

ANNO 2015/2016

Seduta XXI: martedì 15 dicembre 2015 - pomeridiana

SOMMARIO

1. • Aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, parte pianificazione ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e parte pianificazione case di cura, seconda fase (art. 39 cpv. 3 LAMal)
 - Legge sugli istituti di cura
 - Modifica della legge sull'EOC (Ente ospedaliero cantonale)
 - Rapporto sull'iniziativa popolare generica "Giù le mani dagli ospedali" [2944](#)
 - [Messaggio del 26 maggio 2014 n. 6945](#)
 - [Messaggio aggiuntivo del 1° ottobre 2014 n. 6945A](#)
 - [Rapporto di maggioranza del 30 novembre 2015 n. 6945/6945AR1; relatore: Bixio Caprara](#)
 - [Rapporto di minoranza del 30 novembre 2015 n. 6945/6945AR2; relatori: Milena Garobbio e Matteo Pronzini](#)
 - [Parere del 15 dicembre 2015 della Commissione della gestione e delle finanze](#)
 - [Lettera del 15 dicembre 2015 del Consiglio di Stato – Osservazioni agli emendamenti](#)
2. Chiusura della seduta e rinvio [2981](#)

PRESIDENZA: Luca Pagani, Presidente

Alle ore 14:05 il Presidente dichiara aperta la seduta, presenti 86 deputati.

Sono presenti le signore e i signori deputati:

Agustoni - Aldi - Ay - Bacchetta-Cattori - Badasci - Balli - Bang - Battaglioni - Beretta Piccoli - Bignasca - Bosia Mirra - Canepa - Caprara - Cavadini - Caverzasio - Cedraschi - Celio - Corti - Crugnola - Dadò - De Rosa - Delcò Petralli - Denti - Ducry - Durisch - Farinelli - Ferrara Micocci - Ferrari - Filippini - Foletti - Fonio - Franscella - Frapolli - Gaffuri - Galeazzi - Galusero - Garobbio - Garzoli - Gendotti - Ghisla - Ghisletta - Ghisolfi - Gianella - Gianora - Giudici - Guerra - Guscio - Jelmini - Kandemir Bordoli - Käppeli - Kappenberger - La Mantia - Lurati I. - Lurati S. - Lurati Grassi - Maggi - Mattei - Merlo - Minoretti - Minotti - Morisoli - Ortelli - Pagani - Pagnamenta - Pamini - Paparelli - Passalia - Patuzzi - Pedrazzini - Peduzzi - Pellanda - Pini - Pinoja - Polli - Pronzini - Quadranti - Robbiani - Rückert - Sanvido - Savoia - Schnellmann - Seitz - Storni - Terraneo - Viscardi - Zanini

Si sono scusati per l'assenza:

Badaracco - Bergonzoli - Brivio - Ramsauer

1. - **AGGIORNAMENTO DELLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA, PARTE PIANIFICAZIONE OSPEDALI (ART. 39 CPV. 1 LAMAL) E PARTE PIANIFICAZIONE CASE DI CURA, SECONDA FASE (ART. 39 CPV. 3 LAMAL)**
 - **LEGGE SUGLI ISTITUTI DI CURA**
 - **MODIFICA DELLA LEGGE SULL'EOC (ENTE OSPEDALIERO CANTONALE)**
 - **RAPPORTO SULL'INIZIATIVA POPOLARE GENERICA "GIÙ LE MANI DAGLI OSPEDALI"**

Messaggio del 26 maggio 2014 n. 6945

Ai sensi dell'art. 132 LGC, le deliberazioni parlamentari si svolgono nella forma del dibattito organizzato.

Conclusioni del rapporto di maggioranza della Commissione speciale per l'esame della pianificazione ospedaliera (CPO): si invita il Gran Consiglio ad approvare, con le considerazioni in esso contenute, i disegni di decreto legislativo e di legge allegati al rapporto stesso.

Conclusioni del rapporto di minoranza della Commissione speciale per l'esame della pianificazione ospedaliera (CPO): si invita il Gran Consiglio a:

- *respingere il disegno di legge sugli istituti di cura e sostegno funzionale;*
- *respingere il decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie; nel contempo si invita il Consiglio di Stato a presentare al Parlamento al più presto una proposta aggiornata di attribuzione dei mandati rivista e corretta sulla base delle considerazioni del prerapporto del 22 gennaio 2015 della CPO;*
- *accogliere il disegno di legge sull'EOC del 19 dicembre 2000 proposto dalla minoranza della CPO;*
- *raccomandare al popolo di accogliere l'iniziativa popolare generica del 4 aprile 2013 del Movimento per il Socialismo denominata "Giù le mani dagli ospedali".*

Ai sensi dell'art. 50 LGC (Collisione di interessi) il deputato Fabio Bacchetta-Cattori non prende parte alla discussione e perciò lascia la sala.

È aperta la discussione.

PINOJA G. - Mi chiedo come sia possibile affrontare oggi un messaggio così importante. Siamo di fronte a una condivisione solo parziale da parte della Commissione speciale per

l'esame della pianificazione ospedaliera (CPO) e inoltre sono stati annunciati ben 25 emendamenti, la cui accettazione, anche solo parziale, potrebbe mettere in dubbio l'adesione da parte del Consiglio di Stato, rendendo necessaria una seconda lettura. Il gruppo UDC considera più che validi questi motivi per chiedere formalmente il rinvio del messaggio.

Ai sensi dell'art. 137 LGC è aperta la discussione sulla proposta di rinvio formulata dal capogruppo La Destra.

KANDEMIR BORDOLI P. - Sosteniamo la richiesta di rinvio del collega Pinoja. Si tratta di un lavoro complesso, ma la modifica all'ultimo minuto del rapporto di maggioranza, la complessità del tema e i numerosi emendamenti creano confusione e non permettono secondo noi di poter procedere con il dibattito.

CAPRARA B., RELATORE DI MAGGIORANZA - Non posso evidentemente aderire alla proposta del gruppo La Destra. Devo sottolineare alcuni aspetti: una ventina dei 25 emendamenti di cui si è parlato è stata proposta dai sostenitori del rapporto di minoranza, che hanno declinato tutti i punti dello stesso in emendamenti. Erano quindi solo due su 13 i membri della CPO che hanno sottoscritto il rapporto di minoranza. Credo che la Commissione sia stata messa molto sotto pressione da interessi di parte e quindi vi è stato chi si è sentito in dovere di firmare con riserva il rapporto per poi potersi esprimere su aspetti puntuali, ma assicuro che la struttura di base del rapporto è stata ampiamente condivisa dalla Commissione o almeno dalla maggioranza di essa. Non vi sono pertanto motivi concreti per un rinvio e ricordo che secondo la LAMal [RS 832.10] sarebbe stata necessaria una pianificazione già dal 1° gennaio 2015. Siamo quindi in notevole ritardo e oggi una mancata decisione sarebbe una scelta pessima.

PRONZINI M., CORRELATORE DI MINORANZA - Sostengo e condivido la richiesta avanzata dal gruppo La Destra di rinviare la discussione. A parte il fatto di sapere chi ha proposto quali emendamenti (come quello presentato dal Dipartimento della sanità e della socialità per interposta persona riguardante la scelta tra l'art. 39 cpv. 1 o l'art. 39 cpv. 3, che modifica nella sostanza la discussione sulla pianificazione), alla luce anche delle discussioni avvenute ieri in seno alla CPO che hanno visto il gruppo Lega cambiare opinione su questa importante decisione, credo sia opportuno rimandare il dibattito per permettere di trovare una soluzione. Ricordo poi che il rapporto della Commissione della gestione e delle finanze, che non si esprimeva in merito al rapporto di maggioranza della CPO, è stato cambiato in corsa ieri, e che ci sono stati cambiamenti anche nel decreto consegnato ai deputati, ad esempio riguardanti la geriatria (nei documenti ricevuti a casa in precedenza non erano indicati i mandati di questa specialità).

JELMINI L. - È comprensibile lo smarrimento di fronte a tanti emendamenti, ma temo che il rinvio non serva a nulla. Abbiamo già ampiamente discusso e le posizioni sono piuttosto chiare sulla maggior parte degli emendamenti, come precisato dal relatore di maggioranza

Caprara, presidente della CPO. Ritengo sia il caso di discuterne oggi poiché i ticinesi meritano di vedere concretizzata questa pianificazione ospedaliera.

BELTRAMINELLI P., DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - Sono sorpreso da questa richiesta, visto che il messaggio risale al mese di maggio del 2014. Il lavoro intenso su questo tema è iniziato ben prima e ha portato alla produzione di vari rapporti. Vi sono alcune controversie: venticinque emendamenti significano che non si sta improvvisando e che il tema è molto importante e come tutti i temi importanti occorre saperlo affrontare. Ringrazio coloro che sono intervenuti chiedendo di non rinviare la discussione poiché non capisco cosa cambierebbe con un posticipo. Sostanzialmente chi ha redatto il rapporto di minoranza e ha deciso di presentare gli emendamenti per poter votare quanto proposto dal rapporto di minoranza non cambierà idea. Ricordo che vi era l'intenzione di votare questa pianificazione già all'inizio di quest'anno, prima delle elezioni cantonali, per un senso di responsabilità nei confronti di una legge federale che prevedeva l'introduzione di una pianificazione a gennaio 2015, come affermato dal relatore di maggioranza Caprara.

Capisco perfettamente che il tema è complicato e anche per questa ragione in tutti i Cantoni svizzeri non è il Parlamento che se ne occupa. Non ho tuttavia nessun problema ad affrontare la discussione in quest'aula e quindi mi rimetterò alla decisione del Gran Consiglio. Non si tratta di clima avverso, ma occorre esporre le proprie visioni in modo tranquillo pensando alla salute e alla cura dei pazienti (sia noi del Governo sia i rappresentanti del Parlamento). Vi è un punto su cui divergono le opinioni, ma non concerne le cure in senso stretto (contenuti sanitari) bensì il sistema di pagamento. Non sono quindi ostacoli insanabili.

Per ciò che riguarda l'intervento del deputato Pronzini in merito alla geriatria acuta, il messaggio descrive chiaramente a cosa essa deve essere attribuita e non è cambiato nulla rispetto a maggio 2014. È vero che (lo scorso anno) era stato commesso un errore in una tabella che è però poi stato corretto e confermo che la geriatria acuta è attribuita anche a Mendrisio e alla Clinica luganese, oltre che a Locarno, come previsto da sempre. Invito pertanto a volere affrontare questo importante e delicato tema già oggi.

La discussione sulla proposta di rinvio è dichiarata chiusa.

Messa ai voti, la proposta di rinvio è respinta con 21 voti favorevoli, 52 contrari e 3 astensioni.

È aperta la discussione di entrata in materia.

CAPRARA B., RELATORE DI MAGGIORANZA - La Commissione speciale per l'esame della pianificazione ospedaliera (CPO) è stata istituita da questo Parlamento nell'aprile del 2014 e la seduta costitutiva si è svolta il 30 aprile di quell'anno. L'obiettivo era approfondire i contenuti del messaggio, a cui si contrapponeva l'iniziativa *Giù le mani dagli ospedali* inoltrata addirittura prima della presentazione del messaggio da parte del Consiglio di Stato, avvenuta il 26 maggio 2014. La Commissione doveva tenere conto di una particolarità ticinese, ossia che nel nostro Cantone la pianificazione ospedaliera –

come ben detto dal Consigliere di Stato Beltraminelli – è di competenza del Gran Consiglio (secondo l'art. 65 della LCAMal [RL 6.4.6.1], con la clausola, nel caso di cambiamenti significativi proposti dalla Commissione, della richiesta di preavviso del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze. Ciò nel frattempo è avvenuto).

Desidero ringraziare i colleghi e le colleghe che hanno partecipato con grande impegno ai lavori commissionali. Il tema era molto complesso e il materiale da valutare molto articolato. Numerose sono state le critiche del Consiglio di Stato, il che ha reso indispensabile l'ascolto di molti enti e persone che avevano chiesto audizione. Il ritmo di lavoro è stato pertanto serrato, con 20 riunioni nel 2014 e tre nel 2015, prima delle elezioni cantonali. Il 16 giugno 2015 è stata costituita la nuova Commissione, a cui sono seguite altre sette riunioni, per un totale di 28 riunioni in circa 13 mesi concretamente disponibili. Una difficoltà ulteriore è stata l'impossibilità materiale di ultimare il lavoro entro la fine della passata legislatura, cosa che ha costretto la Commissione a inventarsi la soluzione del prerapporto del gennaio del 2015, proprio per consentire un'informazione trasparente al Gran Consiglio ed evitare che il lavoro compiuto andasse perduto nel cambio di legislatura.

La pianificazione ospedaliera è una questione piuttosto complicata: non a caso in tutti gli altri Cantoni è lasciata al Governo. È infatti necessario tenere conto di molti aspetti. Sviscerare il tema della qualità delle cure è stato il vero cruccio della Commissione, così come assicurare alla popolazione ticinese la qualità delle cure migliore possibile nel rispetto del criterio dell'economicità, definendo la qualità adeguata al bisogno del paziente. Un altro aspetto è rappresentato dal quadro giuridico di riferimento e dalla base giuridica federale della LAMal, che, secondo l'art. 39 cpv. 1 lett. c, obbliga i Cantoni (singolarmente o più Cantoni assieme) ad approntare una pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, dopo aver preso in considerazione gli enti privati. Il Cantone Ticino, con una presenza del 40% di letti in cliniche private (contro il 20% della media svizzera), richiede anche su questo punto un approccio specifico e particolare. Ricordo che l'attività ambulatoriale esula dall'obbligo pianificatorio, almeno per il momento.

Si è trattato di capire, per una Commissione di laici come i granconsiglieri (tranne alcune debite eccezioni), il vero significato del fabbisogno ospedaliero nel nostro Cantone, cosa significa il termine "ospedale somatico acuto", cos'è un "trattamento acuto specialistico" che in Svizzera viene fatturato secondo il tariffario SwissDRG, tariffa a forfait secondo i punti della singola patologia moltiplicati per il valore del punto attribuito al singolo ospedale). Significa inoltre capire perché vi sarebbero tremila ospedalizzazioni "improprie", ossia pazienti che rimangono in ospedale in quanto non vi sono alternative (poiché ad esempio non possono rientrare a domicilio o non sono adatti a una casa per anziani medicalizzata, oppure ancora poiché hanno bisogno di cure particolari e specifiche dopo la fase acuta specialistica). Era inoltre importante precisare quali fossero le corrette fasi del trattamento del paziente nell'ospedale e al di fuori di esso per assicurare la giusta continuità di trattamento, dalla fase acuta specialistica alla possibile successiva fase acuta di minore intensità (e per gli anziani una possibile cura acuta transitoria in casa per anziani).

Un altro aspetto era capire se fosse possibile individuare una strategia d'insieme della sanità ticinese e capire quale dovrebbe essere, considerati la forte concorrenza dei centri specialistici d'oltre Gottardo, la presenza considerevole di attori privati con filosofie di gestione e cultura aziendale molto diverse fra loro e il ruolo centrale e irrinunciabile svolto dall'Ente ospedaliero cantonale (EOC), con la particolarità dell'ospedale multisito (un'organizzazione che non trova eguali in Svizzera), che richiede un aggiornamento di strategia di fronte agli importanti cambiamenti in corso.

La prossima grande sfida del master in medicina era un altro elemento da considerare ed è stata lanciata da questo Parlamento con l'approvazione della facoltà in biomedicina all'USI di Lugano. Capire infine che il settore ospedaliero è una realtà economica e sociale importante che suscita grande interesse: da parte della popolazione, consapevole che la salute è un bene particolarmente prezioso con un aspetto emozionale molto forte; da parte di enti pubblici come i Comuni per il ruolo di datore di lavoro mai secondario svolto da un ospedale; da parte delle aziende pubbliche e private che vi operano; da parte dei singoli attori, siano essi medici primari, capi-reparto, levatrici, personale infermieristico (tutti direttamente coinvolti dalle varie decisioni in corso). Infine vi è la consapevolezza che sono diverse le centinaia di milioni di franchi in gioco.

Il controllo della spesa pubblica era un ulteriore tassello importante da tenere presente, e ogni soluzione doveva tenere conto della sua concreta sostenibilità, tanto più in un contesto finanziario critico come quello attuale. Occorreva infine considerare che addirittura prima della presentazione del messaggio governativo era già stata depositata un'iniziativa popolare in difesa dello status quo e delle strutture degli ospedali regionali. Per trovare le giuste risposte a questi numerosi quesiti e tenere conto dei diversi aspetti sollevati sono state determinanti le molte audizioni effettuate dalla Commissione.

Quali sono i punti salienti e prioritari del rapporto della CPO su cui vorrei attirare l'attenzione? Il primo è di sicuro la proposta di creare dei reparti acuti di minore intensità (i famosi letti AMI); il secondo è l'attribuzione di mandati; il terzo è l'adeguamento della legge sull'ente ospedaliero cantonale (LEOC); il quarto è la posizione della Commissione in merito all'iniziativa. I colleghi deputati avranno certamente letto attentamente il rapporto e chiedo venia se il testo è un po' lungo. Senza entrare in ogni dettaglio mi preme sottolineare gli elementi centrali che hanno portato la Commissione a conclusioni diverse rispetto all'impostazione iniziale del messaggio governativo.

Il primo è il tema dei letti AMI: il punto più difficile e controverso che ha visto la Commissione distanziarsi dalla proposta del messaggio è stata l'abolizione della legge sugli istituti di cura, a cui in alternativa è stata proposta la realizzazione di reparti AMI all'interno di realtà esistenti. I motivi centrali di questa proposta sono in fondo due: dapprima la qualità delle cure e per questo riprendo un'affermazione fondamentale della Commissione della pianificazione sanitaria nel definire le caratteristiche dell'allora istituto di cura proposto. Il rapporto¹ della Commissione della pianificazione sanitaria nel definire le caratteristiche dell'istituto di cura afferma, a pagina 78, che *«l'introduzione del sistema tariffale SwissDRG induce a dimissioni più rapide dalle strutture acute, con il bisogno conseguente di accoglienza di persone sempre più fragili. Le competenze medico-infermieristiche delle CAT++/STT dovrebbero quindi essere ulteriormente accresciute, con un avvicinamento del costo per giornata a quello degli istituti con medicina di base»*. E inoltre: *«Appare fondamentale che questo tipo di cura che completerebbe l'offerta sanitaria attuale insieme all'ospedale acuto (a monte) e le case per anziani (...) (a valle) sia erogata da strutture più vicine al settore somatico-acuto che non a quello sociosanitario»*. Detto in altre parole, la Commissione di esperti del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) che ha lavorato dal 2010 al 2014 sulla pianificazione precisava la necessità di organizzare un'offerta sanitaria successiva alla fase acuta specialistica e che la stessa avrebbe dovuto essere gestita da strutture ospedaliere piuttosto che da case per anziani.

