

# ANNO 2005/2006

## Seduta XXXI: martedì 29 novembre 2005 - pomeridiana

### SOMMARIO

1. Comunicazioni della Presidenza
2. Presentazione di atti parlamentari
3. Aggiornamento della pianificazione ospedaliera (2004) ed elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie
  - Messaggio del 7 dicembre 2005 no. 5606
  - Rapporto di maggioranza del 7 novembre 2005 no. 5606 R1; relatori: Francesca Lepori Colombo e Franco Celio
  - Rapporto di minoranza del 7 novembre 2005 no. 5606 R2; relatore: Tullio Righinetti
  - Parere del 15 novembre 2005
4. Chiusura della seduta e rinvio

**PRESIDENZA:** Werner Carobbio, Presidente

Alle ore 13.40 il Presidente dichiara aperta la seduta, presenti 81 deputati.

#### **Sono presenti le signore e i signori deputati:**

*Adobati - Arigoni - Arn - Bacchetta-Cattori - Bagutti - Beltraminelli - Beretta Piccoli L. - Bergonzoli - Bertoli - Bignasca - Bobbià - Boneff - Bonoli - Brivio - Butti - Caimi - Calastri - Canonica G. - Carobbio - Carobbio Guscelli - Cavalli - Celio - Colombo - Croce - Dafond - David - Del Bufalo - Dell'Ambrogio - Duca Widmer - Ducry - Ferrari C. - Ferrari M. - Fiori - Foletti - Fornera - Gemnetti - Genazzi - Ghisletta D. - Ghisletta R. - Giudici - Gobbi N. - Gobbi R. - Guidicelli - Isenburg - Jelmini - Lepori - Lepori Colombo - Lombardi - Lotti - Lurati - Maggi - Malandrini - Marra - Marzorini - Menghetti - Merlini - Orelli Vassere - Orsi - Pantani - Pellanda - Pelossi - Pestoni - Piazzini - Pini - Pinoja - Poli - Quadri - Ravi - Ricciardi - Righinetti - Rizza - Robbiani - Rusconi - Salvadè - Savoia - Soldati - Suter - Terrier - Torriani - Truaisch - Vitta*

#### **Si sono scusati per l'assenza:**

*Allidi-Cavalleri - Beretta-Piccoli F. - Bordogna - Canonica I. - De Rosa - Dominé - Pedrazzini - Regazzi*

#### **Non si è scusato per l'assenza:**

*Mellini*

## **1. COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENZA**

CAROBIO W., PRESIDENTE - Un gruppo di studenti che desiderava entrare nel Palazzo governativo ha trovato il cancello chiuso. Ora i giovani stanno assistendo ai nostri lavori dalle tribune. Desidero si sappia che la decisione di chiudere il cancello non è stata presa né dal Presidente né dall'Ufficio presidenziale.

I giovani hanno il diritto di seguire i lavori parlamentari; chiaramente sono tenuti a rispettare le disposizioni e ad astenersi sia dal fare commenti sia dall'applaudire. Presso le tribune sono affissi cartelli con le disposizioni di legge riguardanti il mantenimento dell'ordine; qualora queste disposizioni non fossero rispettate sarò costretto a intervenire e a chiedere di sgomberare le tribune.

## **2. PRESENTAZIONE DI ATTI PARLAMENTARI**

### **INIZIATIVA PARLAMENTARE**

**presentata nella forma elaborata da Riccardo Calastri e cofirmatari per la modifica dell'art. 68 cpv. 4 della LGC/CdS del 17 dicembre 2002**

del 29 novembre 2005

Nelle ultime tornate parlamentari, sempre più spesso, per contenere la durata delle sessioni parlamentari, la Presidenza limita il tempo degli interventi, appellandosi all'art. 68 cpv. 4 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato.

Sull'argomento da più parti si sono levate critiche, in gran parte condivisibili.

Senza entrare nel merito del tema del contingentamento del tempo, è quantomeno paradossale che la limitazione dei tempi degli interventi sia quantificata per gruppo parlamentare e non in proporzione al numero di deputati che compongono il gruppo. Questo è ancora più discutibile, giacché avviene spesso su temi di interesse pubblico generale (preventivi, pianificazione ospedaliera, eccetera), ma non avviene su temi "minori" o di interesse locale [un esempio: "Progetto informatico dei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD)"].

Per i poteri conferitici dalla legge, i sottoscritti deputati chiedono che l'art. 68 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato sia modificato nei termini seguenti:

## Articolo 68

<sup>4</sup>L'Ufficio presidenziale, per singoli oggetti, può ridurre i tempi di intervento e introdurre dei contingenti di intervento per gruppo, proporzionalmente alla loro forza numerica, informandone i deputati almeno 5 giorni prima di una seduta.

Riccardo Calastri

Adobati - Bagutti - Bobbià - Brivio - Celio -

Croce - Ducry - Fiori - Giudici - Gobbi R. -

Lotti - Malandrini - Menghetti - Merlini -

Pellanda - Pini - Righinetti - Suter - Vitta

*Ai sensi dell'art. 97 cpv. 2 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, l'iniziativa è trasmessa al Consiglio di Stato.*

## **INTERPELLANZA**

### **Preventivi 2006: investimenti per il settore agricolo**

29 novembre 2005

Riordiniamo i fatti.

Con l'approvazione a stragrande maggioranza della Legge sull'agricoltura, nel dicembre del 2002, gli investimenti per l'edilizia rurale furono portati a 4.5 mio di franchi.

Nel Preventivo 2004, gli investimenti furono ridotti a 2.5 mio di franchi.

Il 1° dicembre 2003 mi rivolgevo a voi con un'interpellanza per sollevare il problema. La risposta del Consiglio di Stato lasciava aperta la possibilità di: *«...rivalutare la situazione con il primo aggiornamento del Piano finanziario, anche alla luce dell'andamento complessivo degli investimenti programmati»*.

Nel Preventivo 2006, l'importo previsto per investimenti è ridotto addirittura a fr. 700'000.- (la Confederazione che partecipa anch'essa al finanziamento di questi investimenti in misura inferiore rispetto al Cantone a preventivo presenta una cifra di 2 mio di franchi).

Dal 2003 al 2006 l'importo diminuirebbe di più dell'80%. Sono cifre inaccettabili per un settore che ha un bisogno vitale di investimenti, da un lato per recuperare i ritardi accumulati negli ultimi 20 anni, dall'altro per fare fronte alle ben note difficoltà strutturali dovute alla morfologia e all'estrema parcellazione del territorio agricolo cantonale.

Questo Preventivo annulla totalmente lo strumentario a favore dell'edilizia rurale previsto all'art. 6 della Legge sull'agricoltura (allegato).

Al Consiglio di Stato sottoponiamo soltanto una questione: «*Diteci per favore che si tratta di uno scherzo di cattivo gusto!*».

Cleto Ferrari  
Bergonzoli - Canonica G. - Cavalli -  
Celio - David - Ducry - Ferrari M. -  
Fornera - Gobbi N. - Lurati - Maggi -  
Pelossi - Torriani - Truatsch

Allegato:

- Articolo 6 della Legge sull'agricoltura (migliorie strutturali, aiuti agli investimenti)

**Miglioramenti strutturali**

**Articolo 6 - Aiuti agli investimenti**

Il Cantone promuove il miglioramento strutturale dell'agricoltura attraverso la concessione di aiuti agli investimenti realizzati nel Cantone per:

- a) la costruzione, la trasformazione e il risanamento di edifici di economia rurale;
- b) la costruzione, la trasformazione e il risanamento di abitazioni per il conduttore e il personale agricolo;
- c) l'esecuzione di bonifiche di terreni agricoli in funzione di un impiego migliore dei mezzi meccanici;
- d) la costruzione, la trasformazione e il risanamento di edifici alpestri, comprese le installazioni e le infrastrutture di base;
- e) l'acquisto, in alternativa a nuovi interventi edilizi, di edifici di economia rurale, di case coloniche o di edifici alpestri;
- f) la dotazione delle aziende e degli alpi di impianti per la mungitura e la lavorazione del latte;
- g) il miglioramento dei pascoli alpestri;
- h) l'esecuzione o il miglioramento d'impianti per il trasporto di prodotti alpestri;
- i) gli investimenti fondiari per la raccolta, la lavorazione o lo smercio della produzione agricola;
- l) le opere agricole isolate;
- m) il riassetto di opere del genio rurale o di terreni coltivati danneggiati da eventi naturali;
- n) l'acquisto di fondi agricoli per favorire l'entrata in possesso di nuovi terreni nelle vicinanze del centro aziendale;
- o) le misure atte a favorire il trasporto dei prodotti delle aziende alpestri prive di collegamenti appropriati;
- p) il ripristino di manufatti rurali ad alto valore naturalistico e/o paesaggistico;
- q) la costruzione di serre in sostituzione dei tunnel.

*L'eventuale sviluppo e la risposta verranno presentati nel corso di una prossima seduta.*

**3. AGGIORNAMENTO DELLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA (2004) ED ELENCO DEGLI ISTITUTI AUTORIZZATI A ESERCITARE A CARICO DELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO LE MALATTIE**

Messaggio no. 5606 del 7 dicembre 2005

*Conclusioni del rapporto di maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera: approvazione del decreto legislativo annesso al rapporto medesimo (si aderisce sostanzialmente alla proposta governativa, introducendo alcune lievi modifiche).*

*Conclusioni del rapporto di minoranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera: approvazione del decreto legislativo annesso al rapporto medesimo (si oppone alla chiusura di due istituti e quale misura compensativa propone maggiori tagli lineari nelle strutture che operano a carico della LAMal).*

CAROBBO W., PRESIDENTE - Tullio Righinetti ha chiesto di intervenire ai sensi dell'art. 67 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato per sottoporre al Gran Consiglio la questione se i membri del consiglio di amministrazione dell'Ente ospedaliero cantonale o di consigli di cliniche private hanno diritto di intervenire e votare. L'Ufficio presidenziale, sulla base della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, ha deciso che tutti senza distinzione possono partecipare sia alla discussione sia al voto; spetta poi a ognuno compiere le proprie valutazioni.

