contributo globale facendo una distinzione tra quanto è a carico del Cantone e quanto invece è previsto come finanziamento dei privati dovuto a una norma federale.

GHISLETTA R., RELATORE - Ci apprestiamo ad approvare il contributo globale per l'EOC. Nel redigere il rapporto abbiamo cercato di evidenziare le preoccupazioni circa il futuro sistema di finanziamento e toccato anche alcune questioni di attualità. Abbiamo inoltre raccolto gli stimoli che il collega Caimi ci aveva suggerito nella discussione sul rendiconto 2007. La situazione andrà evidentemente monitorata anche per quanto riguarda la diminuzione dei posti letto in atto all'EOC. Occorrerà controllare costantemente anche i nuovi sistemi di finanziamento, dei quali molto si parla soprattutto nella Svizzera tedesca e in Germania, basati su forfait e che richiedono sistemi di controllo affinché la

medicina non si trasformi in una produzione standardizzata che non si occupa più del singolo caso.

Il rapporto fa riferimento anche a quello della Commissione speciale sanitaria (cfr. capitolo 3) che alcuni mesi or sono ha espresso la sua preoccupazione riguardo al monitoraggio della qualità delle cure. Questi sistemi vanno di pari passo con l'introduzione dei nuovi sistemi finanziari, che tuttavia è bene utilizzare con prudenza, come ricordava anche la Consigliera di Stato, per evitare un uso troppo economicistico dei sistemi di finanziamento a forfait.

Per quanto riguarda invece l'occupazione dei posti letto ribadisco quanto è già stato rilevato nel dibattito e cioè che il tasso di occupazione è solo un parametro. La riduzione dei singoli posti letto non porta grossi benefici finanziari, che si possono ottenere unicamente sopprimendo interi reparti. Sarà un compito della pianificazione ospedaliera riuscire a trovare dei sistemi più razionali nella gestione dei reparti.

Vi devo un'ultima breve spiegazione. Al capitolo 1 del rapporto, in fondo, è rimasto un refuso: l'importo effettivo da votare è di 165.8 milioni (e non 169.5). Trovate la spiegazione al capitolo 6 del rapporto che avete ricevuto oggi. Il Consiglio di Stato ha adattato il calcolo per il contributo globale EOC al livello dell'inflazione pari quindi a 165.84 milioni (art. 1 decreto legislativo). La cifra leggermente inferiore deriva dal fatto che l'inflazione prevista è calata dal 2.5 all'1.5 %. All'art. 2 invece non possiamo far altro che votare la cifra di 26'338'400, come indicato nel decreto legislativo, considerata la decisione del Tribunale federale delle assicurazioni del 30 novembre 2001 che obbliga i Cantoni a pagare una quota corrispondente a quella versata per la degenza in camera comune. Per questi pazienti paghiamo ciò che pagheremmo se fossero pazienti comuni. È questa la ragione che aveva determinato la sentenza del TF codificata nella legge federale dell'11 giugno 2002.

Purtroppo non ci sono scappatoie. Paghiamo l'equivalente del costo della camera comune e nessun lusso in più.

CAIMI C.L. - Replico brevemente su un tema a cui finora non si riesce a dare una spiegazione e vorrei capirne la ragione.

Nel 2005 abbiamo votato una pianificazione ospedaliera secondo cui per ridurre i costi occorreva ridurre i posti letto. Oggi mi si dice che il numero di letti non è importante per la diminuzione dei costi.

A questo punto non mi tornano i conti perché la prossima pianificazione ospedaliera sarà fondata ancora una volta sulla riduzione del numero dei posti letto. Dopo tre anni vorrei capire come si esplicita il discorso pianificatorio che abbiamo deciso sul piano dei risparmi. Se il numero dei letti non costituisce una componente importante perché mai allora ne abbiamo ridotto il numero? Vorrei che in proposito mi si desse una risposta chiara.

Il collega Ghisletta sostiene che non si può dimostrare che il numero dei posti letto incide sui costi. Vorrei capire perché, se questo fatto ha costituito l'aspetto preponderante della pianificazione ospedaliera. Se è un discorso ormai superato lo si dica chiaramente.

PESENTI P., DIRETTRICE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ -

Non si possono fare evidentemente calcoli precisi attorno a questo tema. Si constata però che con la diminuzione del numero di letti all'interno dell'Ente ospedaliero, attuata con la messa in vigore della prima fase pianificatoria, si è verificata una diminuzione della spesa in termini reali. Certamente la diminuzione dei letti è uno dei fattori che ci permette di

avere una decrescita dei costi. Non bisogna però dimenticare anche tutti i numerosi sforzi effettuati dell'EOC per diminuire i costi, in particolare quello di centralizzare una serie di servizi quali i laboratori, la contabilità, la lavanderia e altri ancora. Altri sforzi possono essere riassunti nell'uso del contratto di prestazione che permette di vedere nel dettaglio che cosa si spende e che cosa può essere ottimizzato.

La discussione di entrata in materia è dichiarata chiusa.

Messa ai voti, l'entrata in materia è accolta all'unanimità dei 47 voti espressi.

È aperta la discussione sui singoli articoli del disegno di legge annesso al rapporto commissionale.

Sono menzionati a verbale solo gli articoli oggetto di discussione o di proposte di modifica.

Articolo 2

- Emendamento di Rodolfo Pantani (stralcio)

~~L'ammontare di fr. 26'338'400.- quale finanziamento a carico dello Stato delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semi-privati è approvato. Abrogato~~

Messo ai voti, l'emendamento è respinto con 2 voti favorevoli, 44 contrari e un'astensione.

La discussione sui singoli articoli è dichiarata chiusa.

Messi ai voti, i singoli articoli e il complesso del decreto legislativo annesso al rapporto commissionale sono accolti con 45 voti favorevoli e un'astensione.

L'adesione del Consiglio di Stato è recata dalla Direttrice del Dipartimento della sanità e della socialità.

6. CHIUSURA DELLA SEDUTA E RINVIO

Alle ore 19:20 la seduta è tolta e il Gran Consiglio è riconvocato per martedì 16 dicembre 2008.

Per il Gran Consiglio:

Il Presidente, Norman Gobbi

Il Segretario generale, Rodolfo Schnyder