¹ Commissione della pianificazione sanitaria, Dipartimento della sanità e della socialità, *Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), Parte pianificazione ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e Parte pianificazione case di cura 2a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal)*, Bellinzona, aprile 2014.

Il secondo aspetto, direttamente correlato al primo, è la chiarezza istituzionale. In questa sala abbiamo ribadito più volte la necessità di definire bene compiti e competenze tra Cantone e Comuni. Abbiamo approvato con fatica un progetto 2020² che dovrebbe portare a sciogliere e rivedere i diversi compiti pubblici attribuendo compiti e competenze ai rispettivi livelli istituzionali. Il principio della responsabilità gestionale e finanziaria allo stesso livello dovrebbe essere difeso con forza da questo Parlamento se si vuole uscire dalla situazione attuale. Nel settore sanitario, il Parlamento nel 2001 fece una scelta chiara attribuendo al Cantone la responsabilità degli ospedali e ai Comuni la gestione delle case per anziani. Perché creare quindi un nuovo ibrido, come previsto dall'art. 11 cpv. 1 della proposta di legge sugli istituti di cura (secondo cui la ripartizione del contributo globale «è assunta da Cantone e Comuni nella misura di un mezzo ciascuno»)? Se è vero che sono necessarie cure acute di minore intensità, il cui contenuto sanitario è più vicino all'attività ospedaliera rispetto alla casa per anziani, allora le conseguenze sono chiarissime: siamo di fronte all'esigenza, fatta propria dalla Commissione, di creare non nuove e complicate realtà istituzionali e nuove leggi, ma specifici reparti ospedalieri con un compito ben definito, un'offerta di qualità di cura chiara e una contabilizzazione separata rispetto allo SwissDRG che regola la fase acuta specialistica. Questo è il punto centrale che deve essere chiaro a tutti. Il profilo del paziente, il contenuto sanitario, la presenza medica e infermieristica sono stati definiti e condivisi dal Dipartimento e dall'EOC. È il modello esposto nel capitolo 2.1.2 del rapporto di maggioranza (pag. 12), che indica un costo di riferimento di 510 franchi. A questo punto nasce il quesito relativo al finanziamento di questo costo, acquisito il fatto che gli attori paganti in ogni caso saranno tre: gli assicuratori malattia, il Cantone e i pazienti.

La discussione in Commissione è stata molto ampia e il tema è complesso. Le alternative devono essere trovate all'interno della LAMal e sono alla fine solo due: si tratta di capire se i letti AMI possono essere finanziati secondo l'art. 39 cpv. 1 della LAMal (che regola il finanziamento dei letti somatici acuti, ossia il 55% a carico del Cantone e il 45% a carico degli assicuratori malattia e 15 franchi quale contributo a carico del paziente) oppure, secondo l'art. 39 cpv. 3 (che regola il pagamento delle prestazioni sanitarie in case di cura, quindi in strutture successive alla fase acuta specialistica), a cui è correlato l'art. 50 che specifica l'assunzione delle spese in casa di cura. Ricordo che nel corso della procedura lo stesso Consiglio di Stato aveva inizialmente proposto alle casse malati di considerare gli istituti di cura secondo il cpv. 1, per poi spostarsi al cpv. 3 di fronte alla loro ferma contrarietà. Su questo punto il rapporto commissionale, dopo una discussione molto intensa, si è orientato verso il cpv. 1 proprio per la ferma convinzione di dover assicurare una prestazione pertinente al settore ospedaliero e non a una casa per anziani. Tuttavia, la discussione è proseguita anche dopo la consegna del rapporto e ora ci troviamo di fronte all'emendamento firmato dai colleghi Foletti, Jelmini e Pini che propongono il cpv. 3. Sull'emendamento tornerò quando sarà il momento.

Dopo diverse discussioni con il Dipartimento è stato trovato un compromesso per la creazione di 180 posti letto AMI (acuti di minor intensità) e 90 letti CAT (cure acute transitorie). Si tratta alla fine di 270 posti letto per la fase successiva alla fase acuta specialistica, di cui due terzi (letti AMI) da inserire in strutture ospedaliere e un terzo (letti CAT) in case per anziani. La ripartizione regionale dei letti AMI è stata piuttosto

² [Messaggio n. 7038](#): *Richiesta di un credito quadro di fr. 3'200'000, per il periodo 2015-2020 e dell'autorizzazione a effettuare una spesa di fr. 6'400'000 per l'elaborazione del progetto denominato "Ticino 2020, per un Cantone al passo con i tempi" inerente la "Riforma dei rapporti fra Cantone e Comuni"*, 21.01.2015. Il dibattito parlamentare è avvenuto il 23.09.2015.

pragmatica e ha tenuto conto delle strutture ospedaliere esistenti e delle rispettive possibilità di accoglienza. Per quanto riguarda i 180 letti AMI, 30 sono previsti ad Acquarossa, 30 alla clinica Varini, 15 a Locarno, 30 a Castelrotto, 30 a San Rocco, 15 a Mendrisio, con una ripartizione del 40% per il Sopraceneri e del 60% per il Sottoceneri. I letti CAT vengono raddoppiati dagli attuali 45 di Arzo, Cevio e Sonvico a 90 (con le aggiunte di Sementina e Sonvico). Anche in questo caso vi sono emendamenti riguardanti la situazione di Mendrisio a cui hanno fatto seguito gli emendamenti per Faido e sui quali tornerò più tardi.

Il secondo capitolo concerne l'attribuzione di mandati. La Commissione si è dovuta confrontare con parecchi malumori anche in questo caso (i problemi principali sono indicati nel rapporto). In generale la Commissione approva il principio della contrazione visto che è strettamente collegato alla qualità delle cure. Oggi ad esempio è un dato acquisito che un paziente con un sospetto infarto sia trasportato direttamente al Cardiocentro anche se si trova ad Airolo. Non sempre però l'attribuzione delle specialità ha convinto pienamente: il travaso di specialità dal San Giovanni al Civico (già molto congestionato, tanto da dover prendere in affitto sale operatorie alla clinica Sant'Anna), così come l'attribuzione di mandati senza tenere conto del dato quantitativo sui casi trattati, hanno suscitato non pochi malumori. Non è sembrato tuttavia opportuno aprire una discussione in Parlamento sull'attribuzione dei singoli mandati in quanto si tratta di un tema di competenza degli addetti ai lavori e degli specialisti. Onestamente discutere di mandati in quest'aula avrebbe potuto diventare una gara fra regioni poco edificante per la sanità ticinese, che deve invece premiare semplicemente la qualità delle cure.

La Commissione ha quindi optato per l'accettazione dell'attribuzione dei mandati, ma con un limite temporale di due anni, trascorso il quale si chiede: di essere informati sull'andamento della situazione; di pensare a una revisione e a una precisazione dei criteri di attribuzione definendo il numero minimo di casi per assicurare la qualità dell'intervento; di precisare ulteriormente l'approccio per trovare un punto di equilibrio tra la creazione di centri di competenza mantenendo una medicina di prossimità di qualità evitando la frammentazione eccessiva; di riflettere su una diversa modalità di coinvolgimento di primari e direttori sanitari degli ospedali per elaborare soluzioni maggiormente condivise. Sempre per quanto attiene all'attribuzione dei mandati, la Commissione, dopo avere ascoltato il Dipartimento, ha deciso di mantenere esclusivamente i volumi massimi di riferimento del contratto di prestazione. Questo è il vero criterio di controllo e di monitoraggio dell'attività dei diversi ospedali dal punto di vista quantitativo. I volumi massimi pianificatori erano invece fissati con margini talmente ampi – poiché dovevano durare per un periodo molto lungo – da risultare inefficaci e quindi inutili.

In merito alla modifica della legge sull'EOC (LEOC), ultimo capitolo del messaggio, deve essere chiaro che l'EOC è il fiore all'occhiello dell'offerta sanitaria del nostro Cantone ed è nell'interesse di tutti evitare di indebolirlo. Il Parlamento è anzi chiamato a mettere l'EOC nelle condizioni di meglio adeguarsi ai cambiamenti in atto nell'interesse del paziente ticinese. L'esigenza di adeguare la LEOC deriva dalla possibilità, tutta da valutare e approfondire, di trovare nuove forme di partenariato, ad esempio tra il Civico di Lugano e la clinica Sant'Anna di Sorengo in ginecologia e ostetricia, e a Locarno tra l'ospedale La Carità e la clinica Santa Chiara. Alla clinica Sant'Anna avvengono circa 800 parti all'anno e al Civico 400: meglio una concorrenza spietata o un'unione di intenti? Meglio continuare socializzando le perdite e privatizzando gli utili, considerando che i parti complicati restano al Civico, oppure si può auspicare un centro di competenze unico? Anche a Locarno è piuttosto evidente che l'integrazione delle due strutture – Carità e Santa Chiara –

consentirebbe una migliore economia di scala anche tenendo conto della forte fluttuazione stagionale dovuta alla consistente presenza di turisti nel Locarnese nella bella stagione.

Confermato il principio di apertura presso nuove forme di collaborazione, la Commissione ha voluto inserire alcuni vincoli nella legge affinché le regole del gioco oggi valide per l'EOC siano confermate, come il principio del primariato, il contratto collettivo, i posti di formazione. È stato inoltre indicato che tali progetti devono limitarsi ad attività nello stazionario con la presentazione di precise garanzie finanziarie e devono essere sottoposti al Gran Consiglio per approvazione.

Alla luce di queste considerazioni invito il Parlamento a non impostare la discussione come una lotta contro gli assicuratori malattia o le aziende sanitarie private o il DSS. Mi auguro che sia privilegiata una pianificazione che tenga conto dei bisogni dei ticinesi e dei cambiamenti intervenuti e dell'evoluzione della medicina moderna, preoccupandosi di offrire la miglior qualità possibile a un prezzo sostenibile e nel rispetto del diritto federale superiore, ossia la LAMal. Queste sono state le preoccupazioni che hanno guidato il lavoro della Commissione che ho avuto il piacere di presiedere.

GAROBIO M., CORRELATRICE DI MINORANZA - La CPO nell'aprile del 2014 ha iniziato a lavorare sul messaggio oggi in discussione, partendo da premesse che sembravano solide e condivise da tutti gli attori coinvolti. Man mano che si approfondiva la materia con analisi, raccolta di informazioni e audizioni, sono emerse parecchie perplessità che la Commissione ha esplicitato nel suo prerapporto di fine gennaio 2015, dove indicava di non poter accogliere la pianificazione così come presentata nel messaggio, senza modifiche sostanziali.

La pianificazione per prestazioni, il punto centrale del documento, è risultata controversa: si era chiesto di rivedere e correggere al più presto l'attribuzione delle specializzazioni, perché effettuata con logiche non condivisibili, utilizzando parzialmente i criteri del modello di Zurigo, spezzettando eccessivamente alcune specialità: senza un suo adeguamento si mette a rischio lo sviluppo di una medicina cantonale di qualità, causando maggiori disagi per i pazienti.

Altro punto: la contrarietà al modello degli istituti di cura. Si è maturata la convinzione che la fase successiva all'acuto specialistico dovesse avere un contenuto differente e dovesse rimanere di pertinenza ospedaliera. Da qui la proposta dei reparti acuti di minore intensità.

Problemi allora condivisi, tuttavia oggi per nulla risolti, ai quali si aggiunge la nostra opposizione alla modifica della legge sull'Ente ospedaliero cantonale, modifica che andrebbe a indebolire e compromettere il funzionamento degli ospedali pubblici.

Questi sono gli aspetti sostanziali che ci hanno portati a presentare un rapporto di minoranza.

Il voto dunque che oggi esprimerà il Parlamento ticinese sarà cruciale e segnerà la direzione che la politica vorrà dare all'offerta sanitaria, nello specifico ospedaliera, del nostro Cantone. La scelta sarà di andare nella direzione di smantellare il servizio pubblico in un settore così importante e sensibile, condizionati dal mantra "il Cantone deve risparmiare, bisogna tagliare", oppure di credere ancora nell'importanza del servizio pubblico, che significa rispondere ai bisogni della cittadinanza senza distinzioni, offrendo servizi che sottostanno a criteri di qualità, efficacia ed economicità.

Certo: economicità, ma ciò non significa tagliare o semplicemente privatizzare. Significa analizzare la domanda e l'offerta, significa riorganizzare i servizi sulla base del fabbisogno, significa avere il coraggio di proteggere le alte specialità assegnate al Ticino e non lasciarle in balia di sotterfugi, significa difendere il nostro ente ospedaliero cantonale, che

ha quale scopo – cito dall'articolo 2 della legge sull'EOC – di provvedere *«alla direzione e alla gestione di ospedali pubblici garantendo alla popolazione le strutture stazionarie e i servizi medici necessari»*. Una gestione da eseguire con *«criteri di efficienza e economicità»* cito sempre dall'articolo 2, che termina *«nel rispetto della promozione continua della qualità delle cure e dell'equità d'accesso alle cure»*.

È tutto racchiuso in questo prezioso articolo della legge sull'EOC. Un valido motivo, l'articolo 2, che ci fa dire no alla proposta di pianificazione ospedaliera così come presentata dal Consiglio di Stato e così come rivista dalla maggioranza commissionale, perché si scontra contro questi semplici principi: qualità, equità, efficienza.

Con il rapporto di minoranza ci opponiamo a questa pianificazione che taglia servizi dove servono, declassa ospedali che funzionano (pensiamo alle valli), attribuisce in modo incoerente e spezzettato specialità, distribuisce iniquamente letti nell'acuto di minore intensità (pensiamo al Mendrisiotto), taglia letti nel settore pubblico e poi, senza logica, li concede al privato (pensiamo alla psichiatria) e vuole privatizzare settori ospedalieri importanti con progetti poco definiti e che si sovrappongono, come quelli legati alla salute della donna.

L'attuale pianificazione deve tenere conto dell'entrata in vigore dal 2012 della riforma della LAMal che comporta, tra le altre modifiche, che gli assicuratori malattia e i Cantoni sono tenuti a pagare tutti gli istituti di cura figuranti sulla lista ospedaliera cantonale, immaginando che il principio della concorrenza avrebbe diminuito i costi. Purtroppo si è verificato il contrario: ci ritroviamo con una fattura maggiorata di ben 100 milioni di franchi, che ha messo in crisi il nostro bilancio, e con un gioco della concorrenza che non ha funzionato.

Probabilmente nella sanità questa legge di mercato non funziona: infatti l'offerta in cure aumenta senza considerare il fabbisogno e i costi pure. E per correre ai ripari, ci vanno di mezzo i cittadini: i premi di cassa malati continuano ad aumentare, i servizi di prossimità sono ridimensionati, con il forte rischio che agli ospedali pubblici verranno addossate le cure più costose, mentre le cliniche private si prenderanno quelle più redditizie.

Non è così strana questa visione: gli scopi perseguiti da un ente pubblico e da una società anonima si contrappongono: il primo è finalizzato a tutelare la salute, la seconda a conseguire un profitto. E la fattura da pagare rimane in mano pubblica.

Il Cantone si è dotato di una serie di strumenti per pianificare, con l'obiettivo di controllare la spesa ospedaliera, di monitorare l'offerta e valutare il fabbisogno. Uno di questi è la definizione di un volume massimo di prestazioni e di pianificazione. L'offerta, per essere credibile, deve contenere un'indicazione quantitativa, così come non apparirebbe credibile la definizione di un fabbisogno che non sia quantificabile. Non comprendiamo quindi la proposta della maggioranza, in contrasto con la posizione governativa, di voler abolire questo parametro, tra l'altro introdotto dal Parlamento solo quattro anni fa, che serve a disegnare il perimetro per la successiva definizione dei contratti di prestazione.

Come detto in entrata, per i reparti acuti di minore intensità condividiamo la pertinenza ospedaliera di queste cure, perché ne garantisce la qualità. Questa prestazione necessita di un finanziamento adeguato e dovrà tener conto sia delle degenze dopo la fase acuta primaria sia dei ricoveri diretti. E non dovrebbe essere considerata come una semplice operazione di contenimento della spesa del Cantone e delle casse malati. Si tratta di una prestazione che risponde alle attuali necessità in fatto di cure. Tuttavia nelle proposte governativa e della maggioranza riscontriamo alcuni problemi: la fragilità del contenuto sanitario, con il rischio di perdere anche preziosi posti di lavoro, e la disparità di trattamento nella distribuzione dei posti letto sia a livello territoriale sia a livello di pubblico-privato.

In conclusione, prima di cedere la parola al mio correlatore, chiedo che nell'interesse di una sanità di qualità, accessibile a tutti e che risponda all'effettivo fabbisogno della popolazione, si riproponga al più presto una pianificazione rivista e corretta sulla base delle considerazioni enunciate nel nostro rapporto e nei nostri emendamenti, che vi invito a sostenere.

PRONZINI M., CORRELATORE DI MINORANZA E INTERVENTO A NOME DEL MPS-PC - Ringrazio anzitutto i salariati del settore sanitario sia pubblico sia privato che sono l'elemento principale che permette alla nostra sanità di essere di buona qualità, spesso contro le logiche delle loro direzioni, sempre più finalizzate a sottomettere il settore alle logiche di mercato e di redditività (cosa già verificatasi con la Posta e le FFS), come si vede anche in questa pianificazione. Si tenta di privatizzare gli ospedali di Locarno e di Lugano, di chiudere ospedali e pronto soccorso nelle zone periferiche, di abolire i volumi massimi, di riversare i costi sui pazienti, di smantellare il settore acuto con la proposta dell'art. 39 cpv. 3, di ridurre il costo del settore sanitario. Il Consiglio di Stato stesso prende come riferimento i costi più bassi. Da tempo l'EOC lavora per avere un ospedale unico, andando al di là delle proprie competenze nonostante il consiglio di amministrazione dell'EOC sia stato sfiduciato da questo Gran Consiglio avendo ricevuto poco più di 40 voti su 80.