*È aperta la discussione di entrata in materia.*

RIGHINETTI T. - Poche settimane or sono il Gran Consiglio ha rinviato al Consiglio di Stato il messaggio no. 5625 sull'iniziativa parlamentare del 26 gennaio 2004 presentata nella forma elaborata da Pierre Rusconi e Luciano Poli per una modifica della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, che in sostanza chiedeva di decretare l'incompatibilità fra la carica di deputato di questo Parlamento e la carica di membro del consiglio d'amministrazione di enti statali e parastatali con una forte partecipazione pubblica. Questo Gran Consiglio ha approvato il rapporto di minoranza, che ha rinviato l'oggetto al Consiglio di Stato affinché riesamini nei dettagli la questione. Va detto che i numerosi interventi sentiti in Gran Consiglio sono stati quasi tutti di critica a questa legalizzata commistione di interessi; ciò significa che qualcosa pur c'è. D'altra parte il rapporto di maggioranza, che si fa forte di un parere giuridico, ha sostenuto che tutto va bene così, che il sistema è perfetto e – aggiungo io – che i controllori possono fare i controllati. Non voglio addentrarmi nei dettagli, ma vi ricordo che nelle motivazioni contenute nel rapporto di maggioranza tra l'altro si diceva che perdere trenta deputati dei novanta che siedono in Gran Consiglio significherebbe perdere importanti forze del Paese e perdere importanti contributi professionali. Come se fra tutti i trecentomila abitanti e oltre del Cantone Ticino non ce ne fossero trenta disposti a ricoprire con capacità questa carica; certamente tutti sarebbero d'accordo di assumerla, perché è ben pagata: non si è granconsiglieri a titolo grazioso. A onor del vero, bisogna dire che, salvo rare eccezioni, le colleghe e i colleghi – secondo me o secondo molti – in odore di conflitto di interesse, in

questo Parlamento si sono sempre comportati decorosamente evitando di esprimersi e soprattutto evitando di votare. Ma non è sempre stato così e probabilmente non sarà così nemmeno oggi. D'altra parte non bisogna dimenticare che questi signori (fra di loro ci sono presidenti di partito, capigruppo, eccetera) esercitano la loro influenza non tanto con il voto finale o con interventi nel plenum, ma dietro le quinte, nel Paese e nel partito. E queste "influenze" evidentemente modificano i rapporti di forza esistenti all'interno di questo Parlamento. Oggi si discute e si voterà la pianificazione ospedaliera, che giustamente ha suscitato, suscita e certamente susciterà anche nelle prossime settimane un grande interesse nel Paese, perché non si tratta solo di un problema medico-sanitario, ma coinvolge economie regionali e occupazione in un momento certamente non facile. Si assiste inoltre, è inutile negarlo, a una competizione fra pubblico e privato dove ognuno cerca di tirare l'acqua al proprio mulino. Ebbene, diversi membri di questo Parlamento, secondo il nostro parere, sono coinvolti, per una ragione o per l'altra, nella pianificazione ospedaliera.

*Il Presidente prende la parola per invitare i deputati all'attenzione, affinché possano votare con conoscenza di causa.*

*(Righinetti riprende l'intervento.)*

Sto combattendo una battaglia solo di principio e so benissimo che perderò, perché le connivenze che denunciavo si fanno sentire anche in questa occasione. Le colleghe e i colleghi che, per una ragione o per l'altra, fanno parte dei consigli di amministrazione di ospedali e cliniche è chiaro che hanno un conflitto di interesse. Non l'avranno magari in base alla legge, perché effettivamente l'art. 61 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato stabilisce che possono votare, a parte lo scarico economico-finanziario, ma è chiaro che hanno un conflitto di interesse. Ma qualcuno di voi dubita per caso che uno di questi personaggi, che siede nel consiglio d'amministrazione della tale clinica o del tal altro ospedale avrebbe un'esitazione al momento del voto nel caso in cui l'istituto che lui è chiamato a dirigere venisse anche solo minimamente penalizzato? I voti di questi colleghi sono già conosciuti da uno o due anni e non si possono modificare, checché se ne dica da questa tribuna. Ci mancherebbe altro, è un fatto umano e conosciuto; è forse anche legittimo, ma poi che sia giusto, onesto ed etico è tutto da esaminare.

Vengo alla conclusione chiedendo a questi signori di volersi guardare allo specchio e di evitare di intervenire e di votare. Se lo faranno, lo faranno per loro scelta personale ed evidentemente saranno giudicati dal Paese, che sempre meno accetta i conflitti di interesse, il confondere il controllore con il controllato. L'elenco lo trovate nel documento che vi ho distribuito. Si tratta di:

- Fabio Bacchetta Cattori, membro del consiglio di amministrazione della Clinica Moncucco;
- Fausto Beretta-Piccoli, dipendente dell'EOC;
- Attilio Bignasca, membro del consiglio di amministrazione dell'EOC;
- Ignazio Bonoli, membro del consiglio di amministrazione dell'EOC;
- Carlo Luigi Caimi, avvocato e difensore della Clinica Humaine;
- Felice Dafond, membro del consiglio di amministrazione della Clinica Santa Chiara;
- Alessandro Del Bufalo, dipendente Cardiocentro Ticino;
- Andrea Giudici, contitolare dello studio Giudici-Merlini difensore della Clinica Alabardia;

- Giovanni Jelmini, membro del consiglio di amministrazione dell'EOC;
- Daniele Lotti, presidente del consiglio di amministrazione dell'EOC;
- Giovanni Merlini, membro del consiglio di amministrazione dell'EOC e contitolare dello studio Giudici-Merlini che difende la Clinica Alabardia;
- Giorgio Salvadè, dipendente dell'EOC.

Io mi rimetto al vostro buon senso, al vostro pudore e alla vostra correttezza.

CAROBIO W., PRESIDENTE - Se ho interpretato bene l'intervento di Tullio Righinetti, si tratta di un invito personale alle persone citate ad astenersi dall'intervenire e dal votare, ma non è una proposta formale.

L'Ufficio presidenziale si è occupato della questione nell'ultima sessione; vorrei spiegare brevemente su quale base ha preso le proprie decisioni, che non sono il frutto di un'improvvisazione. La decisione di permettere a tutti i deputati presenti in sala, compresi i membri del consiglio di amministrazione dell'EOC o di cliniche private, di intervenire e votare è stata presa sulla base dell'art. 61<sup>1</sup> cpv. 4 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, che leggo: «*L'interesse di un ente di diritto pubblico non implica collisione di interesse per i membri dei suoi organi, salvo per il voto di scarico*». Legalmente e formalmente nessuno può impedire ai membri dell'Ente ospedaliero di partecipare alla discussione e di votare. Se poi non lo vogliono fare, è una scelta loro. Abbiamo deciso, benché si possa discutere sull'interpretazione del cpv. 3, di estendere questa possibilità anche ai membri dei consigli di amministrazione delle cliniche private, non fosse altro che per non creare una situazione di disparità concedendo agli uni di intervenire e parlare e negandolo agli altri.

Molti deputati si sono già annunciati per prendere la parola, ma vorrei si evitasse di discutere a lungo su una disposizione che ritengo chiara. Se Righinetti insiste, mettiamo ai voti la sua proposta. Io invito i colleghi a riflettere, perché in ogni caso per quanto riguarda i rappresentanti del consiglio di amministrazione dell'Ente ospedaliero cantonale la norma di legge è chiara e mi domando se, senza modificare la legge, è possibile prendere una decisione diversa. Comunque, mi rimetto a voi.

DELL'AMBROGIO M. - Vorrei solo far presente che non credo sia possibile far mettere ai voti la proposta di Righinetti, perché il suo è da considerarsi un invito. D'altra parte, neanche la maggioranza di questo Consiglio può togliere a qualcuno il diritto di parlare e di votare se la legge glielo conferisce.

---

<sup>1</sup> Art. 61 Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato:

«<sup>1</sup>Un deputato non può prendere parte al voto su un oggetto se vi è collisione d'interessi.

<sup>2</sup>La collisione d'interessi è presunta se l'oggetto riguarda personalmente il deputato, il coniuge o il convivente o i loro figli, o un suo parente nei seguenti gradi: genitori e figli; fratello o sorella; zii e nipoti consanguinei; cognati, suoceri, genero o nuora.

<sup>3</sup>È parimenti presunta se l'oggetto concerne una persona giuridica di diritto privato, per gli amministratori e per coloro che in altro modo possono esercitarvi un potere determinante.

<sup>4</sup>L'interesse di un ente di diritto pubblico non implica collisione di interesse per i membri dei suoi organi, salvo per il voto di scarico.

<sup>5</sup>In caso di contestazione, decide il Gran Consiglio».

CAROBBIO W., PRESIDENTE - Per me questa interpretazione è chiara; perciò ho chiesto a Righinetti di confermare se il suo intervento era un semplice invito. In tal caso, non avrei aggiunto nulla.

RIGHINETTI T. - Visto che anche voi avete dei dubbi e visto che io vorrei un'informazione affinché anche il Paese sappia chi si esprime in un modo e chi nell'altro, chiedo che il Parlamento voti la mia proposta, al di là delle disquisizioni giuridiche di Mauro Dell'Ambrogio.

CAROBBIO W., PRESIDENTE - In questa situazione mi pare si debba prima prendere una decisione di forma. Chiedo al Parlamento di decidere se la proposta di Righinetti può essere messa ai voti come tale.

DUCRY J. - L'intervento del collega Righinetti è stato roboantemente anticipato, con l'appoggio del collega Soldati, durante la discussione sull'iniziativa Poli-Rusconi. Già allora, dopo accesa e approfondita discussione, questo Parlamento correttamente ha rinviato il tutto al Consiglio di Stato, il quale lo ha tornato alla Commissione Costituzione e diritti politici.

Ora, per un'unica trattanda – quando questo Parlamento affronta durante ogni seduta decine di trattande che potrebbero chiamare in causa collisioni di interesse, dirette o presunte, formali o informali – come segno di profonda debolezza da parte di chi sottoscrive un certo rapporto – non da tutti i sottoscrittori, spero – si vuole impedire di manifestare la propria opinione sia a questa tribuna sia tramite il voto elettronico a chi occupa funzioni pubbliche, designato da questo Parlamento, il quale è stato eletto dalla popolazione del Cantone Ticino.

Io trovo che questa iniziativa violi crassamente il principio dell'equità di trattamento, il diritto che tutti noi abbiamo di esprimere con scienza e coscienza le nostre opinioni e l'art. 61 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, che è chiaro. Se si vuole cambiare questa norma, come alcuni deputati hanno proposto, si segua l'iter parlamentare normale, come lo sta seguendo l'iniziativa Poli-Rusconi. Ora non si possono censurare persone cognite e addentro a determinate problematiche, perché significherebbe censurare chi si occupa di problemi ecologici, chi si occupa di problemi scolastici, chi ha responsabilità nell'industria, nell'economia, chi si interessa di caccia e di pesca; significherebbe censurare chi durante una vita si è occupato di certi settori. Io non credo che il popolo ticinese stia a guardare oggi con impazienza e con particolare trepidazione ciò che l'uno e l'altro votano. La legge è chiara e vale soprattutto per i membri degli enti pubblici, come recita il cpv. 3 dell'art. 61. Ma la legge non è abbastanza chiara per coloro che rischiano, in modo somnesso e poco chiaro, di difendere interessi privati e che forse potrebbero avere molta più influenza nella vita istituzionale di coloro che manifestamente sono stati eletti a posti pubblici da questo medesimo Parlamento.

Chi di dovere ha già perso un ricorso al Tribunale federale; chi di dovere si vuole scagliare oggi ancora contro coloro che in buona fede, senza far pesare determinati ruoli nella società civile, vogliono il bene del Paese. Allora non si rieleghano più queste persone a questi posti. Noi siamo sovrani per farlo. Non vedo perché oggi si sollevi un'eccezione, quando in tutte le altre circostanze nessuno ha mai osato farlo. Questo non è metodo da Parlamento democratico. Ci stiamo comportando, davanti alla gioventù su queste tribune,

come se loro non potessero manifestare, visto che sono utenti della scuola pubblica, il loro dissenso verso la conduzione della medesima. Attenzione a queste censure improvvisate. Rischieremmo di scivolare verso un regime poco democratico.

PANTANI R. - Chi mi ha preceduto ha parlato di violazione crassa di articoli della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, riferendosi però sempre al cpv. 4 dell'art. 61. Fin qui siamo d'accordo: la legge è legge. Niente vieta di votare a coloro che fanno parte di un ente di diritto pubblico. Non ci sono dubbi. È una decisione che in caso contrario può essere cambiata dal Parlamento, ma con i relativi rischi di ricorso al Tribunale federale, e questo non lo vogliamo.

Tutti però si dimenticano del cpv. 2 dell'art. 61, e questo è grave. Allora lo leggo: «*La collisione d'interessi è presunta se l'oggetto riguarda personalmente il deputato, il coniuge o il convivente o i loro figli, o un suo parente nei seguenti gradi: genitori e figli; fratello o sorella; zii e nipoti consanguinei; cognati, suoceri, genero o nuora*». La collisione di interessi qui concerne chi fa parte di enti di diritto privato. Non voglio fare nomi né cognomi; voglio sapere se qualcuno di voi ha un fratello o una sorella che lavora per cliniche od ospedali. Vogliamo scommettere che mando via un bel po' di persone da quest'aula? Allora stiamo tranquilli, perché la collisione di interessi secondo l'art. 61 è talmente varia e vasta che ce n'è per tutti. Lo stesso relatore di minoranza, in base all'art. 61 cpv. 2, dovrebbe astenersi dal partecipare alla discussione. Cerchiamo di essere corretti e di non inveire contro chi avanza delle proposte, che possono essere soggettive, ma sono sempre e senz'altro chiare e formulate in nome del bene comune, anche dei ragazzi che ci stanno a guardare e di tutti noi. Stiamo attenti: non invochiamo troppo l'art. 61 perché è a doppio taglio. La discussione, una volta tanto, facciamola di testa e non di pancia.

GIUDICI A. - Io appoggio il collega Righinetti. Siccome mio padre è patrocinatore della clinica Alabardia di San Nazzaro, mi asterrò, per rispetto delle leggi, dalla discussione e dalla votazione.

CELIO F. - Io ho una considerazione di tipo generale e tre osservazioni puntuali in merito alla lista di proscrizione che ci è stata sottoposta.

La considerazione generale è questa. La legge, a torto o a ragione, esclude dal Parlamento determinate categorie di persone ritenendo che la loro attività professionale non sia conciliabile con l'attività di deputato. Piaccia o non piaccia, giusta o sbagliata, la legge è così e bisogna rispettarla. Ci sono poi delle norme di funzionamento che escludono dal Parlamento numerose altre persone teoricamente eleggibili: siccome le sedute si svolgono sempre durante la giornata, sarebbe per loro impossibile conciliare il lavoro con l'attività parlamentare. Per quelli che fanno parte del Parlamento, a mio modo di vedere, le incompatibilità dovrebbero essere applicate con prudenza e soprattutto con coerenza e non secondo le convenienze o i calcoli del momento. Se si vuole allestire una lista di proscrizione, come ha già detto Pantani, lo si deve fare non anticipando eventuali ipotetiche leggi future, ma applicando con coerenza le leggi esistenti. Queste disposizioni, escludono, oltre agli interessati diretti, giustamente, anche i loro parenti stretti. Mi permetto ora tre osservazioni sulla lista allestita da Righinetti.

Constato che vi è inserito il collega Del Bufalo. Egli non è solo deputato in Gran Consiglio, ma è anche membro della Commissione della pianificazione ospedaliera, che ha esaminato tutta la questione. Se la proposta di esclusione fosse stata presentata da un deputato qualunque, si potrebbe pensare che egli fosse distratto quando è stata nominata la Commissione e che, essendosi accorto solo ora della presenza di Del Bufalo, proponga di eliminarlo. Dal momento che la proposta viene addirittura dal Presidente stesso della Commissione nella quale Del Bufalo ha lavorato per un anno, mi pare che l'accorgersi della sua presunta incompatibilità sia per lo meno un po' tardivo. Io non so se questa scoperta sia avvenuta casualmente solo ora o se si sia agito con malizia, attendendo di conoscere la posizione di Del Bufalo per decidere se domandarne l'esclusione oppure no. Comunque, non è una dimostrazione di serietà di un Parlamento che si presume dovrebbe rappresentare la popolazione ed agire per l'interesse della popolazione.

Nell'elenco è inserito anche il collega Caimi, in quanto rappresentante legale della Clinica Humaine di Sementina. Eppure constato che la stessa persona che propone di escluderlo dalla discussione ha firmato la proposta di emendamento del collega Caimi, anzi dell'avvocato Caimi, a favore del suo cliente. Lascio giudicare a voi se questa è coerenza. A mio modo di vedere non c'è incoerenza, bensì coerenza con una posizione di fondo, che emerge molto chiaramente, per chi sa leggere, dai rapporti di minoranza e dalle proposte sul tavolo: la coerenza nel dare addosso all'ente pubblico, nello svilire l'Ente ospedaliero cantonale per favorire la concorrenza privata. La prova del nove di questa impressione è data dal fatto che un altro collega, un altro di quelli che vogliono mettere alla berlina l'ente pubblico, avanza una proposta in favore di una clinica in cui (mi si dice) è attiva sua figlia. Ciò chiarisce molte cose.

SOLDATI G. - Il problema delle collisioni di interesse non è stato risolto, a mia conoscenza, in nessun Parlamento di nessun Paese democratico. Ho ampi dubbi che saremo noi a trovare una soluzione giuridicamente inoppugnabile. Ne sono convinto a tal punto che personalmente, se si voterà, mi asterrò.

Non mi è piaciuto il discorso di chi parla di contrapposizione tra pubblico e privato, come se si attaccasse il pubblico per difendere interessi privati. Sarebbe come se il dottor Soldati sfidasse Federer a una partita di tennis. Vi prego di non affermare cose che, per essere gentile, definisco scempiaggini.

Per quel che riguarda l'appunto personale in merito alla Clinica Santa Chiara, voglio chiarire che il mio sostegno alla Clinica Santa Chiara non è funzionale a difendere interessi privati. La Clinica Santa Chiara e tutto il campo privato sono attaccati, non sono all'attacco. Nella clinica privata io ho lavorato tutta una vita; ho iniziato la mia attività nel 1968 in una clinica che contava 250 posti letto e funzionava molto bene. Per vari motivi il numero di letti è sceso a 164. Con l'ultima pianificazione ospedaliera i letti sono stati portati a 100, con una diminuzione quindi di 64 posti. In pochissimo tempo sono andati persi 150 letti. Celio, ti sembra che sia il privato ad attaccare il pubblico?

BIGNASCA A. - Mi ero ripromesso di astenermi dal partecipare al dibattito, ma qualcuno vuol tirar fuori le serpi dai rovi. Ricordo al collega Righinetti che tutti noi siamo granconsiglieri della Repubblica e Cantone del Ticino per elezione popolare e io ho troppo rispetto del volere del popolo per tacere perché qualcuno qui dentro si atteggia a censore. Prima di essere membri di questo o quell'altro consesso, siamo stati eletti e abbiamo firmato una dichiarazione di fedeltà alle leggi. Se lei mette in dubbio questa nostra firma lo

dica chiaramente. Noi prima di tutto siamo granconsiglieri di questa Repubblica, designati da un voto popolare.

CAIMI C. L. - Non avrei voluto intervenire in questa prima fase, visto e considerato che dovrò comunque intervenire sulla sostanza del tema, ma lo faccio perché sono stato chiamato in causa.

Visto che qualche settimana fa l'Ufficio presidenziale ha deciso che tutti i deputati, senza eccezione alcuna, avrebbero potuto esprimersi e votare sul tema, ritengo in buona coscienza che anch'io posso esprimermi, votare e proporre emendamenti. Ciò è giustificato da motivi giuridici e di opportunità. Io non siedo in nessun consiglio di amministrazione degli enti in discussione; non sono né un controllore né un controllato di questi. Non ho neppure preteso di fare parte della Commissione speciale pianificazione ospedaliera, anche se avrei avuto qualche ragione per chiederlo e magari anche qualche possibilità di ottenerlo. Per una certa linea di coerenza non l'ho fatto, limitandomi ad assistere da dietro le quinte a ciò che succedeva e a quanto veniva deliberato, e arrivo oggi a presentare le mie proposte di emendamento. Se poi vogliamo considerare anche la Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato è facile constatare che io non mi trovo in nessuna delle situazioni di conflitto in essa elencate. Ho invece la sensazione di essere una sorta di Don Chisciotte, che ha la velleità o la presunzione di voler parlare e rappresentare pazienti e lavoratori; oggi in questa sede mi trovo quasi a fare il sindacalista per salvare posti di lavoro e sostenere le 10'000 persone che hanno sottoscritto una petizione a favore della clinica di Sementina. Parlerò dopo di questa clinica, che non costa nulla allo Stato e non chiede nulla allo Stato.

JELMINI G. - Contrariamente ad altri colleghi, io invece ho proprio voglia di intervenire; lo faccio prima che eventualmente mi si tolga la parola e ritenuto che negli ultimi mesi l'argomento collisione di interessi fa tendenza, anche se a mio parere è utilizzato in modo improprio. Personalmente non credo sia meno disinteressata, libera, o quantomeno non sospetta la posizione dei firmatari della proposta di Righinetti rispetto a quella dei colleghi elencati nella proposta stessa, compreso chi vi parla.

Comunque, se dovesse essere accolta la proposta di Righinetti, in virtù dei principi della parità di trattamento, dell'uguaglianza davanti alle leggi e alle procedure e per utilizzare i termini del proponente, onde evitare di screditare ulteriormente le istituzioni, chiedo formalmente che si astengano dalla discussione e dal voto anche tutti i deputati che:

- 1) esercitano la professione di medico, di assistente medico, di infermiere, di assistente infermiere, presso l'EOC o presso cliniche private;
- 2) hanno beneficiato, beneficiano o dovranno beneficiare di servizi medici e/o ospedalieri presso istituti dell'EOC o di istituti privati;
- 3) sono alle dipendenze dell'EOC o di cliniche private;
- 4) svolgono funzioni di segretariato presso l'EOC, cliniche private o l'Ordine dei medici del Cantone Ticino.
- 5) hanno o hanno avuto parenti in linea diretta alle dipendenze dell'EOC o di cliniche private;
- 6) rappresentano, in qualità di avvocati, notai, fiduciari, contabili o commercialisti l'interesse di istituti dell'EOC e/o di cliniche private;

7) in un modo o nell'altro possono avere qualche interesse diretto o indiretto nella pianificazione ospedaliera mediante la fornitura di lavori, materiali o servizi all'EOC o alle cliniche private.