Questa tendenza ad abbandonarsi alle logiche di mercato è frutto di due decisioni prese a livello federale: il DRG (che trasforma i pazienti in merce) e il finanziamento pubblico degli ospedali inseriti nella lista della pianificazione. Non è vero che c'è l'obbligo di versare il 55% dei costi a tutte le cliniche private; c'è solo per quelle presenti sulla lista e nulla ci costringe oggi a includere tutte quelle che sono state inserite. Per risparmiare occorreva quindi iniziare da lì. La lista di pianificazione è stata fatta, come sostenuto anche nel prerapporto, senza alcuna logica né elemento oggettivo se non come grimaldello per il settore privato. Prova ne sia che il prerapporto della Commissione la rimandava al mittente, che il DSS non ha permesso all'EOC di candidare Faido e Acquarossa, che la lista è stata usata per obbligare La Carità ad arrendersi alla Santa Chiara (sostenendo che entrambi gli ospedali forniscono le stesse prestazioni e che devono mettersi insieme in un ospedale unico sotto forma di società anonima), che è stato dato alla Genolier l'accesso a prestazioni più interessanti per avere un centro cantonale madre-donna-bambino e che è stata tolta una struttura come la geriatria ad Acquarossa, sebbene funzioni bene. La conseguenza – e per questo motivo chiederemo di rinviare la lista – sarà la distruzione di tutto quanto costruito dall'EOC in questi ultimi trent'anni e l'idea di un ospedale multisito.

L'ospedale regionale di Bellinzona esce massacrato da questa pianificazione: chiudere i reparti di medicina di Acquarossa e di Faido significa chiudere 83 letti di medicina su 157; chiudere il pronto soccorso significa ingolfare il pronto soccorso di Bellinzona; chiudere la geriatria di Acquarossa significa chiudere un reparto di eccellente qualità riconosciuto a livello svizzero. I due ospedali hanno un costo inferiore agli altri istituti cantonali e dovranno chiedere l'elemosina per poter andare avanti. L'ospedale San Giovanni, che sulla carta è definito come un riferimento a livello cantonale, vedrà inoltre sparire i reparti di ortopedia e ginecologia specialistica e sarà declassato, non svolgendo quindi più il ruolo che deve svolgere.

L'ospedale di Mendrisio subirà verosimilmente la stessa sorte: il pronto soccorso è a rischio a medio termine, così come lo sarà il reparto di ostetricia, che sarà inglobato nel centro privato di Sorengo, e non vi saranno sufficienti letti AMI.

In merito alla privatizzazione e allo smembramento dell'EOC (che costituisce un passo indietro di 30 anni), la proposta prevede di non avere più un riferimento agli ospedali dei distretti. Si chiede all'EOC di seguire la logica applicata alle FFS, alla Posta e alla Swisscom e quindi di non essere più una struttura di servizio pubblico, ma una struttura finalizzata al profitto. Si regala al settore privato l'ospedale regionale di Locarno, creando una società anonima con capitale azionario 50%-50%, e si apre alla Genolier un mercato significativo.

In merito all'iter parlamentare di questo messaggio non penso vi sia mai stata un'opposizione così massiccia. È già stata citata un'iniziativa popolare, sono state presentate petizioni in difesa di Acquarossa e Faido, vi sono state ancora ultimamente prese di posizione del personale degli ospedali e delle autorità comunali (che la maggioranza della Commissione ha deciso di non ascoltare, ciò che denota uno scarso rispetto per il personale e per le autorità comunali). Prima delle elezioni, perlomeno sull'aspetto prettamente ospedaliero, la Commissione aveva una posizione corretta: rimandare al mittente la lista di pianificazione e garantire agli ospedali di valle reparti di medicina e i pronto soccorso. Dopo le elezioni il Consiglio di Stato e il Dipartimento hanno assunto un atteggiamento molto arrogante. Se siamo arrivati in Parlamento solo oggi è perché il Consiglio di Stato, con la mossa tecnica della perizia Oggier, ha voluto far passare le elezioni. Se oggi sarà accolto l'emendamento presentato per interposta persona all'art. 39 ritorneremo al punto di partenza: i reparti di minore intensità torneranno a essere case per anziani medicalizzate e la lista di pianificazione sarà rimasta tale e quale. Il problema di questa lista, nonostante i due anni di prova suggeriti dal rapporto di maggioranza, è che si distruggono attività e competenze consolidate che difficilmente potranno essere ripristinate.

Occorre ricordare che la Commissione della gestione e delle finanze negli ultimi giorni ha dato un parere finanziario non sulla base del rapporto di maggioranza, ma sulle posizioni del Consiglio di Stato. Quest'ultimo, quinta colonna delle casse malati, ha gettato le basi del disastro che avremo nel settore ospedaliero. Fin dall'inizio il Governo e il DSS hanno adottato e sostenuto le posizioni delle casse malati sul tema dei reparti AMI. Tutti gli altri e tutti coloro che sono stati sentiti, dalle cliniche private ai Comuni e al personale medico, si sono espressi sostenendo che i reparti AMI appartengono al settore ospedaliero (e perciò devono ricadere sotto l'art. 39 cpv. 1). Perfino il collega Foletti, che oggi presenterà un emendamento, in Commissione aveva detto che si tratta di settore ospedaliero. Prendo atto che è passato da detrattore a sostenitore delle casse malati.

Oggi passerà il peggio del peggio e, come ha detto a suo tempo il Consigliere di Stato Claudio Zali, i soldati delle casse malati svolgeranno fino in fondo il loro dovere. Per noi questa è solo una tappa, peraltro non molto importante, ma che permetterà di smascherare tutti coloro che vogliono la privatizzazione del settore ospedaliero e gli amici delle casse malati. L'appuntamento sarà la battaglia per il referendum e per l'iniziativa dell'MPS e dopo torneremo a discutere dell'aspetto sanitario e dell'aspetto ospedaliero e cercheremo di costruire una discussione per uno sviluppo serio e approfondito di una rete sanitaria basata sul settore pubblico.

POLLI M., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PLR - Dopo aver ascoltato questa visione catastrofica, desidero darvi alcune spiegazioni.

Permettetemi innanzitutto un ringraziamento a Bixio Caprara, presidente della CPO, per la pazienza, la competenza e la responsabilità nel condurre le non facili sedute di questa Commissione e per aver redatto egregiamente l'importante rapporto di maggioranza.

Ma al tempo stesso permettetemi anche di esprimere delusione da parte di tutto il gruppo PLR per l'atteggiamento assunto dal DSS e in particolare per le decisioni definitive comunicate dal suo Direttore alla stampa nel corso della procedura di consultazione e discussione, che non sempre hanno permesso di veramente dialogare e trovare una possibilità di sbocco comune. Il messaggio elaborato dal DSS e consegnato con molto ritardo (ciò che ha costretto la CPO a lavorare a spron battuto) ha suscitato fin da subito critiche e prese di posizione ed è in parte stato contestato e rifiutato.

Finalmente dopo tanto discutere – molte volte a sproposito, mi permetto di sottolineare – è giunta sui banchi del Parlamento questa pianificazione della sanità in Ticino. Molti cittadini si saranno chiesti a cosa serve una pianificazione ospedaliera. Serve a coordinare al meglio l'offerta sanitaria nel nostro Cantone, serve a far migliorare ulteriormente le cure per i nostri pazienti, serve a rendere economicamente sostenibile ed equilibrata la spesa sanitaria. Ma il lavoro per capire, valutare e condividere i contenuti del messaggio ricevuto dal Consiglio di Stato è stato lungo, laborioso e contenutisticamente difficile per chi non è addetto ai lavori, come la maggioranza dei membri della Commissione speciale. Non bisogna nemmeno dimenticare che il cambiamento di legislatura ha fatto sì che alcuni colleghi siano stati sostituiti rimettendo quindi parzialmente in discussione il lavoro eseguito nella precedente legislatura. Insomma, il rapporto di maggioranza consegnato oggi è frutto di tutto questo, compresi compromessi che forse non tutti hanno accettato, ma che correggono in parte alcune proposte non condivise del messaggio governativo.

L'obiettivo principale della pianificazione, lo ricordo ancora una volta, è far sì che i nostri cittadini possano disporre di un'offerta eccellente di cure nel nostro Cantone, che non debbano o vogliano andarsene oltre Gottardo (ricordo che ben il 13% ancora oggi varca il Gottardo), che il Ticino sia competitivo a livello nazionale e internazionale, che si possa offrire al master in medicina, appena approvato dal nostro Parlamento, un'eccellenza di professori degni di insegnare ai futuri medici il loro sapere e la loro esperienza. Ecco a cosa serve la pianificazione: non a provocare sterili campanilismi territoriali con suddivisioni, litigi e prese di posizione inutili e dannose, aumentate ed esasperate nelle ultime settimane. Ricordo proprio per questo che se un medico di fama nazionale o internazionale arriva nei nostri ospedali deve poter disporre di una massa critica minima di pazienti per essere sempre aggiornato e competitivo, ma se questa massa critica non è raggiunta perché le offerte si frammentano sul territorio, sia nel pubblico sia nel privato, il medico specialista non resta in Ticino e se ne va oltre Gottardo, lasciando vuoti incolmabili e critici nella nostra offerta sanitaria.

Il gruppo PLR condivide la presa di posizione della maggioranza della Commissione e ritiene che si debba poter convalidare le proposte avanzate dalla stessa, in primis la decisione di sostituire gli istituti di cura con reparti di minor intensità in ospedali acuti (quelli che chiamiamo letti AMI). Oggi nei reparti ospedalieri molti pazienti a seguito di un ricovero per un'operazione, per problemi cardiaci, polmonari o altro sono curati per alcuni giorni (così come prevede la LAMal con la tariffa DRG) e poi, a rigore, dovrebbero essere dimessi dall'ospedale, pur non essendo ancora in condizione di ritornare al proprio domicilio. Ma molti di loro, e non necessariamente anziani, presentano altre patologie non legate al ricovero (i cosiddetti pazienti polimorbidi) che abbisognano ancora di cure prolungate. Questi pazienti oggi non dispongono di un'adeguata struttura e sono tenuti nei reparti acuti con maggiori spese per tutti. Siccome statisticamente, anche se è ancora tutto da dimostrare, nei prossimi anni sembrerebbe – secondo il DSS – che il bisogno di letti acuti diminuirà (a mio parere si ridurranno sempre più i giorni di degenza), nel rapporto si chiede, in sostituzione, la costituzione di questi reparti AMI, pagati non dai Comuni, ma con le tariffe LAMal, ossia il 55% dal Cantone e il 45% dagli assicuratori malattia con 15

franchi a carico del paziente su una tariffa media forfettaria, calcolata in base alle esigenze medico sanitarie per questo tipo di profilo di pazienti. Si è perfettamente coscienti che attualmente la LAMal non prevede questo tipo di finanziamento, ma visto il profilo del paziente proposto, che richiede un ricovero in un reparto ospedaliero, si propone un progetto di legge sui reparti AMI in quanto considerati istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 e pertanto assoggettati alle regole già definite della LCAMal. Sappiamo perfettamente che non sarà facile far passare questo concetto, ma noi chiediamo al Governo di sostenerlo e di restare nel suo ruolo di arbitro, come previsto dalla legge, lasciando agli istituti e alle casse malati il ruolo di protagonisti. Il rapporto quindi grazie ai letti AMI definisce una precisa proposta sanitaria, con un chiaro profilo del paziente, a cui corrispondere una dettagliata lista di prestazioni di cura. È importante sottolineare che il modello e il relativo costo, indicato mediamente a 510 franchi a giornata, è condiviso dagli attori del sistema, EOC compreso. La questione più controversa resta la modalità di finanziamento di questa prestazione. Aggiungo però che di questa questione, molto combattuta sia all'interno della Commissione sia all'interno del mio gruppo parlamentare, se ne riparerà al momento della discussione dell'emendamento.

Con la proposta di reparti ospedalieri con letti AMI anche gli ospedali di Acquarossa e Faido continueranno a gestire quindi una medicina di base con letti acuti (AMI ad Acquarossa e di riabilitazione a Faido), lasciando quindi loro quel know-how che è stato riconosciuto negli anni da più parti, anche a livello nazionale.

Il rapporto di maggioranza critica pure la suddivisione e la distribuzione delle varie specialità nei diversi nosocomi così come prevista dal messaggio. Dopo aver ascoltato parecchi medici, primari, direttori di istituti sanitari, la Commissione si è resa conto che l'insoddisfazione per le decisioni prese era palpabile. Troppe frammentazioni, distribuzione non conforme al modello di Zurigo ma fatta piuttosto tenendo conto alcune volte del medico, altre del modello di Zurigo, altre ancora del privato oppure del pubblico. Insomma, secondo gli esperti sanitari non è stata assolutamente ascoltata la voce di chi professa nell'ambito ospedaliero. I criteri scelti non risultano chiari né sempre coerenti. I membri della Commissione sono parlamentari e politici, non esperti in materia sanitaria in grado di correggere o definire nuove suddivisioni. Perciò è stato deciso di attendere due anni (contrariamente al DSS che ne chiedeva quattro) per analizzare da vicino l'evoluzione reale delle varie specialità negli istituti ospedalieri e creare un gruppo di esperti (medici, infermieri, primari, direttori sanitari) affinché si possa giungere a una distribuzione concordata e più equa.

L'altro tema affrontato è quello dei volumi massimi di pianificazione che, secondo il rapporto di maggioranza della Commissione, devono essere aboliti in quanto mai superati e inutili, mentre vengono confermati i volumi massimi di riferimento nei contratti di prestazione ai singoli istituti. Anche in questo caso la decisione è in disaccordo con il DSS. Per terminare, il gruppo PLR condivide, con qualche riserva, la collaborazione tra pubblico e privato così come prevista nel rapporto di maggioranza della Commissione, ponendo però alcune condizioni ben precise: contratto collettivo, formazione sanitaria, organizzazione a piramide del primariato e soprattutto analisi dettagliata da parte del Gran Consiglio di ogni singolo progetto che verrà presentato in modo da eventualmente intervenire per modifiche, rifiuti o approvazioni. Ricordiamo che in Ticino, accanto all'EOC, esiste un'offerta privata di circa il 40% che, da quando è stato introdotto il nuovo finanziamento ospedaliero, riceve il 55% dallo Stato esattamente come l'Ente ospedaliero cantonale. Non bisogna trascurare però che le varie strutture private spaziano da fondazioni senza scopo di lucro a istituti che mirano unicamente al profitto. Non si deve dimenticare che lo scopo ultimo della politica sanitaria non è far sopravvivere le strutture,

ma fornire le migliori prestazioni possibili alla popolazione. Il bene ultimo è il paziente. Tra pubblico e privato non sia lotta all'ultimo bisturi per aggiudicarsi pazienti; si impone una effettiva collaborazione efficace affinché non si subiscano eccessivi trasferimenti oltralpe.

Mi permetto di concludere con un'esternazione personale: sono una paziente ticinese che ha provato sulla propria pelle l'impegno professionale eccellente della sanità in Ticino e vi posso assicurare che non abbiamo niente da invidiare all'offerta sanitaria di altri Cantoni svizzeri. Cerchiamo quindi di valorizzare ciò che abbiamo e di non demonizzare tutto ciò che si sta cercando di migliorare.

Con queste osservazioni concludo il mio intervento e a nome del gruppo PLR invito i colleghi ad approvare le proposte e le considerazioni contenute nel rapporto di maggioranza della CPO, che modificano sostanzialmente il messaggio governativo e danno risposte positive alle vere esigenze della nostra popolazione.

CELIO F. - Personalmente ho firmato il rapporto commissionale di maggioranza con riserva. Malgrado l'impegno notevolissimo e la grande competenza dimostrati dal presidente, collega Caprara – che merita un plauso sincero – nel rapporto vi sono infatti almeno due cose che mi convincono poco, anzi per nulla. La prima è una questione di forma (che è però anche di sostanza); la seconda è una questione di contenuto.

Mi spiego meglio. La questione di forma – che è però anche di sostanza – è riferita al fatto che il malloppo che ci è sottoposto è costituito, in realtà, da tre elementi ben diversi tra loro. Ovvero: la pianificazione vera e propria, la proposta di modifica della legge sull'Ente ospedaliero cantonale e, infine, l'esame dell'iniziativa popolare *Giù le mani dagli ospedali*. Si tratta, mi pare, di tre temi abbastanza importanti da meritare, ciascuno, una trattazione a sé, con tutti gli approfondimenti del caso. La Commissione, a maggioranza, ha invece preferito farne un unico pastone. Ciò avrà sì il vantaggio di liquidare tutto in un sol colpo, ma anche il difetto di confondere le carte. Non dico che ciò sia voluto, ma l'effetto è sicuramente questo, tant'è che difficilmente si riesce a districarsi tra le varie componenti del malloppo.

La seconda riserva che, come dicevo, è dovuta a una questione di contenuto, si riferisce invece alla soluzione adottata riguardo agli ospedali di Acquarossa e di Faido. La creazione di reparti somatico-acuti di soli 10 letti, che dovrebbero fungere soprattutto da supporto all'esistenza di servizi di pronto soccorso, è definita dal rapporto «*un compromesso*». A mio modo di vedere sarebbe però più corretto definirla un imbroglio, tutt'al più un "contentino" momentaneo. È infatti più che probabile che, data la tendenza generale alla centralizzazione, fra pochi anni si dirà che un reparto di soli 10 letti non ha senso, che nessun medico vuole andarci, per cui, asserendo che manca la massa critica, se ne raccomanderà la chiusura.

Nel caso di Faido, l'imbroglio è addirittura doppio. Il reparto acuto non sarebbe infatti completato da nessun letto AMI (il reparto di riabilitazione previsto è infatti tutt'altra cosa). È evidente che il paziente che dovrebbe essere ricoverato a Faido, se sa che terminata la fase acuta vera e propria dovrà essere spostato da un'altra parte, preferirà farsi ricoverare subito altrove. Per chi vuol chiudere gli ospedali di valle sarà quindi fin troppo facile dire che a Faido non ci va nessuno, per cui tanto vale mettere fine all'intera struttura.