Non ho prodotto un elenco esaustivo dei deputati che potrebbero essere coinvolti e fare parte delle categorie appena elencate. Colleghe e colleghi, se la proposta Righinetti e la proposta del sottoscritto dovessero essere accolte, io credo che a parlare di pianificazione ospedaliera rimarrebbero gli studenti presenti sugli spalti.

RUSCONI P. - Credo che abbiamo mostrato uno spettacolo poco edificante. Io spero che la Commissione della legislazione in tempi brevi si decida a prendere una decisione che riesca a risolvere una volta per tutte questo problema di conflitto. Mi dispiace, ma siamo stati veramente patetici anche per chi ci ha guardato.

RIGHINETTI T., RELATORE DI MINORANZA - Ho ascoltato i diversi interventi e non ho intenzione alcuna di addentrarmi nei dettagli dell'uno o dell'altro. Ho preso nota che il collega e amico Ducry come al solito impartisce lezioni di democrazia e conoscenza della cosa pubblica. Lo ringrazio, ma gli ricordo che le nomine di nostri esimi colleghi a posti pubblici non avvengono ad opera del Parlamento; il Parlamento semplicemente ratifica i nominativi preparati dai partiti, e che non cambiano mai. C'è stato qualche tentativo di cambiarli, magari già dietro le quinte e poi anche qui in Gran Consiglio, ma è sempre andato a vuoto. Anche questa forse è una piccola lezione di democrazia, perché qui di democrazia spesso non ce n'è.

Ho preso atto che Giudici si asterrà.

Celio mi rimprovera, anche abbastanza giustamente, di aver firmato un emendamento del collega Caimi. L'ho fatto prima di tutto perché sono convinto che se fosse accolto perlomeno si salverebbe la metà di quello che il mio rapporto voleva salvare. Sarebbe già un passo importante, per l'occupazione e per la pianificazione. Secondariamente, chi ha letto la mia firma, avrà trovato scritto, tra parentesi, «*in subordine al rapporto di minoranza*».

Data questa spiegazione, arrivo all'amico Bignasca: nessuno dubita che siamo nominati dal popolo e come tali dobbiamo difendere l'interesse pubblico, ma ciò che ho detto per Ducry vale anche per te. Ripeto poi quanto ho già detto nella mia breve spiegazione iniziale: questi incarichi non sono ricoperti a titolo grazioso, ma sono retribuiti e abbastanza bene, perciò di persone disposte ad assumerli ce ne sarebbero a iosa.

A Jelmini non rispondo, perché so che è molto spiritoso e ha fatto una battuta, che ho molto apprezzato.

CAROBBIO W., PRESIDENTE - La problematica in discussione oggi è molto importante e sarebbe meglio entrare nel merito piuttosto che dilungarsi sulle questioni formali. Comunque mi pare che la discussione dimostri che la decisione dell'Ufficio presidenziale di ammettere la possibilità per tutti i deputati, senza distinzione, di intervenire e votare è giusta. Applicando alla lettera le mie competenze, potrei dire che la decisione è presa e dichiarare chiusa la discussione. Se il collega Righinetti insiste, lascio stabilire al Parlamento, tramite voto, se la sua proposta è ammissibile o no.

RIGHINETTI T., RELATORE DI MINORANZA - Dopo quanto visto e sentito, io non chiedo il voto, ma mi rivolgo molto cortesemente ai colleghi e alle colleghe che ritenessero di avere un motivo di interesse nella pianificazione ospedaliera invitandoli ad astenersi.

CAROBBIO W., PRESIDENTE - Ne prendo atto. Mi si segnala che gli studenti in tribuna stanno esponendo degli striscioni. Li invito ad abbandonare le tribune, altrimenti sarò costretto a far intervenire il servizio d'ordine affinché vengano rispettate le disposizioni contenute nella Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato [art. 55].

DAFOND F. - Alcuni mesi fa sono entrato nel consiglio di amministrazione della Clinica Santa Chiara. Se da un punto di vista giuridico non vi sono sicuramente argomenti, da un punto di vista mio personale e di opportunità ritengo di dovermi astenere in ogni decisione che verrà presa oggi in quest'aula.

DEL BUFALO A. - Per quanto concerne la mia posizione ha già parlato il collega Celio: se mi si voleva escludere i tempi evidentemente avrebbero dovuto essere altri, e non dopo che ho partecipato per quasi un anno ai lavori della Commissione speciale della pianificazione ospedaliera. In ogni caso, tengo a precisare che non sono un dipendente, ma lavoro al Cardiocentro come libero professionista; sono anche un consulente per l'EOC e, circa una volta ogni tre mesi, estendo i miei servizi ai pazienti che vi fanno capo. Aggiungo che il mio nominativo quale membro della Commissione è stato proposto da altri; non ho fatto, contrariamente a qualche altro commissario, il diavolo a quattro pur di essere scelto.

*La discussione in merito alla proposta formulata da Tullio Righinetti è dichiarata chiusa.*

*È aperta la discussione di entrata in materia.*

DELL'AMBROGIO M. - La discussione che ci apprestiamo a condurre oggi deriva dal fatto che i costi della salute sono considerati uno dei problemi più sentiti dalla popolazione, a causa sia dei premi di Cassa malati, che ogni anno aumentano, sia dei conti pubblici. I costi sanitari e sociosanitari negli ultimi anni (forse decenni) sono diventati uno dei fattori di spesa maggiore nei conti del Cantone e dei Comuni. Il fenomeno è reso particolarmente gravoso perché non si tratta soltanto di private scelte di vita, come potrebbe essere nel caso di servizi scelti liberamente dai consumatori; si tratta di costi in massima parte distribuiti su tutti, sia attraverso i premi di Cassa malati, sia attraverso la spesa pubblica. Il comportamento individuale incide sulla libertà di scelta di tutti, alla fine limitandola.

Noi spesso abbiamo ribadito, anche in quest'aula, che in materia di premi di Cassa malati le leve legislative e decisionali sono essenzialmente federali. Ad esempio, la lista delle prestazioni coperte o non coperte dalla Cassa malati è stilata da un'autorità federale e noi non possiamo dire nulla. L'unico modo veramente incisivo tramite il quale i Cantoni possono influire sugli oneri per le Casse malati e anche sui conti pubblici è la cosiddetta lista degli ospedali che possono operare a carico della LAMal. Si tratta di un fattore

determinante della spesa sanitaria: è stato dimostrato da raffronti intercantonali e da studi condotti a livello internazionale che tanto più l'offerta ospedaliera è ampia tanto maggiore è il consumo. Vi è insomma una zona grigia ampissima nel giudizio dei medici stessi, (immaginarsi dei pazienti) nello stabilire se un ricovero è necessario o anche solo opportuno. Spesso, perché si prova ancora un po' di dolore dopo un intervento, tornerebbe comodo rimanere a letto e farsi assistere dagli infermieri; spesso la scelta fra la cura in ospedale o il ricovero in casa per anziani è fortemente influenzata (o almeno lo era in un recente passato) dal fatto che in ospedale paga tutto la Cassa malati mentre degenze in altri istituti sono pesantemente a carico di chi riceve le prestazioni o dei suoi famigliari. Quindi, la limitazione dell'offerta è da vedersi come strumento per contenere dei costi che preoccupano un po' tutti.

Il Gran Consiglio però non è Legislatore. Il meccanismo della pianificazione prevede che l'autorità competente a decidere in ultima istanza sia il Consiglio federale. Quindi, la pianificazione ospedaliera compiuta dai Cantoni in sostanza è solo un giudizio di prima istanza. In fondo il Cantone, oltre che essere proprietario di ospedali, oltre che essere l'autorità che fissa le tariffe, oltre che essere un sacco di altre cose, è l'arbitro nel conflitto fra diversi interessi. Vi sono i fornitori di prestazione, che hanno evidentemente interesse a poter lavorare a carico della LAMal; i cittadini, che possono avere interesse a premi bassi ma anche a trovare posto in un ospedale quando ne hanno bisogno; le Casse malati, che, per quanto antipatiche possano essere, sono le più direttamente investite del compito di contestare quelle pianificazioni che non permettono o permettono insufficientemente di contenere la spesa. Quindi rendiamoci ben conto che, qualunque cosa noi oggi decidiamo, questa decisione è impugnabile dagli interessati, in primo luogo evidentemente i proprietari degli istituti ospedalieri toccati, ma anche gli assicuratori malattia, in blocco o singolarmente. Non so se questa facoltà sia data anche ad altri. In ogni modo, lo ripeto, il nostro giudizio oggi non è libero. È un giudizio che dobbiamo formulare considerando le possibilità di ricorso, ma soprattutto sapendo che è un giudizio di ripetizione. In fondo siamo qui oggi perché le precedenti pianificazioni ospedaliere sono state contestate e il Consiglio federale ha affermato, in decisioni che penso siano note alla maggior parte di voi, che in Ticino c'è ancora un'offerta eccessiva e che bisogna ulteriormente pianificare. Quindi, siamo quasi nella situazione di giudici costretti a deliberare in considerazione di decisioni superiori precedenti. Se poi sia buona cosa che questa volta non decida il Governo, ma il Gran Consiglio, lo valuteremo magari meglio alla fine di questo dibattito.

Veniamo alla proposta del Governo, che ha molti difetti (la minoranza e chi la sostiene avrà modo di esporli). Se vogliamo guardarla complessivamente, alla luce delle decisioni già prese dal Consiglio federale, sicuramente non è una pianificazione particolarmente coraggiosa; semmai può essergli rimproverato di essere scarsamente incisiva. Non dobbiamo illudere i ticinesi che dopo la decisione di oggi vedranno diminuire i loro premi di Cassa malati o che nei conti dello Stato si registrerà una consistente diminuzione della spesa sanitaria. È il minimo che andava fatto – con uno sforzo per riuscirci attraverso il consenso delle parti interessate – per non esporsi ai rimproveri dell'Autorità federale e di chi l'aveva invocata nei suoi ricorsi. Soprattutto, la pianificazione di oggi ha valore come indicazione per i passi futuri. Non illudiamoci: altre pianificazioni saranno necessarie se non vorremo vedere diventare veramente insopportabili i premi di Cassa malati o insostenibile la spesa dello Stato per subsidiare i premi alle persone meno abbienti. Quindi, la discussione di oggi, al di là delle due o tre varianti sul tappeto, è importante perché si sappia in che direzione andare. Almeno speriamo che così sia.