Per dare almeno un minimo di credibilità e una parvenza di serietà alla soluzione prospettata, spero che il Parlamento approverà gli emendamenti (tra cui uno del sottoscritto) volti a completare il suddetto reparto somatico-acuto con un reparto AMI, così come previsto negli altri casi.

Tornando a un aspetto più generale, mi preoccupa infine la proposta di relegare i previsti

letti AMI sotto il cappello dell'art. 39 cpv. 3 della LAMal, ciò che rischierebbe di annacquare, se non di azzerare tout court l'unica vera innovazione apportata dalla Commissione al progetto governativo, e dunque di azzerare gran parte del lavoro della Commissione medesima. Che il Governo non gradisca che la competenza in materia sia attribuita al Parlamento – e ancor meno gradisca che le sue proposte siano modificate – posso ancora capirlo, fatico invece di più a capire che lo stesso Esecutivo sembri auspicare un ricorso delle casse malati, che avrebbe (sembra) l'effetto di riportare tutto o quasi al punto di partenza. E ancora più ostico mi risulta che una parte del Parlamento si allinei, come nulla fosse, a tale posizione.

Concludendo, non so ancora quale sarà il mio voto sull'entrata in materia e sul complesso, se favorevole, contrario o di astensione. Dipenderà dalle risposte che saranno date dal Direttore del Dipartimento e dalle decisioni del Gran Consiglio sugli emendamenti proposti.

GIANORA W. - Tengo a ringraziare la CPO per l'importante lavoro svolto. Il risultato di questa pianificazione permette, a mio avviso, di garantire su tutto il territorio cantonale un'ottima offerta sanitaria, al passo coi tempi.

Se penso all'ospedale di Acquarossa avrei certo preferito salutare la continuità della geriatria, con la presenza tanto apprezzata e qualificata del dottor Ongaro, che – se il destino di Acquarossa si confermerà quello del rapporto di maggioranza – lascerà un segno indelebile in valle e in tutto il Cantone. Tengo quindi a ringraziarlo anche a nome della valle per la dedizione e l'importante lavoro svolto in questi anni.

Detto ciò, sono comunque cosciente dell'inevitabile necessità di configurare le esigenze locali in un'ottica globale. Esprimo quindi le mie considerazioni sui reparti AMI, che dovrebbero permettere ad Acquarossa di mantenere un minimo di medicina di base, quale condizione indispensabile per una corretta presa in carico dei pazienti della rete che fa capo all'ospedale di Bellinzona, e per mantenere un pronto soccorso che copra al meglio le esigenze della regione.

Mi auguro, e con me tutta la valle di Blenio, che questa pianificazione permetta finalmente una chiarezza operativa all'EOC, in modo da consolidare la sua presenza ad Acquarossa, con un pronto soccorso degno di questo nome, e di dar celere seguito alla costruzione di un nuovo ospedale, così da poter dare dignità all'ospedale di Acquarossa, con una sede decorosa e razionale.

Sulla divergenza circa il finanziamento dei reparti AMI in base alle due varianti, art. 39 cpv. 1 o cpv. 3 LAMal, propendo per il cpv. 3 convinto del minor rischio giuridico.

Per terminare, da parte mia una "rosa" alla CPO, che ringrazio ancora sinceramente, in particolare il relatore collega Bixio Caprara, per l'impegno profuso e per l'importante lavoro svolto, e un "cactus" al DSS per le troppe invasioni di campo che hanno complicato lo scioglimento di questa intricata matassa.

ROBBIANI M., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO LEGA - Non giochiamo con il paziente ticinese. La Lega dei ticinesi si batte per il bene dei pazienti del nostro Cantone. Con questo spirito abbiamo partecipato attivamente ai lavori commissionali e con questa convinzione sosteniamo il rapporto di maggioranza redatto da Bixio Caprara, al quale vanno i nostri ringraziamenti per aver condotto in porto questo progetto.

Ci siamo presi il nostro tempo per fare un lavoro serio e approfondito, abbiamo dato la possibilità a tutti gli attori coinvolti di essere ascoltati. Abbiamo fatto la sintesi e abbiamo deciso di sostenere il rapporto di maggioranza nell'interesse del paziente ticinese e del

Cantone come un tutt'uno.

Questo è stato l'impegno della Lega dei ticinesi per una sanità forte e moderna, che possa non dare adito a una competizione fra i distretti entro i confini cantonali, bensì porsi alla pari dei centri sanitari di oltre San Gottardo, che aspettano solo che la nostra offerta sia indebolita per trarne vantaggio economicamente. Questo è il vero e grande pericolo cui la sanità ticinese è confrontata. Il resto è solo una cacofonia di interessi di parte che ci condurrà a una "sanità della mutua".

Il rapporto di maggioranza è un progetto che ha modificato in modo sostanziale l'impostazione iniziale degli istituti di cura, introducendo il concetto innovativo dei letti AMI. Ha inserito un controllo dinamico dell'attribuzione dei mandati che dovranno rispecchiare i criteri di qualità ed economicità. Abbiamo salvato l'offerta sanitaria per Faido e Acquarossa facendo cambiare idea al Consiglio di Stato, che ha confermato, grazie all'EOC, un'offerta di letti acuti per entrambi i nosocomi assicurando di fatto una presenza medica di qualità 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno. Abbiamo abolito i volumi massimi di pianificazione. Abbiamo riconosciuto l'importante lavoro in ambito sociopsichiatrico svolto dalla clinica Santa Croce, che si conferma punto di riferimento per il Sopraceneri, attribuendo qualche letto supplementare (anche se avremmo voluto attribuirne qualcuno in più). Invitiamo il Dipartimento a meglio considerare l'attività di questa clinica evitando di seguire una sola scuola di pensiero ed evitando – anche in questo campo – di prediligere lo statalismo rispetto al servizio al paziente.

Il gruppo della Lega dei ticinesi, vista l'importanza di alcune proposte contenute nel documento, ha firmato con riserva il rapporto. Era necessario chiarire in modo dettagliato e definitivo sia l'offerta sanitaria sia l'impatto finanziario che avrebbe comportato per il paziente e per il contribuente ticinese l'inclusione dei letti AMI nell'art. 39 cpv. 1 oppure nel cpv. 3 e quali rischi questa scelta potrebbe comportare.

Considerati tutti gli aspetti, in particolare il rischio che salti tutto e che si ritorni ai blocchi di partenza con la sola offerta dei letti CAT in case per anziani, abbiamo deciso, per il bene del paziente ticinese, di sostenere gli emendamenti presentati da alcuni commissari della Commissione della gestione e delle finanze. Con questa decisione crediamo che i pazienti ticinesi potranno vedersi garantiti i reparti AMI con un ottimo contenuto medico sanitario, ovviamente meno intenso rispetto ai reparti acuti. Da un lato si evitano pesanti fardelli finanziari ai Comuni e dall'altro si risolve il tema legato ai bisogni in divenire degli ospedali periferici.

Le recenti levate di scudi e rivendicazioni territoriali, strumentali a un disegno di qualche suggeritore più o meno nascosto che vuole indebolire tutto l'impianto pianificatorio con il solo intento di farlo saltare del tutto, hanno come conseguenza il semplice risultato di indebolire l'offerta sanitaria del Paese e in particolare quella dell'Ente ospedaliero cantonale. A questo gioco al massacro noi non partecipiamo.

La Lega dei ticinesi pensa però anche a un altro aspetto più delicato, rappresentato dalla battaglia anacronistica che sta conducendo la Sinistra. Una battaglia, volta alla statalizzazione della medicina ticinese, alla quale noi ci opponiamo fermamente. È una visione miope che non considera la storia del nostro Paese e che potrebbe addirittura far sorgere limitazioni allo sviluppo della medicina di specialità con il conseguente effetto di riattivare il treno verso la Svizzera interna o peggio rendere poco attrattivo il nostro Cantone agli occhi di potenziali medici dalle capacità indiscusse. Il suo effetto concreto è quello di indebolire la capacità dell'EOC di proporre una medicina moderna sviluppando rapporti sinergici con gli attori sanitari del Cantone al solo beneficio dei pazienti ticinesi.

L'ho detto all'inizio del mio intervento e lo ripeto: non giochiamo con il paziente ticinese.

JELMINI L., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PPD+GG - La pianificazione ospedaliera è complessa. Quando i temi sono complessi, tecnici e in molti hanno già espresso opinioni discordanti a riguardo, trovo utile farmi aiutare dai numeri. Quindi oggi ho deciso di concentrarmi sui numeri. E non solo perché il collega Pronzini nel suo intervento ha già dato i numeri...

Due: sono gli anni di discussione che ha richiesto la pianificazione ospedaliera per approdare in aula quest'oggi. Finalmente, verrebbe da dire. Dopo tanto clamore, dopo innumerevoli prese di posizione, dopo tante segnalazioni di interessi particolari, regionali o di categoria, è comprensibile che si faccia fatica a non perdere di vista il contesto generale e le caratteristiche essenziali del progetto, che vanno ricordate oggi prima dell'importante voto che siamo tutti chiamati a esprimere.

350 mila: sono gli abitanti del nostro Cantone, e quindi i possibili pazienti che necessiteranno sempre di una risposta di qualità ai bisogni sanitari, e che vanno posti al centro del sistema sanitario e delle preoccupazioni dei suoi attori – fornitori di prestazioni o assicuratori malattia – ma soprattutto del Cantone quale autorità regolatrice. Ma cosa significa "interesse del paziente"? Interesse del paziente significa innanzitutto garanzia di qualità della presa a carico. In questo senso per una realtà come la nostra, a fronte della specializzazione sempre crescente della medicina e degli operatori e dell'altrettanto crescente complessità tecnologica, la qualità non può non passare da un processo di moderata concentrazione della medicina più specialistica. E sono convinto che, forse perché la percezione del cittadino è diversa quando è sano rispetto a quando è malato, in gran parte questa necessità di concentrazione è compresa da tutti: già oggi nessuno contesta che in caso di arresto cardiaco o ictus da qualsiasi angolo del Cantone si è condotti d'urgenza a Lugano e neppure che in caso di patologie tumorali gravi e complesse si è ricoverati a Bellinzona. Il progetto di nuova pianificazione ospedaliera, imposto dalla revisione della LAMal del dicembre 2007, consolida questo approccio, favorito anche dalla nuova metodologia prescritta a livello federale di attribuzione di mandati precisi per specializzazione. È quindi codificata anche a livello legislativo la concentrazione delle prestazioni più complesse nei due poli di Lugano e Bellinzona, senza peraltro stravolgere l'assetto attuale né sottrarre ampie fette di attività a strutture che oggi le offrono, ma sostanzialmente recependo un processo già in atto all'interno dell'EOC da diversi anni.

85%: è l'altissima percentuale di pazienti ticinesi che scelgono, in caso di necessità, di farsi curare qui in Ticino e che quindi si fidano del sistema sanitario e delle prestazioni offerte sul suo territorio. Questo processo pianificatorio obbligatorio in base al diritto federale è quindi sfruttato come opportunità per proseguire su questa via di necessaria e limitata concentrazione delle specializzazioni, accompagnata però dal mantenimento di un'ampia offerta di cure di prossimità nelle quattro regioni del Cantone.

340: sono i milioni pagati dal Cantone per far fronte al 55% delle prestazioni stazionarie tra ospedalizzazioni intra ed extracantonali. Perché "interesse del paziente" significa anche sostenibilità economica di questo sistema qualitativamente performante. Questa sostenibilità è sempre più a rischio per larghe fasce di popolazione, tenuto conto che i premi di cassa malati, seguendo l'evoluzione dei costi, sono più che raddoppiati dall'introduzione della LAMal (e che il Cantone, per calmierare questo onere, versa circa 270 milioni di franchi all'anno di contributi alla riduzione dei premi). Gli strumenti a disposizione dei Cantoni per controllare questa spesa sono limitati. Uno di questi è per l'appunto la pianificazione ospedaliera. Di conseguenza, nonostante l'aspirazione delle strutture e dei medici a fare sempre di più e a liberarsi da vincoli e limitazioni, la pianificazione ospedaliera non può prescindere da una certa razionalizzazione nella

distribuzione dell'offerta e da un corretto dimensionamento della stessa. Perché fare l'interesse del paziente significa ricercare continuamente l'equilibrio migliore tra qualità e sostenibilità. Gli studi sul fabbisogno, realizzati secondo una metodologia elaborata dal Dipartimento zurighese della sanità e ormai riconosciuta da tutti i Cantoni, hanno evidenziato una prospettiva di diminuzione sensibile delle giornate di cura nel settore acuto, a fronte di un tasso di ospedalizzazione che in Ticino rimarrà comunque ben più elevato della media nazionale. Per coerenza e per rispetto del principio secondo cui la LAMal finanzia le prestazioni necessarie, non eventuali esuberi, occorre dar seguito a queste prospettive, che in concreto si devono tradurre in una ridefinizione del mandato di talune strutture. Non si tratta di un esercizio facile né popolare, per rapporto alle spinte verso un più rassicurante status quo, ma è un esercizio di responsabilità verso il cittadino-paziente-assicurato, la cui voce si fa poco sentire nel processo di pianificazione ma che, come detto in apertura, necessita di rimanere il cuore del progetto affinché esso sia equilibrato, solido ed efficace.

2001 e 2005: sono gli anni delle precedenti pianificazioni, che avevano comportato la chiusura o la trasformazione di ben una decina di strutture. La soluzione proposta questa volta dal Consiglio di Stato e rafforzata dagli approfondimenti della Commissione consiste invece nel ridefinire il comparto delle cure intermedie o sub-acute, mantenendo impostazione e dotazioni vicine al settore ospedaliero, ma adottando, se fosse accettato l'emendamento su questo aspetto, una forma di finanziamento più adeguata. I reparti AMI non si distanzieranno dalla tipologia di presa a carico oggi garantita nelle strutture che già con un compromesso ibrido furono definite "di medicina di base". Essi saranno diffusi sul territorio, anche nelle periferie e nelle valli, garantendo quindi una fase di convalescenza vicino al domicilio e alla famiglia. È questa post cura, della durata di più settimane, che è importante sia fornita con una certa capillarità territoriale, non il soggiorno acuto, sempre più breve (le medie si aggirano ormai sui sei-sette giorni) con un'intensa presa a carico specialistica.

Zero: è il numero dei cambiamenti concreti per i pazienti ticinesi introdotti da questa pianificazione che mi sembrano sconvolgenti o azzardati o assurdi, nonostante le tante discussioni alimentate sul tema. Non ci saranno trasferimenti di prestazioni quantitativamente elevate o inconvenienti particolari per la loro presa a carico. Con l'assegnazione di mandati dettagliati, la nuova pianificazione comporta però di fatto un migliaio di decisioni concrete. È quindi inevitabile che questo o quell'istituto o medico possa risultare contrariato da alcune scelte, comunque limitate alla medicina più specialistica. È importante fare astrazione dagli interessi particolari e mantenere una visione generale, sempre nell'interesse del paziente ticinese.

Zero: è anche il numero delle chiusure o trasformazioni in case per anziani proposte per il settore subacuto con il presente progetto di pianificazione ospedaliera. Diversamente dal passato, si sceglie di insistere su una caratterizzazione delle strutture meno precaria.

Detto dell'assegnazione dei mandati e della nuova offerta AMI, mi sembra importante soffermarmi anche sulle prospettive di collaborazione tra strutture, in particolare tra pubblico e privato, offerte da questa pianificazione e anche dalla conseguente modifica della legge sull'EOC. Sul tema non ho un numero, e allora direi: troppi. Già nell'esame e nei dibattiti parlamentari sulle precedenti pianificazioni è stato ripetutamente rimarcato che in Ticino vi sono troppi doppioni e troppe sovrapposizioni di mandati, al di là di una sana concorrenza. Un intervento più dirigista e di suddivisione dell'offerta non sarebbe nell'interesse del paziente, a cui sarebbe tolta la libertà di scelta, e non sarebbe nemmeno conforme ai principi cui deve attenersi la pianificazione per obbligo derivante dalla LAMal, cioè in particolare ai criteri di qualità ed economicità, ma soprattutto rischierebbe di

rimanere illusorio considerata la libertà di scelta dell'ospedale a livello nazionale introdotta dalla LAMal nel 2012.

Con questa modifica federale la concorrenza è ormai fra la realtà ospedaliera ticinese e quella d'oltre Gottardo. È quindi importante che le strutture riescano a superare rivalità e differenze di impostazione, rafforzando invece le sinergie per accrescere la casistica e le competenze dei medici e dei relativi team in Ticino. Ciò a tutto vantaggio della presa a carico dei pazienti ma anche in una prospettiva di economia di scala che possa razionalizzare l'offerta. Emblematico è il caso delle maternità, oggi 6 per circa 2'800 parti, con reparti dotati delle necessarie risorse ma che registrano poco più di una nascita al giorno. Ben venga quindi l'opportunità espressamente conferita all'EOC di detenere partecipazioni societarie e quindi la legittimità a concludere progetti di partenariato, come concretamente prospettato per un ospedale unico nel Locarnese e per la maternità del Luganese.

Diamo fiducia e lasciamo lavorare i nostri ospedali anche su questo piano senza posizioni preconcepite. Ospedali pubblici e cliniche private sono tutte strutture tese a soddisfare il fabbisogno pubblico di cure ospedaliere e a curare con successo i pazienti ticinesi.

Ho iniziato dicendo: *«finalmente la pianificazione ospedaliera arriva al dunque»*; con queste considerazioni porto l'adesione del gruppo PPD+GG al rapporto di maggioranza e rinvio poi alla discussione di dettaglio sugli emendamenti presentati.

PEDUZZI P. - Prendo posizione a titolo personale. Non è mia intenzione ripercorrere la gestazione e il parto di questa proposta di pianificazione, bensì presentarvi le mie perplessità e le mie critiche verso quanto il messaggio propone, soprattutto per quanto riguarda le nostre valli, dove sono nato e dove ancora batte il mio cuore.

Quando si parla di pianificazione ospedaliera si parla evidentemente di servizi alla popolazione: non di servizi dei quali si può fare a meno, ma di servizi che salvano delle vite. I due ospedali che meglio conosco, Faido e Acquarossa, secondo le direttive del messaggio governativo prima perderanno il pronto soccorso poi perderanno la loro qualifica di ospedale (a distanza di pochi anni), diventando forse istituti di cura o forse strutture per la riabilitazione. Uno dei compiti del politico è quello di dire la verità. Se noi con questa pianificazione intendiamo porre le basi per chiudere gli ospedali di valle, allora diciamolo. Come legislativo possiamo eventualmente proporre altre soluzioni per offrire nelle valli il servizio medico e il pronto soccorso. La nostra popolazione ha bisogno di persone capaci di dire che questa pianificazione non può più salvare gli ospedali di valle. Una volta detto, avremo forse qualche voto in meno, ma godremo di molta più credibilità agli occhi della popolazione.

Parlare di letti AMI, CAT o altro non aiuta e non permette la comprensione. Limitiamoci a qualche esempio concreto. Faido finora conta una trentina di letti acuti e 25 letti di riabilitazione, ma soprattutto un pronto soccorso, aperto 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno per chiunque ne abbia bisogno. Cosa faremo quando chiuderà? L'80-90% delle ospedalizzazioni a Faido arrivano dal pronto soccorso. L'anziano va al pronto soccorso per tosse e febbre, gli si diagnostica una polmonite e lo si tiene in ospedale per qualche giorno. Solo il 10-20% sono ospedalizzazioni che provengono dal resto del Cantone. L'ospedale è legato alla sua valle. I 50 posti di riabilitazione previsti sono tanti e potrebbero consentire di trasformare Faido in una struttura come Novaggio, però gli farebbero perdere il suo ruolo di servizio alla valle. I 10 posti acuti che si intendono lasciare a Faido non sono sufficienti per garantire l'esistenza di un pronto soccorso, che è gestito da medici che dispongono di competenze varie e sanno curare la ferita da

suturare, la polmonite, l'attacco epilettico, la frattura, lo scompenso cardiocircolatorio, l'infarto, eccetera. Quando avremo un centro di riabilitazione, ci saranno fisiatristi, riabilitatori, medici altamente specialisti nel loro campo, ma non sarà più presente il medico di base. Eppure è di medici di base che le periferie necessitano. La pianificazione nega questa necessità.

Avere il coraggio di dire queste cose è un atto politico corretto. Nel Cantone Ticino il Gran Consiglio possiede il compito di legiferare sulla pianificazione; in altri Cantoni questo compito è totalmente delegato all'Esecutivo. Se dobbiamo esprimere il nostro parere, allora dobbiamo farlo chiaramente, in modo puntuale e completo.

Ci sarebbero altre cose che si possono criticare nella pianificazione, per esempio che il know-how di una clinica no profit attiva nel nostro Cantone dal 1900 nel campo della geriatria verrà buttato via, perché la geriatria sarà portata a Locarno.

Tutto questo mi impedisce di appoggiare il progetto di pianificazione. Sono consapevole che esso verrà comunque accettato, ma cercherò di salvare il salvabile per le nostre valli. In questo mio primo intervento mi premeva soprattutto esprimere il mio dispiacere perché si fanno credere alla popolazione alcune cose, ma poi sull'arco di cinque o dieci anni si sarà screditati dai fatti.

LURATI S., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PS - Il dibattito odierno è molto interessante e parte da due rapporti abbastanza tecnici, in particolare quello di maggioranza, che hanno tralasciato l'aspetto secondo me centrale della questione. Dobbiamo anzitutto occuparci della salute dei cittadini di questo Cantone e del modo in cui intendiamo fornire la cure necessarie ai pazienti che le richiedono.

La salute è di per sé un valore e un requisito per la prosperità economica di un Paese, che se è in salute dispone di persone attive e non di persone a beneficio di qualche sostegno. La buona salute deve quindi servire a garantire una copertura sanitaria che serve a ridurre le disuguaglianze e a lottare contro l'emarginazione sociale. La prima cosa a cui tendere è pertanto permettere a tutti di avere lo stesso accesso a tutte le cure ed evitare che vi sia una medicina di serie A e una di serie B, cosa che a mio parere l'EOC ha fatto in modo esemplare negli ultimi trent'anni. Esso si è occupato di dare risposte come compete a un ente cantonale, che deve occuparsi di tutte le specialità della medicina e non solo di quelle redditizie, comprese quelle che spesso le cliniche private evitano appunto perché poco remunerative o per scelta (come ad esempio la clinica della Genolier, la quale quando decide che non le conviene rimanere in un Cantone trasloca in un altro e l'EOC deve poi farsi carico delle specialità che erano coperte dalla stessa).

Ciò su cui noi non siamo d'accordo è che con questa pianificazione di fatto si spalanchino le porte al settore privato, che non comprende solo una struttura – ad esempio la Genolier – ma tutti coloro che potrebbero essere attratti dall'appetibilità del nostro sistema di finanziamento. Questo è appunto l'errore più grande che questa pianificazione sta commettendo.

Il settore privato entra in concorrenza con il pubblico per quanto riguarda i servizi che offre, ma soprattutto per quanto riguarda gli specialisti, che sono invogliati, tramite stipendi più elevati, a lavorare per le cliniche private e quindi sottratti all'ente cantonale. Mi si obietterà che l'importante è il risultato finale – ed è vero – ma, come ieri ha detto più volte il collega Pamini, le aziende private devono perseguire il profitto. Ciò significa che, se le tariffe sono le stesse, esse dovranno speculare su qualcos'altro e difficilmente lo faranno nel settore alberghiero: piuttosto nei servizi a côté della medicina, il che farà sì che vi sarà meno personale a disposizione e saranno i pazienti a pagarne le conseguenze. Questo è

uno degli elementi centrali della questione di oggi e dobbiamo fare in modo che il settore privato esistente sia e rimanga sussidiario al servizio pubblico, cosa che non sta accadendo con questa pianificazione: essa non è in linea con i doveri dello Stato ed è per questa ragione che abbiamo presentato un rapporto di minoranza.

Chiedo al relatore di maggioranza come mai l'art. 63c del disegno di modifica della LCAMal allegato al rapporto di maggioranza (pag. 71) è stato corretto riprendendo una proposta di emendamento. Avremmo alcune osservazioni su questo testo, ma ora che è stato inserito nel rapporto non è più possibile pronunciarsi su di esso in modo specifico. Abbiamo ricevuto il nuovo testo solo ieri, dopo che il termine per la presentazione di emendamenti era già scaduto. Nella sua presa di posizione anche il Consiglio di Stato afferma di non capire il cpv. 6 dell'articolo in questione.

LA MANTIA G. - «*Non chiedere di più per non perdere quello che abbiamo*», sembra essere la parola d'ordine dei colleghi deputati del Bellinzonese e delle Tre Valli in riferimento a quanto previsto dalla pianificazione ospedaliera per la nostra regione. È una parola d'ordine a dir poco sconcertante, se confrontata con tutte le dichiarazioni fatte da politici di ogni colore partitico per farsi amiche le regioni periferiche e delle valli. Sconcertante perché oggettivamente, se dovesse passare questa pianificazione ospedaliera, la perdita per la nostra regione sarebbe considerevole e le conseguenze sarebbero tangibili per la nostra popolazione, per i nostri malati, per i nostri anziani, per tutto il personale medico, infermieristico e di cura e, infine, per la nostra economia. Meno servizi e meno qualità, ma premi di cassa malati che continuano ad aumentare: con quale motivazione quindi sostenere il rapporto di maggioranza, se non con quella di non poter dire no alle ambizioni delle cliniche private? Loro sì, da questa pianificazione escono chiaramente rafforzate, e questo rafforzamento lo si paga con una forte penalizzazione dei servizi nelle valli, ma anche con un declassamento dell'ospedale San Giovanni. Che questa nostra tesi non sia semplicemente ideologica, ma molto concreta, lo dimostrano i seguenti fatti.

- L'ospedale regionale Bellinzona e Valli – che comprende l'ospedale San Giovanni e gli ospedali di Faido e Acquarossa – perderà la metà dei suoi letti di medicina: per coprire il fabbisogno di oltre 80 mila residenti si passerà dai 157 letti di oggi a 83.
- Il pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni, già oggi spesso intasato, si vedrà confrontato con un grosso aumento di pazienti: circa 5'000 all'anno, considerando che la proposta dei "Centri medici d'urgenza" ad Acquarossa e Faido non è sostenibile, anche a detta dei medici presenti sul territorio, e quindi non avrà vita lunga. L'ospedale San Giovanni sarà ulteriormente affollato, sia per quanto riguarda il reparto di medicina, sia per quanto riguarda il pronto soccorso. Di certo non si tratta di un miglioramento del servizio e della qualità delle cure per la nostra popolazione.
- Inoltre, l'ospedale regionale di Bellinzona perderà diverse specializzazioni che ha svolto fino a oggi e per le quali ha sviluppato indiscusse capacità. Qui cito, in particolare, la chirurgia della tiroide, la geriatria multidisciplinare complessa, l'ortopedia protesica e altro ancora. Un impoverimento per tutta la regione del Bellinzonese e delle valli, una perdita di preziose competenze e di posti di lavoro altamente qualificati. In cambio, apparentemente, si prospetta per Bellinzona un ospedale pediatrico cantonale che – se fosse realistico – potrebbe essere davvero un cambio interessante. Peccato che quest'idea è in forte contrasto con il progetto di creare a Lugano il Centro madre-donna-bambino in collaborazione tra l'EOC e il gruppo Genolier. La pediatria da

una parte, le madri, donne e i bambini dall'altra? Non è una razionalizzazione sensata, e quindi, ancora una volta, non avrà gambe lunghe.

L'ospedale San Giovanni è sulla via del declino, ma per le valli le prospettive sono ancora peggiori. Qui si tratta di un vero attacco al servizio sanitario di base, alle cure di prossimità. Con lo smantellamento previsto degli ospedali di Faido e Acquarossa, la Leventina e la Valle di Blenio perderanno, ancora una volta, posti di lavoro qualificati e fondamentali servizi di base per la popolazione. Un duro colpo per l'attrattività come luogo d'insediamento: la demografia e l'economia locale ne risentiranno. È una politica – cari colleghi e care colleghe – in forte contrasto con tutti i vostri proclami di voler tenere vive le regioni periferiche.

La nuova pianificazione ospedaliera prevede:

- per le valli, una drammatica riduzione di posti di lavoro qualificati. In Valle di Blenio, per esempio, da 8 unità di medici si scende a 3.7 e da 37 unità di infermieri a 11.3;
- di mantenere, a Faido, 25 letti di riabilitazione (con una vaga promessa di aumentarli eventualmente a 45 in futuro), ma senza il supporto di un vero reparto di medicina interna, e senza nemmeno un reparto AMI;
- sia ad Acquarossa sia a Faido, non più un pronto soccorso, ma un centro medico d'urgenza. Si tratta di un ambulatorio medico aperto di giorno, ma per il quale il servizio notturno dovrà essere coperto dai medici di picchetto della regione, che già ora sono troppo pochi, che a malapena riescono a coprire i picchetti che sono chiamati a fare e che recentemente hanno lanciato un appello per denunciare la loro situazione precaria;
- la sparizione del reparto di geriatria di Acquarossa, riconosciuto per l'eccellente lavoro svolto come polo per il Sopraceneri. È una perdita di competenza e di professionalità costruite negli anni che, una volta trasferite a Locarno, non torneranno più;
- il mantenimento di soli 10 letti acuti, sia ad Acquarossa sia a Faido. Sono troppo pochi per essere finanziariamente sostenibili, dipendenti da sussidi e quindi in balia degli umori dei parlamentari con ogni preventivo;
- 30 letti acuti di minor intensità (AMI) ad Acquarossa. È una diminuzione della qualità dell'offerta (meno personale, sia medico sia infermieristico) con un finanziamento tutt'altro che certo, ma che molto probabilmente cadrà o sui pazienti o sui Comuni.

Una pianificazione ospedaliera quindi:

- che peggiorerà la qualità dell'offerta sanitaria nel Bellinzonese e nelle Tre Valli,
- che, lo sottolineo, non farà risparmiare,
- che non rispetta la volontà popolare, ignorando le oltre 6'000 firme raccolte dai tre sindaci della Valle di Blenio, le 4'000 firme raccolte dal Movimento per il socialismo e le 2'000 firme raccolte in Leventina, le risoluzioni prese all'unanimità dai Consigli comunali di Blenio, Acquarossa e Serravalle, una risoluzione presa da parte del personale dell'ospedale di Acquarossa, la presa di posizione della città di Bellinzona (per citare solo le espressioni popolari più significative).

Nel 2014 il popolo svizzero ha votato a grande maggioranza l'articolo costituzionale per rinforzare la medicina e le cure di base e di prossimità. Contemporaneamente con la nuova pianificazione ospedaliera ci si poteva quindi aspettare la presentazione di una strategia per applicare questa volontà. Etichettarla come interesse di bottega, come "piccola rivendicazione regionalistica" o come "campanilismo", come ho sentito in alcuni dei vostri interventi mi delude davvero: la mia "rosa" va quindi ai relatori del rapporto di minoranza, Milena Garobbio e Matteo Pronzini, rapporto che sostengo convinta e che vi chiedo di sostenere.

DURISCH I. - Inizio il mio intervento dando due definizioni. «Una pianificazione è un insieme delle decisioni per mezzo delle quali il Governo stabilisce in anticipo gli obiettivi da raggiungere. Una pianificazione valuta il fabbisogno attuale e lo pianifica. In una pianificazione gli asterischi che indicano la volontà di rivalutare la situazione del futuro non devono esserci». Per "campanilismo" si intende invece «un esasperato attaccamento al proprio paese». Dimostrerò che l'emendamento riguardante il Mendrisiotto non deriva da un esasperato attaccamento alla regione, ma dall'analisi di chiare cifre che illustrerò.

In merito alla situazione del Mendrisiotto, i conti non tornano: vi è una carenza di letti acuti, postacuti e subacuti. Questa situazione è nota e denunciata fino dal 2002. Si intendono realizzare 180 posti letti in reparti AMI in strutture ospedaliere esistenti (30 ad Acquarossa, 30 a Castelrotto, 60 a San Rocco, 30 alla clinica Varini in aggiunta ai 10 per cure palliative, 15 all'OBV di Mendrisio e 15 a Locarno). Per quanto concerne i letti CAT, se ne vogliono creare 45 a fronte dei 45 attualmente esistenti (vecchi: 15 ad Arzo, Cevio, Sonvico; nuovi: 30 a Sementina e 15 a Sonvico). Il totale per i posti subacuti è il seguente: nel Luganese 90 letti AMI e 30 CAT, per un totale di 120 (pari a 0.8 per 1'000 abitanti); nel Bellinzonese 30 letti AMI e 30 CAT, per un totale di 60 (pari a 0.8 per 1'000 abitanti); nel Locarnese 45 AMI e 15 CAT, quindi 60 in totale (pari a 0.9 per 1'000 abitanti); nel Mendrisiotto 15 AMI e 15 CAT, cioè 30 in totale (pari a 0.6 per 1'000 abitanti). È da notare che i letti AMI nel Mendrisiotto saranno realizzati solo nel 2019-2020 e quindi fino a quel momento vi saranno solo 15 posti postacuti. Questa è la situazione per quanto riguarda i letti acuti: 2.8 per 1'000 abitanti nel Mendrisiotto, mentre negli altri distretti la proporzione è tra i 4 e i 4.5 per 1'000 abitanti. Il Mendrisiotto rischia inoltre di vedersi ridotti i letti acuti di 15 unità. La situazione è quindi già oggi insostenibile e con la nuova pianificazione non si tiene conto in nessuno modo di questa emergenza.

Il fabbisogno regionale attuale nel postacuto è il seguente (secondo una slide presentata all'OBV di Mendrisio dal dottor Balestra): 30 letti AMI all'OBV e 15 letti CAT alla Santa Lucia di Arzo; nessuna riduzione di letti somatici all'OBV. Resta fino al 2020 un punto interrogativo sulle soluzioni transitorie. È chiaro che oggi in qualche modo il fabbisogno è coperto e una parte del servizio per gli anziani che non se la sentono di recarsi fino a Lugano è coperta con la LAMal dal servizio di assistenza e cura a domicilio. Il servizio offerto però è nettamente inferiore all'ospedalizzazione, soprattutto a causa della carenza del servizio notturno (che a volte provoca il cosiddetto effetto "porta-girevole", per cui il medico curante deve ospedalizzare nuovamente il paziente appena dimesso che però a casa non riesce a restare). Un'altra parte di coloro che non possono essere ricoverati nel Luganese resta in ospedale più a lungo occupando impropriamente letti acuti. Altri pazienti sono effettivamente ospitati nelle cliniche private luganesi, recando disagi ai familiari che devono recarsi in visita. Ricordo la grave situazione, citata anche ieri, relativa alla viabilità tra Mendrisio e Lugano, quando i letti subacuti dovrebbero essere un esempio di servizio di prossimità degli ospedali.

I Comuni del Mendrisiotto, allarmati da questa situazione, si sono riuniti a Novazzano e nel 2014 hanno scritto una lettera alla CPO chiedendo di considerare che dal 2015 al 2019 non saranno disponibili posti AMI, che vi saranno solo 15 posti CAT ad Arzo, e che solo dal 2019 vi saranno 30 posti AMI a Mendrisio nella nuova ala dell'OBV. I Comuni chiedevano quindi che, visto il fabbisogno, non si lasciasse l'ambiguità della struttura di Arzo. Noi deputati del Mendrisiotto inoltre abbiamo ricevuto un appello da un medico dell'OBV.

Chiedo pertanto di sostenere l'emendamento sottoscritto da diversi colleghi. È importante capire che per i politici locali e per i Municipi del distretto non si tratta di un'operazione aritmetica né di campanilismo, ma della volontà di assicurare un passaggio dolce dalle

corsie di ospedale al domicilio ai pazienti più fragili della regione, perlopiù anziani, restando vicino ai propri cari e alla propria casa.

DENTI F., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO I VERDI - Questa pianificazione è nata con l'obiettivo primario di ridurre la spesa sanitaria a carico del Cantone di circa 14 milioni di franchi e i passi successivi sono stati volti tutti a questo risultato. Lo scopo di una pianificazione ospedaliera è in primis di razionalizzare l'offerta sanitaria (e non di razionare) e di favorire lo sviluppo della sanità cantonale.