Veniamo adesso allo scopo concreto della pianificazione, che in ambito ospedaliero corrisponde all'evitare i doppioni (costosi) e a favorire l'economia di scala. Porto un

esempio. Sono stato direttore della clinica con il più grande reparto di maternità del Ticino, dove nasceva il 40% dei poco meno di 3'000 bambini che ogni anno nascono in Ticino. Però vi assicuro che era un reparto assolutamente inefficiente. Anche eseguendo 3 o 4 parti al giorno, per un totale di 1'200 parti all'anno, gestendo le sale parto per essere pronti 24 ore su 24, il sistema è assolutamente inefficiente. E in Ticino ci sono sei reparti maternità, quattro pubblici e due privati, quando secondo qualsiasi indicazione di razionalità ne basterebbe uno per tutto il Ticino. Probabilmente si spenderebbe ancora meno se una parte dei parti avvenisse a domicilio, ma qui entro in territori che non oso percorrere. Con questo esempio desideravo solo mostrare che il Ticino si è dotato, per ragioni storiche, regionali, eccetera, di una struttura sanitaria assolutamente folle dal profilo della razionalità e dell'efficienza nel rapporto tra le prestazioni e i relativi costi.

Tutto questo si traduce in posti di lavoro. Nel libricino che la maggior parte di voi ha ricevuto a casa in questi giorni vedo che negli ospedali svizzeri lavorano 162'000 persone. Se pensate che nell'intero il sistema delle attività bancarie, finanziarie e assicurative della Svizzera sono impiegate solo 219'000 persone, vi rendete conto dell'importanza del settore ospedaliero. Se poi sommiamo gli altri operatori del settore sanitario, del settore ambulatoriale e del settore sociale vicino al sanitario arriviamo a 400'000 posti di lavoro. I posti di lavoro sono un valore importante, però non si può far dipendere ogni scelta politica dai posti di lavoro. Dovremmo fare arrivare più asilanti per conservare posti di lavoro presso i centri di accoglienza gestiti dalla Croce rossa, che attualmente sta licenziando? Dobbiamo renderci conto che a un certo momento, quando si compiono delle scelte, non si può prendere come criterio determinante quello dei posti di lavoro da salvare, altrimenti si otterranno squilibri strutturali: se spendiamo troppo e consumiamo troppo delle nostre risorse per certe cose, poi non ce ne resta più per altre. Questa è la legge dell'economia che, a dipendenza delle posizioni ideologiche, viene più o meno accentuata: c'è chi sostiene la necessità di una mobilità nella creazione e anche nella distruzione di posti di lavoro per riorientarsi secondo le priorità socialmente più corrette. In che misura deve farlo il mercato attraverso la libera scelta degli individui e in che misura deve farlo lo Stato a nome di tutti, si può discutere, però è un fatto che sulla sanità siamo andati molto avanti. Sempre da questo libricino leggo che il costo delle prestazioni ospedaliere dal 1960 è aumentato di 25 volte, da un miliardo a 25 miliardi di franchi. Si tratta di un aumento colossale nello spazio di una generazione. Si potrebbe dire quasi che in una generazione siamo passati da una società in cui ci si curava per vivere a una società in cui si vive per curarsi. Se vogliamo un'inversione di tendenza, usiamo pure tutti gli argomenti, ma non quello dei posti di lavoro, anche perché se salviamo i posti di lavoro non risparmiamo e quindi non attuiamo la pianificazione. Tanto valeva evitare l'esercizio, che però siamo obbligati a compiere.

Noi ci troviamo oggi fondamentalmente a decidere tra una maggioranza e una minoranza, oltre ad alcuni emendamenti. Occorre decidere quale di questi due rapporti meglio interpreta le necessità che ho illustrato. Il gruppo PLR a maggioranza sostiene il rapporto di maggioranza. La minoranza commissionale – qui parlo a titolo personale – ha perso un'occasione. Era possibile elaborare alternative alla proposta governativa, ma cedere alla tentazione di elaborare alternative che non facessero male a nessuno, o solo un po' male a tutti, significa sfuggire all'obiettivo che una pianificazione seria deve perseguire. Sappiamo che non sono i letti a costare, ma, come ho detto, costa il personale. Se non si licenzia, non si risparmia. Tagliare i letti non serve a niente, come lo dimostra il caso del Cardiocentro: negli anni passati ha ospitato e ricoverato un numero di pazienti nettamente superiore ai letti attribuitigli e non gli è successo niente, ma ha potuto fatturare tranquillamente. Proposte alternative avrebbero potuto consistere nel salvare qualcuna

delle cliniche stralciate dalla lista, togliendone delle altre. Non tocca a me adesso improvvisare queste considerazioni, ripeto solo che la minoranza ha perso un'occasione. Concludo: cerchiamo di non cedere a tentazioni perfezioniste. Sappiamo che le Casse malati hanno facoltà di ricorso, ma soprattutto hanno un potere fortissimo, che è quello, sulla base di una giurisprudenza già consolidata, di ridurre le tariffe per il solo fatto che c'è una sovraofferta. Questo è un dato inconfutabile. Finora le Casse malati non l'hanno fatto, ma potrebbero farlo. Il rischio quindi, se creiamo una situazione che non incide sull'offerta, è quello di avere, dal 1° gennaio prossimo o poco dopo, forti riduzioni tariffali, che andrebbero a colpire chi ha meno riserve finanziarie o meno possibilità di resistere a un tale pressing, e potete immaginare di chi si tratta.

BELTRAMINELLI P. - Intervengo a nome della maggioranza del gruppo PPD e lo faccio in modo convinto, anche per evitare discussioni di forma e non di sostanza. Devo però ribadire di non condividere l'opinione espressa dall'amico e collega Righinetti. Siamo un Parlamento di milizia e ognuno di noi ha interessi nei settori più disparati, però la legge, per costante giurisprudenza, ha regolato le modalità di intervento e di voto su temi di interesse generale e la pianificazione ospedaliera per me costituisce un interesse assolutamente generale. Tutti devono potersi esprimere. Se non vogliono possono non farlo, ma devono poterlo fare. Cito altri due casi, abbastanza simili. Il primo, a livello cantonale, è l'ambito tributario: tutti siamo interessati alle modifiche della fiscalità e tutti votiamo. Il secondo a livello comunale, è l'ambito pianificatorio, in particolare le adozioni o le modifiche dei Piani regolatori, che toccano da vicino tutti i proprietari. Tutti i cittadini, e in particolare i proprietari, sono interessati, e tutti possono votare se abitano in quel Comune. Oggi siamo chiamati ad esprimerci pensando unicamente all'interesse generale e sono certo che il Parlamento non verrà meno al suo compito.

Pianificare significa sempre più scontentare, nella sanità come nel territorio (pensiamo ai Piani regolatori) e in parecchi altri campi di attività sia dello Stato sia della società civile. Non piace a nessuno scontentare i cittadini, ma oggi occorre razionalizzare per evitare di razionare, al fine di soddisfare i bisogni essenziali e la qualità dell'offerta. Anche il nostro gruppo non è unanime dietro al rapporto di maggioranza e vi saranno colleghi che si esprimeranno in altra direzione; sono liberi di farlo e hanno espresso questa loro posizione anche all'interno del gruppo stesso.

Veniamo al merito. Il gruppo PPD valuta positivamente gli spunti critici espressi dal documento della maggioranza. Ripetiamo tre punti importanti:

1. manca un resoconto finanziario dell'ultima pianificazione ospedaliera; non sappiamo ancora se l'esercizio ha portato i suoi frutti e se sì quali;
2. mancano indicatori finanziari attendibili, perizie e calcoli sul sistema ospedaliero cantonale. Il famoso conto sanitario è stato purtroppo pubblicato dopo il messaggio sulla pianificazione;
3. non disponiamo di un'analisi sufficientemente attendibile sul fabbisogno sanitario riferito all'offerta ospedaliera in Ticino.

Tra le molte carenze che il rapporto di maggioranza ricorda, la più grave, conseguente a quella sull'analisi del fabbisogno, è l'esatta definizione dei mandati di prestazione. È un problema che si ripete in continuazione, come abbiamo visto ancora stamattina in Commissione della gestione e delle finanze a proposito del mandato di prestazione sull'EOC. È una lacuna che mantiene situazioni non razionali e quindi fonte di maggiori costi. Manca anche una valutazione delle conseguenze sul personale dopo la pianificazione del 2001, per cui è difficile compiere previsioni sulle conseguenze di questa

pianificazione nello stesso settore. Il rapporto ricorda infine che le principali raccomandazioni contenute nel rapporto del 2001 non sono state onorate, tra cui proprio i mandati di prestazione, che sono sicuramente l'asse portante di tutto l'edificio pianificatorio. Così come mancano misure di coordinamento tra il settore ospedaliero e quello ambulatoriale.

Come applicare in questa difficile situazione le chiare direttive del Consiglio federale per la pianificazione ospedaliera? La Commissione certamente si è trovata confrontata con problemi di non facile soluzione. Punto fermo – e qui erano tutti d'accordo – di tutti gli interventi possibili è la necessità di ridurre il numero di letti. Nel nostro Cantone infatti l'offerta è nettamente più elevata rispetto alla media svizzera e lo rimane anche dopo l'applicazione dei correttivi dovuti ai coefficienti di invecchiamento della popolazione e le altre correzioni già apportate. A questo punto è apparso chiaro che una riduzione dei letti proporzionale in tutti gli istituti non avrebbe purtroppo risolto il problema. È necessario procedere alla chiusura – come del resto già avvenuto anche con la precedente pianificazione – di alcuni istituti. A questo punto ovviamente nascono le maggiori perplessità, secondo il nostro gruppo comunque superabili con la formulazione del rapporto di maggioranza, che corregge lievemente le proposte del Consiglio di Stato. Una diversa impostazione avrebbe sollevato altrettante obiezioni, ma avrebbe anche corso il rischio di un ricorso, che avrebbe potuto annullare gli sforzi compiuti con conseguenze immaginabili soprattutto a livello di tariffe per i pazienti.

La pianificazione proposta dal Governo prima e dalla Commissione speciale pianificazione ospedaliera poi non è completamente soddisfacente, ma ha almeno il pregio di aver ottenuto un largo consenso già in fase di preparazione – consenso per nulla scontato se pensiamo alle precedenti pianificazioni – e opportunamente accenna agli indispensabili futuri interventi. Infatti, purtroppo la pianificazione non si esaurisce oggi. In realtà il problema, secondo noi, è a monte degli interventi di pianificazione che – l'esperienza insegna in ogni settore – non riescono mai a creare dal nulla un mercato di concorrenza, se mancano i presupposti. Siamo in una situazione in cui l'offerta crea la domanda. Una situazione che ci porta ad avere in Svizzera il doppio di letti per abitante rispetto alla Svezia, il doppio delle degenze e quindi inevitabilmente una bassa produttività del personale.

L'altra grande componente dell'offerta è rappresentata dai medici, che sono in una situazione unica di privilegio, in quanto hanno un diritto incondizionato a un contratto. Ogni nuovo studio medico provoca importanti costi supplementari e non fa diminuire quello degli altri. Lo Stato esercita, è vero, un moderato controllo dei prezzi, ma non può impedirne l'aumento, così come non riesce a contenere la domanda crescente di cure mediche. È un bisogno essenziale, e la gente è disposta a spendere qualsiasi prezzo per soddisfarlo. Lo Stato quindi è inevitabilmente complice dell'aumento dei prezzi, ma poi deve intervenire per pagare determinate prestazioni e anche per aiutare chi non riesce più a versare i premi. Questo intervento non può non provocare una nuova spirale di aumento di prezzi e prestazioni. Tanto c'è sempre qualcuno che paga (almeno finora).