Nei suoi molti mesi di lavoro, la Commissione ha cercato di tenere al centro la qualità di cura per i cittadini-pazienti, presentando svariate proposte e approfondimenti per ottemperare al mandato e al contempo cercare di porre le condizioni migliori possibili per lo sviluppo della sanità ticinese. Dopo due anni anche la Commissione della gestione e delle finanze ha dovuto prendere atto che l'obiettivo finanziario non era stato raggiunto, e forse nel dibattito potremmo discutere sul motivo. Per quanto mi riguarda, descriverò solo la questione sui letti AMI, siccome gli emendamenti proposti finora sono tutti condizionati fortemente dalla presenza o assenza di questa tipologia di letti. Essi potranno esistere, come intesi dalla Commissione della gestione e delle finanze e dalla CPO, come un reparto stazionario con la presenza di un medico 24 ore su 24 e un carico infermieristico ben chiaro (tutto ciò che non rispetta questi criteri non è un reparto AMI). Deve essere chiaro che per noi gli AMI devono ricadere sotto l'art. 39 cpv. 1 LAMal. Chi parla di subacuto e postacuto dice eresie, in quanto la LAMal contempla soltanto gli ospedali (art. 9 cpv. 1), mentre il resto sono case di cura e strutture per pazienti lungodegenti. Gli ibridi (come gli istituti di cura o gli AMI con fatturazione all'atto) non sono menzionati nella LAMal.

Gli AMI non sono fatti per degenze lunghe e malattie croniche; la loro offerta è finalizzata a sgravare l'ospedale acuto o per permettere ai pazienti con malattie più lievi di essere trattati senza passare per il reparto specialistico. Negli AMI le cure infermieristiche ammontano mediamente a 118 minuti al giorno (contro i 90 minuti di cure infermieristiche previste negli istituti di cura) ed è prevista la presenza del medico 24 ore su 24 (e non soltanto su chiamata, come invece prospettato dal progetto del Consiglio di Stato). Per quanto riguarda la tariffa, gli AMI sono inseriti nell'art. 39 cpv. 1 LAMal in quanto sono di competenza ospedaliera. La CPO ha discusso a lungo sul fatto che lo SwissDRG non è pertinente per l'AMI; l'ipotesi più logica è definire una tariffa giornaliera e questo compito è dato ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori. Per riassumere: se questi nuovi reparti ricadono sotto l'art. 39 cpv. 1 LAMal saranno reparti AMI come li intendiamo; se ricadono sotto l'art. 39 cpv. 3 LAMal, saranno CAT o case per anziani, ma non letti acuti. Secondo l'art. 49 LAMal per i ricoveri non corrispondenti a lunga degenza è d'obbligo la tariffa forfettaria e quella all'atto non è ammissibile. Per gli ospedali la norma è la tariffa per caso, cioè il forfait (SwissDRG).

Si è discusso della possibilità di fatturare all'atto, ma ciò pone vari problemi: a partire da quali tariffe avviene la fatturazione all'atto delle cure infermieristiche? A quale tariffa avviene la fatturazione della visita medica? Infatti per il settore stazionario non sono presenti tariffari, perché vige il forfait. È stata citata una sentenza riguardante il caso di Zurigo, ma essa parla chiaro e si riferisce solo alle prestazioni fornite nelle case per anziani ambulatorialmente (ossia dall'esterno).

Chi paga quindi? Sia che venga scelto il cpv. 1 sia che venga scelto il cpv. 3, l'incertezza finanziaria è la medesima e non cambia nulla. Se fosse scelto il cpv. 3 potrebbe porsi questo scenario: le casse malati impugnano davanti al Tribunale amministrativo federale

(TAF) la tariffa fissata dal Consiglio di Stato in quanto non vi è una convenzione tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori. I medici sono fornitori di prestazioni e devono concordare con l'assicurazione malattia una convenzione. Se quest'ultima manca, il Consiglio di Stato può fissare tariffe provvisorie; se invece vi è un accordo fra le parti, il Consiglio di Stato di regola lo ratifica. In caso di ricorso, il Consiglio di Stato può togliere l'effetto sospensivo, ma il TAF può reintrodurlo e l'unica certezza sono i tempi biblici per l'evasione del ricorso. Un esempio è il ricorso delle casse malati contro una convenzione con l'OMCT, depositato il 30 novembre 2013 contro il valore del punto per il 2012 e all'alba del 2016 non vi è ancora nessuna sentenza.

Immaginiamo invece di scegliere il cpv. 1. Se le casse malati vogliono impugnare l'atto normativo cantonale deciso dal Gran Consiglio, devono presentare ricorso al Tribunale federale (TF) di Losanna entro 30 giorni dalla pubblicazione. Il ricorso, in materia di diritto pubblico, invocherebbe la violazione del diritto federale, cioè della LAMal. Tale ricorso non ha effetto sospensivo, ma il giudice istruttore potrebbe d'ufficio o su richiesta di parte concedere l'effetto sospensivo. In teoria il TF potrebbe pronunciare altre misure cautelari per tutelare provvisoriamente gli interessi minacciati degli ospedali e dei cittadini: sancire tariffe provvisorie o addirittura applicare provvisoriamente il cpv. 1 o il cpv. 3. Se invece il TF applicasse l'effetto sospensivo, le conseguenze sarebbero tempi biblici come presso il TAF.

All'inizio della discussione odierna è stato proposto di rimandare il dibattito e penso che non sia opportuno: penso sia giusto discuterne tenendo presenti gli scenari. Vi è incertezza finanziaria in entrambi i casi: quella relativa al cpv. 1 potrebbe essere risolta più rapidamente. Noi deputati costituiamo il potere legislativo, che deve decidere senza lasciarsi condizionare da queste incertezze giuridiche, altrimenti verrebbe meno nel suo compito. Non abbiamo alternative e questo è il futuro che attende la pianificazione indipendentemente da qualsiasi decisione prenda oggi questo Gran Consiglio.

Invito pertanto a non smantellare il sistema sanitario ticinese e a non penalizzare l'EOC (che si troverebbe a gestire case per anziani al suo interno). Sappiamo che l'EOC ha risorse finanziarie per portare a termine lo sviluppo di Acquarossa. Vi prego di non smantellare il sistema sanitario ticinese trasformando tutto in una casa per anziani.

MORISOLI S., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO LA DESTRA - Torno brevemente sulla proposta di rinvio, che non è stata accettata. Penso che tutti si siano accorti di quanto materiale abbiamo ricevuto da venerdì; ancora oggi ci sono stati portati documenti con modifiche e precisazioni. Con ciò non voglio dire che la Commissione abbia lavorato male, – mi associo anzi a coloro che hanno fatto ringraziamenti e complimenti – ma che il lavoro non è stato concluso come avrebbe dovuto essere. Il Governo e alcuni che mi hanno preceduto insistono sul fatto che bisogna assolutamente decidere perché siamo già in ritardo. Orbene, quel Dipartimento sapeva fin dal 2009 che questa cosa sarebbe arrivata e quindi un eventuale rinvio di qualche settimana o mese non avrebbe gravato sull'economia dei tempi.

Leggendo i molti documenti, non si può non arrivare a un paio di conclusioni che vado ad esporvi. Quando si legge tutta questa carta, si ha l'impressione che più che a una redistribuzione e un'ottimizzazione di competenze assistiamo a una lotta per redistribuire e massimizzare potere e soldi. Non sono un professore come il collega Pamini, non sarei in grado di evidenziare ciò scientificamente, ma leggendo i documenti ho tale sensazione in modo netto. La grossa differenza è che quando Paolo Pamini, liberista convinto, parla di

mercato, le regole sono chiare, si sa che vi è una gara, mentre in questo caso sembra esserci una gara sottaciuta e occulta.

La materia è complessa e delicata, perché oggi il Parlamento va a disegnare il futuro delle cure per noi e per i nostri cari e per tutti i cittadini. Nei discorsi, nei rapporti, nelle perizie degli esperti, traspare che in fondo il settore privato è l'indesiderato in questa struttura. Di ciò si tratta, di come minimizzare il settore privato: il legislatore federale l'ha elevato a livello di quello statale e sotto sotto vi è una rincorsa a frenare quanto esso può dare. Quando siamo malati la prima cosa che ci interessa è guarire e non se l'ospedale è dello Stato o è una clinica privata. Questo è il problema. Questa Commissione ha evitato efficacemente il tema. Si è trincerata dietro al primo capitolo che poteva dare adito a una grossa discussione in questa sala, quello dell'attribuzione dei mandati acuti. Ha semplicemente detto: *«Non è una nostra competenza, è una competenza tecnica, non saremmo in grado di decidere niente o peggio ancora litigheremmo»*. Per cui ha rinunciato a entrare in materia affidandosi a un gremio di tecnici. Prova ne è che, riguardo ai reparti di letti acuti, in questi ultimi giorni ne sono saltate fuori di tutti i colori. Si è messo qualche cerotto di qua e di là, perché già prima vi era stato un preavviso, ma di fatto non si potrà dire che l'assegnazione dei mandati sia avvenuta sulla base del tanto decantato modello di Zurigo. Tra l'altro, nello stesso rapporto di maggioranza si dice in più parti che chi ha presentato il messaggio, quindi il Governo, non ha agito secondo tale modello. Ho studiato il modello di Zurigo: è brutale e non adatto alla realtà del Ticino. Ha però un chiaro pregio: i mandati li vincono quelli che, in base a sette criteri, sono i migliori nelle prestazioni. Questa è la competizione di Zurigo, dove però c'è un'altra cultura, un'altra tradizione e altri problemi. Non si cerchi di farci credere, in questo Parlamento, che per certe prestazioni e per certi mandati si sono scelte delle piste diverse, mentre per quello che invece sembrava più o meno confacente si è scelto questo modello. Dai rapporti esce tale rimprovero.

Il fatto per esempio che la geriatria, la psichiatria, l'ortopedia di un certo tipo vengano assegnate sperimentalmente per due anni è assurdo, perché si fanno perdere soldi a chi oggi il business lo sa fare, perché è un'attività che rende anche a certi ospedali. Ciò non fa parte del modello della messa a concorso dei mandati, ma deriva da decisioni politiche prese a monte. La Commissione ha rinunciato a entrare in materia per lasciare prendere le decisioni politiche, non tecniche, a qualcun altro. Questa è la lacuna più grande che c'è in questo rapporto e in questo lavoro. Si è voluto saltare il fosso e non addentrarsi in questo capitolo.

Un altro tema sensibile è quello dei famosi letti AMI. Evidentemente questo è un esempio di lavoro concreto in funzione della realtà e non ideologico sulla necessità della salute. C'è una necessità riguardante i pazienti che una volta dimessi dall'ospedale acuto, o in prospettiva di esserlo, non sono pronti né per andare a casa, né per andare in una casa per anziani. La Commissione ha avuto il merito di mettere in luce il problema, in prima battuta trascurato, e di risolverlo.

Da questo documento traspare un problema enorme. In inglese si usa il termine governance, e qua ci caschiamo dentro ogni volta che lavoriamo su questo dossier. Ci sono incompatibilità, interferenza, disparità di mezzi e di competenze tra il controllore, il legislatore, l'attore, il regolatore e il produttore. Lo Stato in questo caso fa il regolatore, il produttore, il legislatore, l'erogatore e l'EOC fa benissimo a fare la sua strategia; dovrebbe tenere ancora più duro perché è una componente importante del mercato della salute. Va meno bene che chi fa la pianificazione politica invece non parifichi su certe tematiche tutti gli attori di questo particolare settore.

Concludo ricordando chi paga. Si dice che il Cantone paga 340 milioni, ma in realtà sono i contribuenti ticinesi a darli. Sono gli stessi che pagano le casse malati, perché la salute la paga chi la usa e chi la sostiene tramite le imposte.

PINOJA G. - Il mio intervento si riferisce unicamente alla questione della psichiatria. È un tema che è stato un po' trascurato in questo rapporto. È sorto un grosso problema riguardante la clinica Varini, che ha chiuso il reparto psicosomatico dicendo che esso sarebbe stato trasferito alla clinica Hildebrand di Brissago. Visto che tra Hildebrand, Varini e DSS non c'è stato nessun accordo, non ci sarà però nessun trasferimento. Mi chiedo dove metteremo i pazienti della clinica Varini, il 70% dei quali ha bisogno di cure particolari in ambito psichiatrico. Questa situazione si aggiunge poi a quella dei ricoveri coatti. Tali pazienti non attengono più alla clinica psichiatrica cantonale (CPC) di Mendrisio: 15 pazienti non saranno più tenuti e verranno quasi imposti a una delle poche altre strutture che ci sono ancora in Ticino. Se quest'altra struttura non ha però un concordato che le permetta di prenderne più degli 80 casi che ha attualmente, c'è una difficoltà. Nel Sopraceneri oggi c'è una disponibilità di posti abbastanza limitata rispetto al resto del Cantone (80 posti su 291). Dare due letti in più non risolverà il problema. Non vorrei che si arrivasse a dover mandare pazienti in Svizzera interna perché in Ticino non c'è posto. Non abbiamo proposto emendamenti al riguardo, ma invito il Direttore del Dipartimento a risolvere il problema al più presto.

MATTEI G., INTERVENTO A NOME DI MV - La sanità ticinese è un tema complesso, ma possiamo dire che è buona e dà soddisfazione ai cittadini. Dal mio punto di vista mi attendevo però qualcosa di più per le zone periferiche di montagna. Noi valmaggesi, ormai 20 anni fa, abbiamo subito lo smantellamento del nostro ospedale. Per noi è sempre l'ospedale, anche se all'interno di una casa per anziani, dove però mancano quelle infrastrutture che oggi, almeno a livello minimo, sono salvate nelle Tre Valli: pronto soccorso e alcuni altri servizi. C'è grande delusione. Sì, certo, i tempi sono cambiati, c'è una visione di centralizzazione e non si può pretendere che servizi specializzati siano diffusi ovunque sul territorio. Anche al di là della questione dei posti di lavoro, sarebbe importante riconoscere quanto le zone periferiche possono dare a livello di recupero della salute. Pensiamo per esempio all'opportunità di fare convalescenze di una durata adeguata e al problema dei tempi sempre più compressi negli ospedali. In questo contesto si sarebbero potuti sviluppare progetti più interessanti, più coinvolgenti. Ho sentito la relazione del collega dottor Peduzzi e ho paura che quanto si propone oggi per Faido e Acquarossa sia uno zuccherino che si scioglierà presto.

PAGANI L., PRESIDENTE - Mi appresto a dare la parola al Consigliere di Stato. Se non ci saranno interventi in replica faremo la pausa e dopo di essa discuteremo degli emendamenti. Se ci saranno interventi in replica dovremo rinunciare alla pausa.

PRONZINI M., CORRELATORE DI MINORANZA - In questo modo si mette pressione per non fare repliche. Su questo tema dobbiamo prenderci tutto il tempo necessario per fare una discussione approfondita. Visto che la discussione è già stata lunga chiedo che,

indipendentemente dalle repliche, dopo l'intervento del Consigliere di Stato si faccia una pausa.

BELTRAMINELLI P., DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - Ringrazio tutti per l'impegno e la qualità degli interventi. Non potrò rispondere nel dettaglio, ma alcuni temi potranno essere ripresi durante la discussione sugli emendamenti. Quello della pianificazione ospedaliera è un esercizio paziente, non solo perché abbiamo a che fare con pazienti, ma perché evidentemente la sanità non ha prezzo, mentre le prestazioni sanitarie invece sì. Noi dobbiamo cercare di offrire la miglior cura e soprattutto la cura che abbia una filiera nella guarigione che sia la più appropriata ai nostri pazienti che, come molti hanno detto, sono al centro della nostra attenzione. Sicuramente in questa pianificazione si è dato tanto spazio alla qualità e non si è davvero esagerato nell'economicità, perché sostanzialmente noi non risparmieremo un franco rispetto a quanto oggi s'investe in questo settore. È però vero che diamo di più rispetto a oggi, soprattutto tenendo conto dell'età sempre più avanzata dei nostri cittadini, che hanno bisogno di più cure, di più istituti di cura e di più riabilitazione. Prima ancora del messaggio si era partiti con l'idea – avevamo preparato un prerapporto che è stato messo in consultazione – di poter ottimizzare la spesa con 21 milioni in meno e 7 in più per nuove prestazioni. Il saldo era quindi di 14 milioni in meno, ma con contenuti immutati. Questi 14 milioni erano un contributo richiesto ai Comuni, non così tanto per farlo, ma perché si pensava che nella filiera della presa a carico dei pazienti questi istituti di cura – oggi suddivisi in AMI e CAT – fossero un tassello ancora ospedaliero che potesse essere in parte finanziato dai Comuni dopo il grande cambiamento epocale, che ci mette tutti in difficoltà, del nuovo sistema di finanziamento. Esso ha portato a dedicare molte più risorse da parte del Cantone a questo settore fondamentale: con 330 o 340 milioni è il cespito di uscita più grande e più importante del Cantone. Un decimo delle spese cantonali è dedicato a questo settore; un altro franco su dieci è usato per i sussidi, per aiutare i nostri cittadini in difficoltà. Vedete subito quanto è importante il settore della sanità.

Ringrazio davvero tutti coloro che hanno lavorato, anche con una visione critica, perché è normale che un tema così importante non faccia l'unanimità, così come è normale che giungano diversi emendamenti, ma c'è stata voglia di contribuire a trovare la miglior soluzione possibile. Siamo magari partiti con altre aspirazioni, la Commissione ha fatto il suo dovere, sono stati davvero sentiti, ascoltati e coinvolti tutti gli attori possibili. Lo si è fatto prima della redazione del messaggio, lo ha fatto in modo importante anche la Commissione ascoltando gli attori della sanità. Ora dobbiamo prendere una decisione, e credo che siamo pronti a farlo. Quello che non vogliamo è creare incertezze in questo settore (o, almeno, limitarle al massimo). Il cittadino deve sapere che viene curato e nel modo migliore. La soluzione di 180 letti AMI collocati nelle strutture ospedaliere significa che sono ancora degli ospedali; non ai sensi del somatico-acuto, perché stiamo lavorando con la LAMal, ma sono ospedali. Dico questo perché una cifra di 500 franchi al giorno è ben diversa ed è praticamente il doppio dei 260 franchi delle case per anziani. Quindi sgombero il campo e aderisco a quanto dice la Commissione: si tratta di reparti, chiamiamoli pure "Acuti di minore intensità", che devono essere gestiti da coloro che sanno fare ospedale.

Infatti, come ha ricordato Jelmini nel suo intervento, rispetto alle altre due pianificazioni dove si sono chiusi circa dieci istituti ospedalieri acuti, in questa pianificazione non si chiudono ospedali, ma si fanno trasformazioni in funzione delle esigenze di presa a carico

dei prossimi anni. È chiaro che facendo delle scelte si scontenta qualcuno ed è anche legittimo che vengano in questo senso presentati oggi degli emendamenti.

Vi è un emendamento importante che non riguarda i contenuti, ma il modo di finanziamento. E oggi vi è una novità davvero notevole per voi che dovete decidere. Vi erano delle incertezze riguardanti gli istituti di cura e il modo di finanziamento, malgrado vi fosse stata una lunga e intensa attività che aveva portato all'accettazione sostanzialmente unanime di questi istituti con modalità di pagamento diversi. L'incertezza era dovuta alla possibilità o meno di offrire prestazioni sanitarie, mediche, medicinali, fisioterapie eccetera, sotto il cappello dell'art. 39 cpv. 3 LAMal. Una recente sentenza ha fatto chiarezza. La via è quindi spianata per poter istituire questi istituti di cura, che anche noi vogliamo siano "forfettizzati" con una tariffa giornaliera. Per "forfettizzarli" occorre un certo periodo di prova per capire esattamente i contenuti sanitari.

Perché non si può inserire questo tipo di prese a carico sotto l'art. 39 cpv. 1 LAMal? Semplicemente perché non è conforme alla LAMal, perché queste prestazioni non sono inserite in un concetto di forfait secondo DRG. Lo si fa col somatico acuto, lo si farà con la psichiatria e con la riabilitazione, ma non con questo tipo di presa a carico che è il postacuto. È la fase successiva alla fase acuta, ma la richiesta di presa a carico può venire anche dal territorio: i pazienti che da casa propria, con patologie croniche, hanno bisogno di un ricovero stazionario, possono essere mandati in questi istituti. Non sappiamo quanti giorni dura la presa a carico: può durare una o due settimane, che è la media, ma può arrivare fino a tre mesi. Dobbiamo quindi evitare quello che è stato criticato del DRG, che dà una dimissione, magari anticipata.

Il vero nuovo tassello, che spero oggi approverete, è la creazione di questi letti postacuti, che è tanto desiderata da chi opera negli ospedali acuti. Abbiamo sentito il primario di Mendrisio, ma lo sottolineano anche altri medici: la questione dei ricoveri definiti "impropri" negli ospedali acuti bisogna che venga risolta. Sappiamo che lo sviluppo della medicina sarà rapidissimo e quindi la pianificazione sarà continua. Il Consiglio di Stato ha proposto un periodo di quattro anni per rivedere l'attribuzione dei mandati, per consentire alle nuove introduzioni di specialità di entrare a regime prima di giudicare, mentre la CPO chiede un periodo di due anni. Questa divergenza non è fondamentale; se il Gran Consiglio desidera due anni, faremo quello che potremo e diremo quello che saremo in grado di dire.

Ha ragione Morisoli: la sanità è molto diversa dalle attività economiche classiche, non fosse altro che per la parte LAMal, che prevede l'obbligo di essere assicurati e di ricevere una prestazione, ma anche la possibilità di fatturare da parte di chi offre prestazioni, situazione evidentemente diversa da quella di chi offre prestazioni senza la garanzia di essere pagato da un'assicurazione obbligatoria.

Cercherò di essere rapido nel rispondere ad alcune vostre osservazioni. Cominciamo dal numero di ospedalizzazioni per 10'000 abitanti. Il Ticino oggi ha un tasso di ospedalizzazione di quasi 800, Zurigo di 545, mentre la media svizzera è di 601. Nonostante la proposta di questi istituti di cura o AMI si rimane a un tasso di ospedalizzazione di 700, quindi molto superiore alla media svizzera. I fattori in gioco sono molti, il Ticino ha delle condizioni – ed è una bella cosa – e una speranza di vita diverse da altri Cantoni.

L'intervento del relatore Caprara è stato completo e non c'è molto da aggiungere, se non che la CPO ha ottenuto – credo che nessuno oggi l'abbia messo in dubbio – che i Comuni partecipino molto meno di quanto era previsto. Evidentemente siete consapevoli che questo provoca un costo superiore per il Cantone; negli esercizi che faremo spero che riusciremo a contenere le spese.

Vi è un punto che deve essere chiarito perché può essere fonte di malintesi. Nel nostro sistema svizzero è molto importante il partenariato sociale. Quando si parla di lavoro ci sono da una parte i datori di lavoro, dall'altra parte i sindacati e talvolta il Cantone è chiamato a fare da arbitro con i famosi contratti normali di lavoro, naturalmente dopo avere sentito la Commissione paritetica. Nella sanità succede esattamente lo stesso. Ci sono due partner che devono accordarsi sulle tariffe. Da una parte ci sono sempre le casse malati. Le casse malati occorre che si trovino con i medici per discutere del regime ambulatoriale; occorre che si trovino con ospedali e cliniche per raggiungere un accordo per le tariffe stazionarie e per l'ambulatoriale ospedaliero. Spesso l'accordo non c'è e allora interviene il Cantone a fare da arbitro, ma in posizione debole perché la nostra facoltà è fissare tariffe provvisorie. Non vi dico il numero di ricorsi che sono possibili e che vanno avanti nei vari tribunali. È quindi evidente che oggi chi rappresenta uno dei partner tariffali tende a giustificare la sua parte, magari facendo credere che è la sola parte giusta e che il Consiglio di Stato dovrebbe seguirla. Noi cerchiamo di seguire la via più giusta che corrisponde sempre a una ponderazione d'interessi tra i vari partner della sanità.

La dispensazione dell'offerta stazionaria in Ticino è particolare. Morisoli dice che non si tengono in debita considerazione i privati, ma direi che per sua natura, per la storia del Cantone, abbiamo una situazione che è unica in Svizzera: il 60% dell'offerta stazionaria è dispensata dal pubblico e il 40% dal privato. È sempre difficile stabilire il giusto equilibrio, ma davvero non credo che vi sia stato accanimento nei confronti delle cliniche private, né dell'EOC, prova ne sia il fatto che oggi gli emendamenti che riguardano l'attribuzione delle specialità sono davvero limitati.

È però vero che con questa pianificazione sono state compiute delle scelte e sotto questo punto di vista mi ha un po' sorpreso la posizione del PS che definisce la pianificazione come un'occasione mancata (o peggio) e che in sostanza propone di rimanere allo status quo. È stata fatta la scelta politica di attribuire tutti i mandati, tranne evidentemente quelli di cardiocirurgia che sono dati al Cardiocentro, al settore pubblico. Al settore privato sono stati attribuiti numerosi mandati, ma mai in modo esclusivo. Questo è un punto importante. È vero che il settore pubblico nel Ticino contempla la particolarità dell'ospedale multisito, perciò dovendo attribuire i mandati per istituto, cioè per costruzione, non tutti gli ospedali pubblici hanno ricevuto tutto. Il settore pubblico nel suo complesso però riceve tutte le necessarie attribuzioni. Questo ragionamento è stato compiuto perché se il settore privato dovesse per sua scelta perdere interesse nel prestare delle cure non potremmo avere lacune in un settore così importante. Qualcuno ha osservato con preoccupazione che i privati scelgono solo le specialità che gli interessano. Bene, noi per legge dobbiamo dare delle attribuzioni per specialità; evidentemente controlleremo che queste siano dispensate con qualità e a un prezzo economicamente competitivo. Ricordo che in generale, ma anche per le sue strutture, la sanità privata stazionaria costa meno di quella pubblica stazionaria. Quindi non abbiamo un elemento scatenante per fare quello che desidera il deputato Pronzini, ovvero semplicemente radiare dall'elenco degli istituti a carico della pianificazione quelli privati. Non possiamo, perché sono già inseriti oggi nella pianificazione e avendo dei criteri di qualità e di economicità vincerebbero qualsiasi ricorso senza problemi.

Vi è poi la questione delle collaborazioni fra pubblico e privato. Questa collaborazione è finalizzata a cercare di mantenere la sanità migliore in Ticino e di evitare doppioni. Oggi ci sono sei maternità diffuse su quattro regioni, domani potremmo avere quattro maternità, sempre diffuse su quattro regioni. Ai tempi del baby boom avvenivano circa 4'000 nascite all'anno, oggi purtroppo sono solo 2'700-2'800. La concentrazione è sicuramente opportuna per garantire una presa a carico sempre migliore. Anche la concentrazione nei

vari ospedali, che riteniamo non esagerata, serve proprio per garantire la migliore presa a carico, non solo durante il giorno, ma 24 ore al giorno, sabato e domenica compresi.

Le proposte del PS, signora Garobbio, non faranno diminuire i costi della sanità. Di questo possiamo essere certi. Noi vogliamo mantenere l'indicazione quantitativa del volume di prestazione, perché la riteniamo un riferimento importante in una pianificazione, ma lo strumento più importante per controllare il volume di prestazioni è il contratto di prestazioni, che è aggiornato ogni anno. Abbiamo sentito il relatore Caprara in proposito: questo volume non è messo in discussione e ciò per noi è un punto importante perché i costi sono tenuti sotto controllo da questo strumento.

Non creare incertezze nei letti acuti di minore intensità vuol dire permettere quanto chiesto per esempio da Gianora, quindi creare una nuova struttura ad Acquarossa, oppure accelerare la realizzazione della struttura di Mendrisio. Su di ciò convengo con quanto detto da Durisch. Noi abbiamo raddoppiato come proposta il numero di letti post-acuti a Mendrisio. Dato che la sanità si evolve in modo rapido, chiediamo però che si lasci costruire la nuova ala dell'ospedale Beata Vergine (se verrà approvata questa pianificazione gli strumenti per poterlo fare ci sono tutti) e che i letti siano riempiti. Poi faremo una verifica. Comunque, ci sono tutti gli elementi per dire che la possibilità di arrivare a 45 letti nei prossimi anni sicuramente non è esclusa.

Sappiamo che la perizia Oggier era piuttosto impietosa riguardo alla tipologia delle strutture stazionarie. L'autore diceva che secondo lui nelle valli è meglio stimolare un'offerta di tipo ambulatoriale in day hospital e rinunciare alle strutture stazionarie. Abbiamo fatto tesoro di questa perizia, ma abbiamo compiuto delle scelte e crediamo di star definendo basi solide per il futuro sanitario delle nostre valli.

A Franco Celio rispondo che a Faido viene proposto l'insediamento di un istituto di riabilitazione che fa parte della medicina acuta; sarà un centro di competenza come lo sono Novaggio o la clinica Hildebrand. Sarà sicuramente un fiore all'occhiello importante per quanto riguarda i posti di lavoro qualificati nelle valli. C'è chi dice che si vogliono diminuire i posti di lavoro, ma non è vero. Mi permetto di correggere Luigina La Mantia: il numero di persone che saranno impiegate a Faido e Acquarossa è di circa 80, come oggi. Non si vuole diminuire il numero delle persone; semmai non possiamo escludere che cambi qualche profilo.

Ricordo che oggi il 95% dei ticinesi si fa curare in Ticino. Maristella Polli ha affermato che il 13% dei pazienti si reca fuori Cantone, ma in realtà è solo il 5% a farlo. Lo dico con un certo orgoglio, anche perché se questa percentuale dovesse aumentare troppo quanto noi attribuiamo ai nostri ospedali in base al fabbisogno di 350'000 abitanti potrebbe diminuire. Tanti Cantoni non pianificano tutti i posti letto al loro interno perché hanno collaborazioni con altri Cantoni. Noi che abbiamo faticato tanto per portare in Ticino medicina di prima qualità, nello spirito del master in medicina dobbiamo mantenere la qualità, centri di medicina altamente specializzata o di medicina di punta come oggi abbiamo e di cui andiamo assolutamente fieri.

Il dottor Peduzzi ha fatto bene a intervenire in difesa della sanità nelle valli. Vorrei dirgli però che il pronto soccorso lo si mantiene. In media cinque pazienti al giorno si rivolgono all'ospedale di Faido, nove a quello di Acquarossa. La nuova sinergia prevista e i 10 posti acuti che la CPO ha chiesto di mantenere (richiesta che accogliamo) sicuramente aiuteranno a mantenere questa qualità nelle valli. Non posso nascondere che vi potrebbe essere un problema di attrattività a lavorare nelle valli, quindi stiamo cercando, assieme ai medici del territorio e alle sue autorità, di avere le migliori condizioni per lavorare nel modo migliore.

Concludo dicendo al deputato Denti che effettivamente ci sono tantissime possibilità di ricorso e quindi cerchiamo di evitare il clima d'incertezza. Torneremo sull'argomento quando discuteremo gli emendamenti, ma devo chiarire un paio di punti importanti. Non è dato ricorso a Tribunale federale di Losanna, ma solo al Tribunale amministrativo federale (TAF), e le casse malati non ricorreranno contro l'attribuzione pianificatoria, ma daranno problemi quando ci sarà da concordare le tariffe.

Vi ringrazio. Spero che questo dibattito possa continuare, così come è cominciato, in modo molto competente.

PRONZINI M., CORRELATORE DI MINORANZA - Comincio riprendendo alcune cose dette dal Consigliere di Stato Beltraminelli. Egli ha sostenuto che con questa pianificazione i costi non cambiano. Ne discuteremo poi nel dettaglio, però di sicuro se passa l'emendamento suggerito dal DSS i pazienti dei letti AMI pagheranno 30 franchi in più. Il Consigliere di Stato poi, come sempre fa parlando di costi sanitari, ha ricordato i finanziamenti pubblici agli ospedali, le decisioni di Berna, eccetera. PPD+GG e PLR hanno due capigruppo alle Camere e sono intervenuti in altre situazioni per sanare situazioni come quelle del Fox Town. Allora intervenite con una proposta concreta alle Camere per cambiare questa situazione.

È stato detto che tutti gli attori del settore sono stati sentiti. Io ho letto tutti i verbali della CPO e ho partecipato a parte dei lavori. Posso dire con sicurezza di non essere smentito che tutti hanno detto: *«Sì, ci hanno sentito, ma non ci hanno ascoltato»*. Il disegno era chiaro: avete fatto le audizioni perché dovevate, ma poi avete tirato dritto verso la vostra soluzione.

La citata cifra di 510 franchi al giorno per i letti AMI non esiste da nessuna parte. Ciò perché per i prossimi due anni, come proposto dall'emendamento del DSS, le prestazioni mediche saranno fatturate all'atto e soprattutto – su questo bisogna insistere – di notte non vi saranno medici. L'ha scritto il Consiglio di Stato nelle sue osservazioni agli emendamenti, portando l'esempio dell'ospedale Malcantone e della clinica Varini, dove di notte non vi sono medici (pag. 6). Perciò fra due anni potete stare certi che questo prezzo forfettario sarà molto meno di 510 franchi e si tornerà ai 350 del progetto iniziale. D'altra parte Beltraminelli nel suo intervento l'ha ammesso.

Il Consigliere di Stato ha affermato che non si chiudono gli ospedali di valle; forse si lasciano le mura di questi ospedali, però la geriatria non ci sarà più, la medicina non ci sarà più e i pronto soccorso non ci saranno più. Beltraminelli ringraziava poi chi ha preparato l'emendamento concernente l'art. 39 LAMal: il documento dice che gli autori sono i suoi collaboratori Ivana Petralli e Paolo Bianchi, perciò deve ringraziare loro. Ha citato una sentenza che ci obbliga a scegliere l'art. 39 cpv. 3 LAMal. Per favore, cerchiamo di essere seri: in Commissione questa sentenza non si è vista. Se c'è, che il DSS smetta di fare giochetti come ha fatto durante tutta la procedura e metta tutto sul tavolo.

Passiamo al problema pubblico-privato. Purtroppo in Ticino non abbiamo più il 60% di pubblico e il 40% di privato. A parte il fatto che nell'acuto i letti non si calcolano più, però se togliamo gli 83 letti di medicina ad Acquarossa e Faido, tenendo questi parametri, la proporzione fra letti pubblici e letti privati arriva almeno al 50% e 50%.

Beltraminelli ha cercato poi di banalizzare la mia proposta lasciando intendere che io vorrei radiare tutti gli istituti privati. No, io non chiedo questo e l'ho ripetuto più volte. Dico semplicemente che non c'è un obbligo di dare a tutte le cliniche private i mandati. Se bisogna ridurre, come è il caso per esempio a Locarno, bisognerebbe cominciare non

ponendo sullo stesso piano l'ospedale e la clinica privata, ma guardando dove si possono togliere alcuni mandati. Invece con questa pianificazione sono stati ampliati.

Chiederei al Consigliere di Stato se gentilmente mi spiega cosa intendeva quando ha affermato che con questa pianificazione sono stati tenuti in considerazione gli elementi di qualità e di economicità. Mi piacerebbe capire perché allora volete sopprimere il centro di geriatria di Acquarossa, riconosciuto a livello svizzero.

Argomentare che il pronto soccorso di Faido e Acquarossa accolgono solo cinque o sette casi al giorno è come dire che possiamo abolire i pompieri perché ci sono pochi interventi. Non è vero che il pronto soccorso saranno mantenuti. Oggi ad Acquarossa e Faido abbiamo pronto soccorso di tipo B aperti 24 ore su 24, con medico e infermieri specializzati. Domani, la proposta prevede dei centri d'urgenza aperti durante il giorno, chiusi durante la notte, con un medico di picchetto per il weekend. Il medico assistente avrà 20 minuti di tempo per arrivare e il medico specialista 45.