La descrizione evidentemente è piuttosto sommaria e me ne scuso, ma credo sia sufficiente per far comprendere quanti e quali interessi stiano dietro questo enorme business.

La pianificazione ospedaliera è un piccolo intervento in un mare che comunque è costantemente in tempesta, ma le onde che solleva non si limitano a quelle del classico bicchiere. Ci si può chiedere: è giusto assegnare al Parlamento questo compito? Per principio è giusto, ma bisogna prestare attenzione che questo importante compito non si riveli un boomerang al momento della messa in pratica. Certo anche l'insufficiente forza

del documento espresso dal Governo non incita a restituirgli l'intera competenza pianificatoria. Tuttavia io spero che il Gran Consiglio si assuma le sue responsabilità e dia un esempio di importante maturità.

Fatte queste considerazioni, porto l'adesione della maggioranza del gruppo PPD al rapporto della maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera.

CAROBIO GUSCETTI M. - Questa sulla pianificazione ospedaliera è una discussione decisiva. Ce ne siamo accorti tutti già dal dibattito, apparentemente formale, sulla proposta di Righinetti. È una discussione le cui conseguenze saranno importanti sulla politica sanitaria cantonale e sul reddito dei ticinesi e delle ticinesi, pesantemente tartassato dall'incidenza dei premi di Cassa malati. Ciò soprattutto tenendo conto che in Ticino, come evidenzia il rapporto di maggioranza, i premi sono i più alti della Svizzera a fronte dei redditi più bassi.

L'esercizio pianificatorio è sempre stato difficile per la classe politica. Lo si è visto in altri Cantoni, dove le scelte effettuate sono spesso state dolorose. A nessuno piace proporre la chiusura di strutture, ma è un esercizio necessario, non solo perché lo impone la LAMal, ma soprattutto perché la riduzione dei posti letto ha una relazione diretta con i costi sanitari e quindi sui premi di Cassa malati. Non compiere questo esercizio o farlo, come propone il rapporto di minoranza, prendendo misure inefficaci, soggette a rischio di ricorso, proponendo di ridurre linearmente i letti, è irresponsabile nei confronti dell'aumento dei costi sanitari e quindi nei confronti dei cittadini e delle cittadine di quella classe media che fa fatica a sopportare il continuo aumento dei premi.

È un esercizio necessario anzitutto perché in Ticino c'è un esubero di posti letto rispetto alla media Svizzera: 6.77‰ in Ticino contro 5.88‰ in Svizzera. Con la proposta pianificatoria del Governo si arriverebbe al 6.12‰, risultato comunque al di sopra della media Svizzera attuale, ma che tiene conto del maggior numero di anziani residenti in Ticino. L'esubero di posti letto è correlato a un maggior numero di ospedalizzazioni (182 ogni 1'000 abitanti in Ticino, contro 146 in Svizzera), a un maggiore costo sanitario pro capite e, di riflesso, ai premi di Cassa malati più alti della Svizzera. Il conto sanitario – collega Beltraminelli – evidenzia però che il lavoro pianificatorio svolto negli anni scorsi, quindi la precedente pianificazione, ha comunque permesso di rallentare la crescita dei costi sanitari.

Secondariamente questo esercizio è necessario perché una riduzione lineare dei posti letto non permette in realtà di risparmiare molto. I costi fissi delle strutture ospedaliere sono nella misura dell'80% circa costituite dai costi del personale. La diminuzione di alcune unità di letti non modificherà di molto il fabbisogno di personale, ma metterebbe a rischio la solidità degli istituti stessi, che per lavorare efficacemente devono poter disporre di un numero minimo di posti letto.

La terza ragione è che proprio il Consiglio federale nella sua decisione del 3 maggio 2000 sul ricorso degli assicuratori malattia in merito alla prima pianificazione aveva chiesto, quale istruzione vincolante, che l'offerta ospedaliera fosse ridotta in modo non solo lineare – collega Righinetti – ma anche con la chiusura di intere strutture.

Il rapporto di minoranza chiede il mantenimento delle due cliniche (Humaine e Alabardia) per le quali è prevista la chiusura e critica l'assenza di criteri validi proposti dal Governo e dalla maggioranza per sostenerne la chiusura. Brevemente – lo si trova anche nel messaggio e nel rapporto di maggioranza – vale comunque la pena di ricordare che il numero di posti letto e il tasso di ospedalizzazione sono capisaldi delle indicazioni del Consiglio federale per determinare l'offerta e il fabbisogno di un Cantone in materia

ospedaliera, accanto a criteri quali la qualità delle prestazioni, la situazione geografica e la ponderazione adeguata degli enti privati. Su questi criteri si basa la proposta di pianificazione del Governo, a grandi linee fatta propria dalla maggioranza. È una proposta giustamente definita un misto di valutazioni tecniche e politiche, raggiunta con il consenso degli attori presenti nel gruppo di lavoro del Consiglio di Stato e che rappresentavano lo spettro degli attori che lavorano nel settore ospedaliero in Ticino, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori malattia. Come non ricordare infatti che accanto alla crescente possibilità di effettuare la riabilitazione cardiovascolare in modo ambulatoriale o alla necessità di avere due poli di psichiatria, uno per il Sopraceneri e uno per il Sottoceneri, si deve anche tener conto che in Ticino il settore privato è rappresentato nella misura del 43%, rispetto alla media svizzera del 14%? Se questa forte prevalenza del settore privato ha certamente anche una ragione storica, allora crediamo che questa complementarità andrà verificata e affrontata nei prossimi anni con una revisione dei mandati pianificatori affidati ai singoli istituti.

Colleghi e colleghe, per la prima volta il Parlamento si appresta ad assumersi una grossa responsabilità in materia pianificatoria, non solo discutendo, come fatto finora, ma anche votando la pianificazione ospedaliera. Assumiamoci quindi fino in fondo questa responsabilità, assumiamoci la responsabilità di presentare delle strategie per contrastare l'aumento dei costi sanitari e in particolare dei premi di Cassa malati. I mezzi a livello cantonale sono limitati. Uno strumento è la pianificazione ospedaliera, che non può basarsi su soluzioni improvvisate o arbitrarie (come sono state definite le proposte del rapporto di minoranza, che, secondo il rapporto di maggioranza «*non si fonda su nessun criterio pianificatorio riconosciuto*»). Si tratta di anteporre l'interesse generale, in questo caso combattere con l'aumento dei costi sanitari e di riflesso contro l'aumento dei premi di Cassa malati, agli interessi particolari.

Approvare un progetto diverso da quello della maggioranza porterebbe a un ricorso da parte degli assicuratori malattia e alla necessità di ripetere l'esercizio, perché equivarrebbe a una mancata pianificazione. Sarebbe disastroso non solo per le tasche dei cittadini e delle cittadine di questo Cantone, ma anche per le strutture ospedaliere, pubbliche e private, che avrebbero problemi tariffali di non poco conto, come ricordava il collega Dell'Ambrogio.

Nel 2001 il Parlamento ha deciso di appropriarsi di un ruolo centrale anche in ambito pianificatorio. Non buttiamo al vento l'opportunità di dimostrare che siamo in grado di portare avanti anche scelte difficili.

A nome dell'unanimità del gruppo PS, vi invito ad approvare il rapporto di maggioranza.

GOBBI N. - Ben 2500 anni or sono si ipotizzò che il pensiero filosofico e la conoscenza umana si basassero sulle sensazioni e sul ragionamento, ma che entrambe queste vie fossero incapaci di raggiungere una verità assoluta. Pirrone di Elide affermava che era possibile discutere e dimostrare tutto e il contrario di tutto. Oggi siamo qui a combattere teorie, la cui pretesa è di definire "dogmaticamente" che le cose siano fatte in questo modo o in un altro. Si propone l'imperturbabilità dell'animo quale atteggiamento nel valutare le cose, senza divenire dogmatici, ma presentando le idee e le soluzioni come migliori delle altre, senza affermare se siano vere o false. Infatti, l'uomo con i suoi stati d'animo è misura di tutte le cose. È un atteggiamento, quello dello scetticismo, che personalmente per conto della Lega ho assunto in Commissione speciale pianificazione ospedaliera. Uno scetticismo dovuto al fatto che non essendo un tecnico o un uomo di

settore ho vissuto da comune cittadino quest'esperienza. Uno scetticismo dovuto anche alla complessità e all'ineluttabile confluire di interessi.

Sin dall'inizio affrontando il tema sottopostoci abbiamo constatato, indipendentemente dall'opinione dei vari colleghi, quanto approssimative fossero le argomentazioni sulla pianificazione proposte dalla commissione governativa e dal Dipartimento della sanità e della socialità (DSS), di cui la Consigliera di Stato signora Pesenti è la Direttrice. Si parla con approssimazione di chiudere due istituti, non per mancanza di competenza e di capacità ricettiva, ma unicamente perché invisibili ai vari membri della commissione governativa. Non stiamo discutendo su teorie o calcoli di reale risparmio, ma siamo confrontati in funzione di semplici stati d'animo. Questo ha fatto sì che la costruzione argomentativa sia partita dalla conclusione, cioè la chiusura di due istituti, «*imposta da Berna*», come piace loro dire. La conseguenza di questo paravento politico è che non si è voluto analizzare questa posizione e vagliare in dettaglio i costi, esaminando dati quali: i letti, i centri di costo, il costo medio per letto, eccetera. In questa mancanza induttiva, dove le premesse sconvolgono le conclusioni, si ricorre all'autorità di un organo superiore per giustificare una conclusione, senza verificare né la veridicità né la sostenibilità. Questo modo di operare, inficiato poi dalla presenza delle stesse persone nelle diverse sottocommissioni regionali e in quella cantonale (composte con il solito sistema partitico, vedi manuale Cencelli), ha portato alcuni colleghi della maggioranza a definire «*schifezza*» quanto sottoposto dal Cantone. «*Mais, Paris vaut bien une messe!*» quindi supinamente inghiottono questa schifezza e marciano compatti nel solco tracciato dal DSS.

Sappiamo che la pianificazione proposta dal DSS è stata dettata e imposta dalle Casse malati. Una tracotanza ormai senza limiti, quella degli assicuratori malattia, e un'inspiegabile disponibilità alle loro imposizioni data dalla commissione governativa. La Commissione speciale pianificazione ospedaliera ha voluto tastare con mano questo strapotere delle Casse malati nella politica ospedaliera cantonale, perché scettica, o meglio incredula. Con malcelata tracotanza e impassibile "nonchalance", Santésuisse Ticino conferma che – in caso di proposte alternative alla pianificazione avanzata dal DSS e dalla commissione in cui loro stessi sedevano – si avvarrebbero del loro diritto di ricorso. I "cassamalatari", a distanza di 15 anni (ricordate Franzi?), hanno cambiato il pelo, ma non il vizio di sostituirsi a Governo e Parlamento al fine di pianificare autonomamente la politica sanitaria e ospedaliera del Cantone Ticino. Un caso come questo, in cui un ente privato si sostituisce all'istituzione pubblica, dovrebbe far accapponare la pelle a coloro i quali – e qui mi rivolgo ai colleghi PS – per non contrastare la propria Consigliera di Stato ingoiano l'amaro boccone, o meglio «*la schifezza*». Ruoli invertiti dunque, quello dello Stato e delle Casse malati, dove estranei (i "cassamalatari") fanno la pianificazione e lo Stato deve accettarla, pena ricorsi a istanze superiori.