DENTI F. - Io non sono un avvocato, però ritengo che ciò che concerne la LAMal è di competenza del Tribunale federale, mentre ciò che concerne le tariffe è di competenza cantonale. Ci sono molti avvocati e notai che potranno dirimere l'arcano, ma io credo di avere ragione. Il Consigliere di Stato ha affermato poc'anzi una cosa che se fosse confermata mi darebbe molta soddisfazione. Ha riconosciuto che i letti AML dovranno far parte dell'acuto e avere una copertura sanitaria adeguata, quindi un carico di cure infermieristiche di 180 minuti e la presenza del medico 24 ore su 24. Queste prestazioni non saranno fatturate all'atto (come prevedeva il messaggio), ma tramite forfait. Quindi, rispetto a quanto previsto dal messaggio, il carico infermieristico sarebbe superiore (180 minuti di cure e non 90) e ci sarebbe la presenza del medico 24 ore su 24. Se il medico è già in casa, sarà possibile anche adempiere al servizio di pronto soccorso. Ciò significherebbe in qualche modo conservare lo status quo, pagando di meno per le stesse prestazioni. Chiedo conferma al Consigliere di Stato che la fatturazione per le prestazioni non avverrà all'atto.

Siccome in Parlamento siedono dei sindacalisti, ricordo poi che oggi ad Acquarossa e più ancora a Faido i medici assistenti non rispettano la legge sul lavoro, perché sono in numero insufficiente. Se l'EOC volesse rispettare la legge sul lavoro dovrebbe aumentare il numero dei medici assistenti. Bisogna essere chiari, perché non credo che il Parlamento debba adottare norme che vanno a cozzare con la legge sul lavoro.

PINOJA G. - Non è stato risposto alla mia domanda con la quale chiedevo dove andranno in futuro i pazienti della clinica Varini.

CELIO F. - Mi limito al tema principale del mio intervento, ovvero Faido. Il Consigliere di Stato ha detto che a Faido ci sarà un centro di eccellenza per la riabilitazione. Vorrei però far notare che questo non è dovuto alla benevolenza della proposta che stiamo discutendo, ma semmai ai meriti acquisiti da chi si è occupato finora della struttura. In ogni caso, il centro di riabilitazione non ha niente a che vedere con i letti AML. Come ha spiegato Peduzzi, in un centro di riabilitazione è attiva una serie di medici specialistici, ma mancano i medici generici, polivalenti, che sarebbero necessari in un pronto soccorso. Ribadisco che secondo me non è logico avere un reparto somatico acuto e non avere la continuazione per quei pazienti che non possono essere rimandati a casa.

MORISOLI S. - Ringrazio per le spiegazioni forniteci dal Consigliere di Stato. Per fare in modo che non si esca da questa sala pensando che la questione della trasparenza nell'assegnazione dei mandati sia un'invenzione mia e che io sia uno strenuo difensore solo delle cliniche private, vi cito quanto scritto nel rapporto di maggioranza. La Commissione ha lavorato davvero bene. Lavorare bene significa mettere nero su bianco la realtà dei fatti, poi sta a noi valutare e decidere. A pag. 4 si legge: *«Il dr. Oggier solleva alcune puntuali perplessità su alcuni punti e in particolare ci sembra corretto citare quelli che alla CPO sono sembrati maggiormente significativi»*; ripeto qui un punto particolarmente importante: *«Critica il processo che ha portato all'attribuzione dei mandati, in quanto non sempre vi sono stati criteri trasparenti e l'attribuzione del mandato è stata conseguente. In questo ambito esprime molte riserve sulla norma di legge cantonale che attribuisce al Parlamento la competenza dell'attribuzione dei mandati»*. Di fatto il Parlamento a questa competenza ha rinunciato.

Leggo poi dal capitolo 1.4 "Qualità delle cure": *«Il piano strategico generale e i criteri di attribuzione delle specializzazioni devono essere chiari, con un'applicazione coerente del modello di Zurigo e non seguendo logiche diverse e difficilmente comprensibili»*. E ancora, a pag. 6, capitolo "Trasparenza delle procedure": *«Il Ticino, come molti altri Cantoni, si è basato sul cosiddetto modello di Zurigo. Tuttavia l'applicazione del modello è stata solo parziale, ciò che rappresenta uno dei motivi per cui la pianificazione ha suscitato parecchie discussioni e perplessità, come rilevato dalla perizia Oggier»*.

Queste frasi sono state scritte dalla Commissione speciale per la pianificazione ospedaliera. Io vi siedo da poco tempo, ma le condivido pienamente ed è anche per questo motivo che sostengo la posizione che già conoscete.

Per concludere, vi leggo una frase che trovo bellissima, anch'essa scritta dalla Commissione nel capitolo 1.7.3, "Cliniche private": *«La storica forte presenza delle cliniche private in Ticino, in una percentuale doppia rispetto al resto della Svizzera, non semplifica certamente il compito»*. Quindi, se le cliniche private non ci fossero sarebbe meglio.

CAPRARA B., RELATORE DI MAGGIORANZA - Avrei evitato di prolungare questo dibattito fiume, ma sono state dette alcune cose che desidero precisare.

Innanzitutto è chiaro che una parte di questo Parlamento difende a denti stretti lo status quo e fa riferimento all'iniziativa popolare. L'iniziativa propone di modificare l'art. 4 della legge sull'Ente ospedaliero cantonale (LEOC). Non voglio stare qui a entrare nel dettaglio, ma faccio presente che si dimentica di proporre la modifica dell'art. 2 e dell'art. 3. La legge che regola l'attività dell'EOC recita: *«L'EOC provvede alla direzione e alla gestione di ospedali pubblici garantendo alla popolazione le strutture stazionarie e i servizi medici necessari»* (art. 2 cpv. 1); *«L'EOC gestisce gli ospedali con criteri di efficienza e economicità nel rispetto della promozione continua della qualità delle cure e dell'equità d'accesso alle cure»* (art. 2 cpv. 2); *«La missione e i mandati di prestazione all'EOC sono definiti dalla pianificazione ospedaliera cantonale ai sensi della legislazione federale in materia di assicurazione malattia»* (art. 3 cpv. 1). Delle due l'una: o si accetta di basare la pianificazione sulle regole della LAMal, quindi il rispetto del principio del fabbisogno e dell'economicità, oppure il Gran Consiglio decide ciò che vuole, ma poi però deve dire chiaramente alla popolazione che quanto vuole mantenere rimane a carico esclusivo del Cantone. Ciò che è peggio però è che l'iniziativa cerca di cementificare la situazione attuale illudendo i cittadini che tutto possa rimanere inalterato e che questo comunque garantisca loro la qualità delle cure auspicata. Io ritorno all'esempio del paziente infartuato che ho citato inizialmente. Io penso che più nessuno in caso di una patologia simile metta

in dubbio l'attuale organizzazione e preferisca rimanere in un ospedale di zona anziché recarsi al Cardiocentro. Oggi disponiamo di mezzi di trasporto, della REGA, di una rete autostradale efficiente, ma soprattutto di protocolli medici di urgenza moderni che consentono risposte diverse rispetto al passato e questo fa parte dello sviluppo della qualità.

È proprio seguendo il discorso della qualità che la CPO non ha voluto fare il piccolo chimico – rispondo a Morisoli – e tentare di correggere l'attribuzione delle specialità. Tutti noi che sediamo in questa sala viviamo un conflitto: si vuole la migliore qualità, quindi si è d'accordo di promuovere dei centri di competenza prevedendo un minimo di concentrazione (il messaggio del Consiglio di Stato parla di una concentrazione di circa il 4% delle casistiche in Ticino), però si vuole anche un servizio di prossimità, ma ci si lamenta anche del continuo aumento dei premi delle casse malati. Dobbiamo capire che cosa vogliamo. Io credo che questa pianificazione non sia la migliore possibile, ma sicuramente è un passo verso la direzione che dobbiamo seguire per dare seguito al discorso del fabbisogno, che oggi invece non è rispettato.

Invito poi Morisoli a non leggere nel rapporto quello che non c'è scritto. Noi abbiamo semplicemente detto che la presenza di un 40% di cliniche private è una realtà di questo Cantone. Questa pianificazione non corregge, come invece vorrebbe Pronzini, né gli equilibri, né le percentuali, né i ruoli. L'EOC vuole rimanere il perno dell'offerta ospedaliera ticinese. Dobbiamo aiutarlo e metterlo in condizione di trovare nuove soluzioni dove è possibile, dove ha senso e dove è meglio. A Lugano la maggioranza delle mamme partorisce alla clinica Sant'Anna, dove avvengono 800 nascite all'anno. Al Civico sono solo 400. Si potrebbe dire «*continue la concorrenza e vinca il migliore*», ma non so quanto ciò farebbe l'interesse delle mamme del Luganese; probabilmente ha più senso trovare altre soluzioni e forme di sinergia.

A Lurati, secondo il quale si stanno spalancando logiche privatistiche, ha già risposto il Consigliere di Stato ricordando che non siamo di fronte a un mercato libero. C'è una contrattazione tra chi fornisce le prestazioni, cioè gli ospedali e le cliniche, e chi riconosce i prezzi, cioè le casse malati. Io non voglio difendere le casse malati e chi mi conosce dovrebbe saperlo bene. D'altronde mi pare che in questo Cantone chi difende le casse malati non parta con un gran favore. Però queste sono le regole del gioco imposte dalla LAMal e anche noi le dobbiamo rispettare. Sappiamo che Pronzini vorrebbe togliere i mandati alle cliniche private, ma se una clinica presenta un certo numero di casi, dispone del medico specializzato, ha dei costi ragionevoli, ha diritto al mandato.

Ho un'ultima osservazione riguardante il modello di Zurigo. Anch'io ho parlato con il suo responsabile. In Ticino probabilmente bisognerà trovare un modello rosso-blu, simile nei principi al modello di Zurigo, ma adeguato alla nostra realtà. Per questo motivo la Commissione ha invitato il Consiglio di Stato, in un lasso di tempo di due anni, a riflettere su una modalità specifica ticinese. Bisogna prendere atto delle regole del gioco di base del modello di Zurigo, ma nel limite del possibile adattarlo alle nostre necessità e alla nostra realtà, non per difendere un singolo ospedale di valle piuttosto che un altro, ma per rispettare il bisogno e per difendere l'interesse dei pazienti ticinesi.

BELTRAMINELLI P., DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - Gli interventi in replica sono stati molto qualificati. Cercherò di essere breve nelle mie risposte.

A Morisoli. Ammetto che abbiamo derogato leggermente al modello di Zurigo, ma solo per non compromettere degli istituti. Il modello di Zurigo prevede che un istituto debba

rispettare tutti i requisiti ex ante, cioè prima che gli venga attribuito il mandato. Noi, per evitare doppioni e investimenti inutili, abbiamo concesso un certo tempo per organizzarsi agli istituti che hanno ricevuto un mandato. Si voleva evitare che un istituto magari desse per scontato di ricevere un mandato, mentre poi non gli sarebbe stato assegnato. In questo senso confermo quanto ha detto il relatore Caprara.

A Denti. Con gli assicuratori malattia abbiamo svolto un grandissimo lavoro ed eravamo agguerriti. Evidentemente gli assicuratori malattia non avevano come primo scopo né quello di istituire gli istituti di cura né quello di avere reparti acuti di minore intensità con una tariffa attorno ai fr. 500.-. Loro cercavano la via del CAT, la cui tariffa si aggira attorno ai fr. 340.- al giorno. Abbiamo condotto una trattativa piuttosto dura con gli assicuratori malattia sia durante l'elaborazione del messaggio sia dopo e abbiamo portato delle argomentazioni fondate, grazie al gruppo di medici con cui abbiamo lavorato (erano due canali differenti), per dimostrare che una cifra di circa fr. 200.- al giorno di contenuto sanitario si raggiunge abbastanza facilmente. Questo crea le premesse per una forfetizzazione. Quest'ultima però – è sempre così – non la si potrà adottare subito, ma bisognerà attendere un paio di anni prima che il sistema sia implementato. Dal loro ultimo scritto risulta che anche gli assicuratori malattia tendono a voler forfetizzare le prestazioni a giornata. Gli assicuratori malattia sono arrivati a questa conclusione non certo solo per buon cuore o perché il Ticino è meglio di altri Cantoni, ma perché la sentenza del Tribunale federale li ha sconfessati. Questa sentenza era disponibile e l'abbiamo consegnata nel mese di agosto al relatore Caprara, quindi la CPO ne era al corrente. Questa sentenza è fondamentale, perché permette agli istituti di cura di fatturare delle prestazioni come se fossero ambulatoriali e questo prima non era permesso. Ora lo scopo è arrivare nel più breve tempo possibile a una forfetizzazione per giornata di cura (naturalmente non secondo lo SwissDRG) sotto l'art. 39 cpv. 3 LAMal. Le premesse ci sono davvero tutte.

A Pinoja. I pazienti somatico acuti con problemi psichiatrici saranno ricoverati nel somatico acuto o nella riabilitazione, con consulenza psichiatrica. I pazienti psichiatrici con problemi somatici secondari, quindi laddove la psichiatria è determinante, saranno ricoverati in una clinica psichiatrica. L'ospedale La Carità di Locarno e la clinica Hildebrand hanno offerto la possibilità di assumere il medico responsabile della clinica Varini come consulente e si sta trattando con lui. Per i pazienti saranno assicurate le cure necessarie o nel somatico acuto o nella riabilitazione o in psichiatria. Anche in riabilitazione saranno a disposizione psicologi e neuropsicologi che potranno prendersi cura adeguatamente dei pazienti. Il personale curante della Varini resterà alla Varini.

DURISCH I. - Il DSS ha detto che abbiamo ereditato dal passato la presenza delle cliniche private. Questa presenza, che corrisponde a circa il 40% dell'offerta, costituisce comunque una distorsione rispetto al resto della Svizzera, come ha ammesso il Consigliere di Stato stesso. Nel frattempo è cambiata anche la legge, perché oggi il Cantone partecipa al pagamento delle strutture private. Io mi aspetto che il Governo in qualche modo cerchi di stringere i panni addosso al privato, il quale non sostiene tutti i costi che deve addossarsi il pubblico, come ad esempio le situazioni di emergenza nel caso di Ebola oppure la formazione (il pubblico si prende a carico molti più infermieri in formazione rispetto al privato). Anche l'attribuzione di un doppio mandato sia al privato sia al pubblico potrebbe presentare un effetto boomerang, come già avviene per i Servizi di assistenza e cura a domicilio. Il privato si prende i casi plausibilmente senza complicazioni mentre i casi con complicità annunciate finiscono all'EOC. Questa situazione penalizza anche i letti post e

subacuti; nel Luganese tutti i 120 letti di questi settori appartengono ai privati. Io mi aspetto che il DSS con le prossime pianificazioni cerchi di modificare questa distorsione che ereditiamo dal passato.

PRONZINI M., CORRELATORE DI MINORANZA - Denti, rivolgendosi ai sindacalisti in aula, ha dichiarato che la legge sul lavoro deve essere rispettata. In aula certo sono presenti sindacalisti, ma c'è anche il Direttore del DFE, Dipartimento che è responsabile dell'applicazione della legge sul lavoro. Abbiamo visto come lo ha fatto in modo egregio nel caso del Fox Town. Siccome sembra che a Faido e ad Acquarossa siano state commesse infrazioni, invito Christian Vitta a farsi spiegare da Franco Denti qual è il problema.

Gianora nel suo intervento ha tenuto un bel discorso adatto al funerale dell'ospedale di Acquarossa. Eppure Gianora prima delle elezioni era tra i promotori di una petizione che chiedeva il mantenimento ad Acquarossa della medicina, della geriatria e del pronto soccorso ed è anche venuto in Commissione a sostenere queste rivendicazioni. Lo invito a spiegarci per quale motivo ha cambiato idea.

È stato detto che le mamme del Luganese vanno a partorire alla clinica Sant'Anna. È vero, ma ci sono altre mamme che partoriscono all'ospedale Beata Vergine di Mendrisio, la cui qualità, in base a una serie di statistiche, è superiore. Creando un centro donna-madre-bambino privatizzato a Sorengo c'è il rischio che la maternità di Mendrisio in futuro salti (questa prospettiva è stata considerata nella lettera di intenti Genolier-EOC).

Rispondo a Caprara che a me non interessa il confronto tra pubblico e privato; a me interessa che il pubblico non venga cancellato. Io non voglio che il reparto di geriatria di Acquarossa, che funziona bene, venga chiuso. Mi dovete spiegare perché lo si vuole fare. Beltraminelli ha sostenuto che il DSS ha condotto una trattativa agguerrita con le casse malati. La trattativa in soldoni è arrivata a ottenere fr. 350.- al giorno; la maggioranza della Commissione dice che per i letti AMI occorrono fr. 510.-, ma noi riteniamo questa cifra ancora insufficiente. Non so come è stata portata avanti la trattativa del DSS, ma in ogni caso quello che propone la Commissione è molto più di fr. 350.-. Beltraminelli ha poi citato questa famosa sentenza con la quale sono state sconfitte le casse malati. Quindi sconfiggere le casse malati è possibile: bisogna avere un po' di coraggio, essere convinti delle proprie opinioni e portarle fino in fondo.

In conclusione chiedo al Presidente se la Commissione della gestione e delle finanze, che ha redatto due rapporti, intende intervenire per motivarli. Chiedo inoltre se può essere illustrata a tutti i colleghi la versione di decreto modificata distribuita durante la seduta.

PAGANI L., PRESIDENTE - Tutti i deputati hanno ricevuto:

- il parere della Commissione della gestione e delle finanze, che è stato aggiornato e ora comprende anche la presa posizione sugli emendamenti, come previsto dall'art. 65 LCAMal;
- le osservazioni del Consiglio di Stato sugli emendamenti, sempre secondo l'art. 65 LCAMal;
- la tabella con elenco degli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal e degli artt. 63 e segg. LCAMal allegata al rapporto di maggioranza (pag. da 59 a 63), che annulla e sostituisce quella precedentemente distribuita. Nella tabella è stata inclusa la geriatria (in fondo), che in un primo tempo era stata dimenticata.

La discussione di entrata in materia è dichiarata chiusa.

Messa ai voti ai sensi dell'art. 138 cpv. 4 LGC, l'entrata in materia sul rapporto di maggioranza è accolta con 56 voti favorevoli, 20 contrari e 2 astensioni.

2. CHIUSURA DELLA SEDUTA E RINVIO

Alle ore 17:50 la seduta è tolta e il Gran Consiglio è riconvocato in seduta serale.

Per il Gran Consiglio:

Il Presidente, Luca Pagani

Il Segretario generale, Gionata P. Buzzini