Dopo queste aberranti situazioni istituzionali, dove gli altri impongono la loro visione nella politica ospedaliera cantonale, la Commissione speciale pianificazione ospedaliera si è divisa. Da un lato, l'attuale maggioranza commissionale, che sceglie di seguire la pianificazione cantonale quale unica via percorribile, pena il ventilato ricorso di Santésuisse e dei "cassamalatari"; dall'altro la minoranza commissionale, la quale, nell'incapacità di accettare una falsa argomentazione, propone un'alternativa per raggiungere l'obiettivo di ridurre letti e contenere i costi. Naturalmente, Governo e Santésuisse si sono premuniti dicendo che non avrebbero accettato alcuna alternativa. A questo punto possiamo ancora credere a coloro che hanno in mano il potere politico di questo Cantone?

Personalmente, come detto nell'introduzione, ho seguito con spirito scettico ogni e qualsiasi passo nell'affrontare l'annosa tematica. Tanto annosa che qualcuno, oggi,

proporrà di togliere la competenza al Parlamento di vagliare la pianificazione ospedaliera, riportando tale competenza in mano al Governo.

Allora, se vogliamo essere onesti fino in fondo, perché non darla direttamente in mano a Santésuisse? Questo spirito di rassegnazione ha spinto chi vi parla a sottoscrivere il rapporto del collega e presidente commissionale Tullio Righinetti. Questa posizione alternativa al rapporto governativo, cosiddetto di maggioranza ma che di maggioranza non è, offre l'opportunità politica di opporci al potere esterno e alla rassegnazione del DSS, pur raggiungendo gli stessi obiettivi finanziari e di riduzione dei costi. A conferma di questo, nessuno, durante i lavori commissionali, ha saputo argomentare e confermare che le scelte operate dal DSS siano portatrici di reali benefici finanziari al cittadino contribuente e al Cantone.

Operando in questa completa incertezza, il mio scetticismo mi ha permesso di non farmi coinvolgere nel sottile quanto percettibile – oggi ne abbiamo avuto conferma – confronto tra il settore pubblico e quello privato. Un confronto che però ha trovato univoci i loro rappresentanti nella commissione governativa, dimenticando che le chiusure proposte imporranno maggiori oneri sociali a comunità (leggi disoccupati), maggiori investimenti con denaro pubblico (leggi ammodernamenti e nuove costruzioni), maggiori costi ambientali e di tempo per gli spostamenti. Questo mi ha fatto decidere di dire *no* al potere esterno costituito nei vari enti, pubblici e privati, buoni solo per determinate persone. Il tutto al fine di dire *no* a coloro i quali vorrebbero imporre le loro visioni in Ticino e in Svizzera, per i loro meri interessi.

Considerata la complessità della materia e lo spirito scettico, quindi incapace di assumere dogmaticamente una posizione o l'altra, il nostro gruppo ha deciso per la libertà di voto.

CANONICA G. - L'esigenza di una pianificazione ospedaliera rientra nel discorso fondamentale sulla sanità. Per giudicare una proposta di pianificazione, occorre partire da una concezione politica della sanità. Il dottor Gino Strada, chirurgo di guerra e fondatore dell'organizzazione sanitaria non governativa *Emergency*, ha riassunto molto bene domenica sera alla televisione una concezione politica della sanità che io condivido: «*La sanità dev'essere pubblica, gratuita, uguale per tutti*». Ciò è quanto avviene negli ospedali di *Emergency* in Afghanistan, Cambogia e Sudan che sono evidentemente privati ma dove le cure sono gratuite e uguali per tutti. Si vede subito che questa concezione non corrisponde alla realtà concreta in Svizzera e nel Ticino.

Da noi, la sanità non è solo pubblica; abbiamo ospedali privati, molti nel Ticino, e l'assicurazione malattia è sì obbligatoria, ma gestita da compagnie private. La sanità non è gratuita, cioè finanziata dall'erario e/o da assicurazioni a carattere sociale. Ci sono le franchigie e i ticket da pagare, inoltre i premi assicurativi (che sono tasse), sono uguali per tutti nell'assicurazione di base, quindi costano di più per i redditi medio-bassi. Si dice che le cure sono uguali per tutti. Forse tendenzialmente. Ma dal momento che esistono assicurazioni complementari accessibili solo ai redditi maggiori, l'uguaglianza è molto relativa.

Se ne conclude che questa pianificazione non tende ad avvicinare la nostra realtà alla concezione di Gino Strada, ma si limita a perseguire una razionalizzazione gestionale e una riduzione, non certo enorme, dei costi. Gli studi recentemente pubblicati in Svizzera evidenziano aspetti poco razionali degli ospedali svizzeri. Sono troppo piccoli, al di sotto della soglia critica per una redditività ottimale, la medicina di punta è dispersa in troppi centri, eccetera. Si può dire che la distribuzione dei nostri ospedali è ancora legata a un'epoca in cui la gente si faceva portare all'ospedale col *char-à-banc*. Lo dimostrano, nel

dibattito su questa pianificazione, le argomentazioni di tipo geotopologico riguardanti le distanze fra Sementina e Novaggio, fra Brissago e Faido, che appaiono invece irrilevanti. Sono stato paziente, quasi un anno fa, della clinica di Novaggio, in compagnia di persone provenienti da Chiasso, dall'alta Leventina, dalla Verzasca e anche dalla fascia frontaliera, senza contare i pazienti confederati ancora sottoposti all'assicurazione militare. Non ho constatato particolari disagi dei pazienti a causa della localizzazione discosta di questo ospedale, di cui semmai tutti apprezzavano la buona cucina, lo splendido paesaggio e la tranquillità.

Non ho dunque particolari contrarietà al fatto che occorra ridurre il numero degli ospedali, in particolare di quelli privati, che in Ticino sono notoriamente esuberanti, in obbedienza a una discutibile applicazione dell'economia dell'offerta di stampo neoliberale.

Comprendo che i miei amici sindacalisti non siano d'accordo e paventino la perdita di posti di lavoro. Ma se questa paura era giustificata nel dibattito di ieri sui posti di lavoro delle ex-regie federali, nel caso della sanità mi sembra che la situazione sia diversa: vi è una carenza generalizzata di personale, soprattutto a livello infermieristico. Il personale ha spesso manifestato, di recente, il carico eccessivo e lo stress al quale è sottoposto e siamo costretti a importare infermieri dall'Italia e dal terzo mondo, creando problemi in quelle realtà. Non ci saranno dunque difficoltà a ricollocare negli altri nosocomi il personale delle due cliniche che forse dovranno chiudere.

Il rapporto del collega Righinetti vuole salvare capra e cavoli, ossia difendere le due cliniche private minacciate e al tempo stesso ridurre i costi. È una proposta chiaramente irrealistica, come voler la botte piena e la moglie ubriaca.

I Verdi ritengono che la pianificazione proposta dal rapporto di maggioranza sia un modesto passo in avanti verso una razionalizzazione e una riduzione dei costi della salute. Occorreranno ben altri sforzi per attuare una concezione corretta della sanità come quella espressa da Gino Strada. In particolare, i Verdi tengono a ricordare che la ricerca di una medicina più umana, meno tecnologica, più naturale dovrebbe rientrare nel programma pubblico di riforma del sistema sanitario. Ma Couchepin va in direzione contraria. In attesa di una svolta, dove Couchepin vada fuori strada, invitiamo il Parlamento ad approvare il rapporto di maggioranza.

SOLDATI G. - Ho scritto tre rapporti di minoranza: il più breve contava otto pagine, il più lungo oltre 40. Poi ho rinunciato, perché ho ritenuto non si dovessero disperdere le forze. Sono così usciti dalla Commissione due rapporti, di cui uno ha ottenuto, come diceva Beltraminelli, «*un vasto consenso*»: cinque favorevoli, quattro contrari e due astensioni. Io, come rappresentante dell'UDC, avrei ben potuto redigere il mio rapporto, ma penso che l'interesse della popolazione, nella politica sanitaria e in particolare in quella ospedaliera, sia troppo grande per permettersi il lusso di giochetti partitici.

Nella sanità, come ho scritto qualche tempo fa, opera una quantità di apprendisti stregoni, che si assumono la responsabilità di quanto decidono solo se tutto va bene. Se i risultati ottenuti sono meno soddisfacenti, gli apprendisti stregoni scompaiono nel fumo prodotto dai loro miscugli. Si è parlato così sempre di esplosione dei costi della sanità, anche se non è vero. Qualche anno fa, un paziente con un disturbo banale come la cefalea consumava la quantità necessaria di *Saridon*, finché i suoi reni sopportavano l'abuso di fenacetina, e poi lasciava tranquillamente questa terra, magari ancora con il mal di testa. Oggi un simile paziente nella sua vita riceverà tre TAC, forse due risonanze magnetiche, e gli verranno prescritti medicinali ben più costosi del *Saridon*. Dal primo di gennaio di quest'anno quattro medicinali per la cura della poliartrite psoriatice e della poliartrite

reumatoide (malattie relativamente rare) sono ammessi a carico della Cassa malati. Questi medicinali, attualmente somministrati a 70 pazienti in tutto il Cantone, comportano un costo di cura di più di fr. 50'000.- per paziente, per un totale quindi di tre milioni e mezzo di franchi, a carico delle Casse malati. L'aumento del 6% dei premi di Cassa malati preventivato per l'anno prossimo è dovuto a questi medicinali – e ad altri di cui non vi parlo –.

Questi apprendisti stregoni hanno un ulteriore difetto: le informazioni che trapelano dalla loro cerchia ristretta sono sempre scarsissime e facilmente tendenziose. Per esempio, si fa circolare nel Paese la favola che in Ticino il settore privato occupa uno spazio troppo grande (43%) rispetto al resto della Svizzera (15%). Sembra quasi che sia una maledizione, mentre invece è una fortuna. L'assistenza medica nel campo privato costa meno che nel pubblico, come io ho dimostrato, cifre alla mano, da nessuno contestate, in un articolo apparso sul "Corriere del Ticino" il 1° aprile 2005. La stessa Consigliera di Stato, che in quest'anno tanto volentieri ha replicato in pubblico ad articoli scritti da altri colleghi, a questo articolo si è ben guardata dal rispondere. Vi porto un esempio pratico: un'appendicectomia nel pubblico costa fr. 4'000.-, nel privato fr. 3'275.-. Ma per le Casse malati c'è una differenza: nel pubblico l'appendicectomia costa solo fr. 1'840.- e non fr. 3'275.- come nel privato. La differenza è pagata dai cittadini con il contributo erogato all'EOC ogni anno. Prendiamo l'esempio di una consultazione al Pronto soccorso, pagata dalla Cassa malati secondo il tariffario Tarmed. Per la stessa prestazione, la fattura è uguale, però il pubblico, secondo il messaggio no. 5612 del 14 dicembre 2004, riceve un sussidio dallo Stato di quasi la metà. Lo stesso vale per tutte le posizioni di costo, quindi il pubblico non costa affatto meno del privato.

Un'altra favola è che gli ospedali pubblici assumono casi difficili e le cliniche private no. Ma la ragione è chiara: per una degenza di due mesi, il pubblico, fra il contributo dello Stato e la partecipazione della Cassa malati, riceve circa fr. 60'000; il privato riceve solo circa fr. 30'000.-, chiaramente insufficienti a coprire le spese.

Adesso vorrei parlare brevemente di un'espressione che mi irrita molto ma che sento continuamente ripetere, e che piace tanto ai miei amici socialisti: "simmetria dei sacrifici". L'ultima pianificazione nel privato ha chiuso sette cliniche e tagliato 315 letti, togliendo alla Clinica Santa Chiara 64 letti su 164; nel pubblico sono stati tagliati 62 letti menandone gran vanto. Ma in realtà ne sono stati tagliati solo 30, perché i rimanenti 32 erano a Cevio, cioè, dal punto di vista dell'attività ospedaliera, letti cadaverici, da obitorio.

Adesso passiamo alla Commissione di pianificazione sanitaria. Se io desidero che una commissione arrivi a un certo risultato e io detengo il potere di nominare i suoi membri, non avrò difficoltà a ottenere ciò che voglio. In realtà non ci sarebbe nemmeno stato bisogno di nominare la commissione, ma era necessaria la copertura democratica, anche se uno dei membri della commissione non si è mai fatto vedere e c'era una schiacciante maggioranza del pubblico. Poi, compiuto il lavoro della commissione, come prevede la LAMal sono state nominate le Conferenze regionali della sanità. Come regioni probabilmente immaginerete il Mendrisiotto, il Luganese, il Locarnese, le Tre Valli. Invece è stata creata una commissione Malcantone e basso Vedeggio. Se Novaggio fosse stato nel Gambarogno, avremmo visto la regione del Gambarogno. Le commissioni regionali dovrebbero essere composte da persone che rappresentano la regione. Il signor DeNeri abita in tre regioni? Vota in tre Comuni? Eppure è presente in tre commissioni regionali. E il signor Bolgiani? È presente in quattro commissioni regionali e si adegua sempre a quanto le commissioni decidono, salvo quando si discute di Sementina, la clinica che appartiene al suo datore di lavoro. Al termine si presenta un rapporto, scritto e firmato da un mio amico ed ex collega di partito, che si definisce «*sintesi di una discussione*

*approfondita, responsabile e pacata*». Questo mio amico è il rappresentante dell'Acuti, ma fino al giorno prima era un membro del consiglio di amministrazione dell'EOC e il rapporto, *«sintesi di una discussione approfondita, responsabile e pacata»*, nasce da tre voti favorevoli, tre negativi e due astenuti.

Il nostro sistema sanitario è regolato dalla LAMal. Non so quanti di voi l'abbiano letta; io mi sono dato la pena di farlo. È una legge che porta gravissime responsabilità per molti dei problemi che subiamo nella sanità. È una legge alla quale occorre porre mano il più presto possibile e rifarla da cima a fondo. Voci in questo senso si sentono, ma poi non si arriva mai a niente di concreto perché ci sono troppo consiglieri nazionali – anche dell'UDC – che siedono nei consigli di amministrazione delle Casse malati, che dispongono di mezzi finanziari tali da potersi assicurare come consulenti tutti questi consiglieri nazionali.

L'art. 38 della LAMal disciplina l'autorizzazione dei prestatori d'opera, in particolare gli ospedali. L'art. 39 precisa che gli istituti ospedalieri possono ottenere l'autorizzazione se *«corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati»* (lett. d). Altro che preferenze al pubblico! Signora ministro, vista la sua visione ideologica, mi domando se non sarebbe auspicabile che il Ticino si facesse aiutare dai Grigioni, magari anche mediante l'on. Lardi.

Adesso veniamo alla politica ospedaliera cantonale, chiaramente dominata – è inutile negarlo ed è ridicolo affermare il contrario – dal pubblico. Il Dipartimento della sanità e della socialità è da troppo tempo in mano ai socialisti per permettere una politica equilibrata e proporzionata ai desideri della nostra popolazione, che conta un'ottima percentuale di socialisti, ma in cui molte persone hanno un'altra visione della problematica politica e in particolare di quella ospedaliera. La signora Pesenti difende i suoi ideali socialisti, che sono quindi implicitamente per il trasferimento di tutta la politica sanitaria e di quella ospedaliera in particolare nel pubblico. Lo fa bene, ma dovrebbe farlo con un minimo di coerenza e di onestà. Davanti alla Commissione speciale pianificazione ospedaliera – è scritto a verbale – ha promesso che chiudendo le cliniche nel Gambarogno e a Sementina non si perderanno posti di lavoro. Oggi gli intervenuti a favore del rapporto di maggioranza hanno sostenuto che non ci si può prefiggere a tutti i costi di salvaguardare i posti di lavoro, perché altrimenti non si consegue alcun risparmio. Non si può promettere, forse per acquisire qualche simpatia presso i sindacati, un'irrealizzabile mantenimento dei posti di lavoro. Poi, la Direttrice del DSS ha fatto circolare la voce di un'incontenibile crescita dei costi del settore ospedaliero privato. Ma come può il settore privato causare una crescita incontenibile dei costi, e quindi delle sue entrate, con le tariffe fissate da Santésuisse? La crescita effettivamente c'è stata; forse non se ne sono resi conto i funzionari dell'Ufficio di statistica, ma è dovuta a un fatto semplice: a un certo momento il Cardiocentro ha iniziato la sua attività, per sua natura costosissima, con il diritto di emettere fatture a carico delle Casse malati. La signora Pesenti di piccola disinformazione corrente abusa da parecchio tempo. Con la sua disinformazione arriva addirittura a condizionare il giurista del Consiglio di Stato, il quale scrive che la decisione del Consiglio federale sul ricorso delle Casse malati richiede espressamente, in modo vincolante, di ridurre l'offerta ospedaliera anche tramite il non riconoscimento di interi istituti nella lista ospedaliera. Per verificare questo punto sono andato a leggermi tutto il rapporto del Consiglio federale: *«l'idea secondo cui sarebbe indicato effettuare riduzioni contenute di posti letto per gli ospedali pubblici regionali, visto il tipo di funzione che essi svolgono e mantenendo quindi le loro capacità, potrebbe rivelarsi sensata qualora una più dettagliata pianificazione dovesse fare emergere inequivocabilmente un'esigenza del*

*genere, evidentemente senza ingiustificate discriminazioni del settore privato i cui interessi vanno comunque salvaguardati».* Se chiudere nel privato è una prescrizione vincolante...

La seconda forza in gioco è l'EOC, presieduto dal nostro amico e collega Lotti e che conta nel suo consiglio di amministrazione anche qualche grosso papavero dei nostri cari partiti. I rappresentanti della maggioranza hanno parlato oggi di un esubero di letti, ma si sono guardati bene dal dire dove. In tutto questo lavoro, il solo paradigma al quale ci possiamo affidare per sapere se siamo grossomodo nel giusto oppure no, è la media svizzera. C'è un unico settore nel quale siamo inferiori alla media: quello psichiatrico. E si chiude proprio lì. L'EOC è indispensabile e, oggi come oggi, è inimmaginabile una politica ospedaliera senza di esso, ma l'EOC deve lavorare bene, rispettare chi lavora bene nel privato ed eventualmente valutare se esiste la possibilità di sinergie. Invece avanza come un elefante nel negozio di porcellane.

Alcuni anni fa c'era una medicina ospedaliera riabilitativa, già stabilitasi da qualche tempo sul territorio. Si è accettato di trasferire una sezione riabilitativa a Faido per dare un contentino ai leventinesi. Era già un errore, che contestai, senza naturalmente essere ascoltato. Poi è arrivato il regalo di Novaggio. Mi si vuole fare credere che Novaggio esisteva già come clinica riabilitativa. In realtà Novaggio non era una clinica riabilitativa, bensì una casa per anziani, dove risiedevano gli anziani ex dipendenti del Dipartimento militare e le guardie dei forti in pensione. Novaggio – un fior di costruzione in un parco meraviglioso e con una vista meravigliosa – avrebbe dovuto essere destinata ad altro impiego. Un esempio di ciò che si sarebbe potuto realizzare a Novaggio lo troviamo a Cevio. Invece l'EOC ha deciso di distruggere la clinica più bella del Cantone, quella di Sementina, per dare la riabilitazione a Novaggio.

Il terzo attore in gioco è Santésuisse. Essa preleva sulla massa dei premi che noi paghiamo una percentuale, praticamente fissa da molti anni, che si aggira attorno all'8% o 9%. Su un miliardo di premi da incassare, con questa percentuale si raccolgono 80 milioni; su due miliardi, si incassano 160 milioni. Il numero dei pazienti è variato pochissimo, il numero degli impiegati anche, il lavoro compiuto è stato grossomodo il medesimo, perciò il guadagno è notevole; sono i pazienti ad aver pagato un premio maggiore. Questo è il primo vantaggio delle Casse malati; il secondo, come ho spiegato prima, è quello di pagare nel pubblico. I socialisti sono stati qui molto furbi: in pratica il premio di Cassa malati commisurato al reddito c'è già. Il popolo svizzero lo ha respinto in votazione, ma i socialisti surrettiziamente lo hanno introdotto con il sovvenzionamento pubblico degli ospedali. I 185 milioni di franchi che eroghiamo ogni anno all'EOC sono pagati dai contribuenti.

E allora, caro presidente Merlini, lo so anch'io che non c'è una congiura; ma purtroppo agiscono tre forze, le sole che contano, che per motivi completamente diversi tendono a favorire il pubblico. Perciò il privato è costretto a difendersi. Io sostengo il privato perché ci credo, perché per me ha costituito il lavoro di tutta una vita, ma nel quale io non ho alcun interesse. E a quell'incauto suo collega di partito e di Gran Consiglio che ha citato il caso di mia figlia, ricordo che mia figlia e gli altri 40 medici al suo fianco, pur di poter lavorare investono fior di soldi. Per far vivere la clinica concedono una parte dei loro onorari, oltre ad aver messo a disposizione il capitale per riacquistarla. Una clinica che, quando riuscirete a chiuderla, non varrà più niente.

Passiamo adesso alla clinica psichiatrica che si vuol chiudere. Nessun paziente si lascia ricoverare volentieri in una clinica psichiatrica; ci si va solo se è proprio necessario. Se la clinica sarà chiusa, i pazienti dovranno farsi curare altrove. Una misura di risparmio del rapporto di maggioranza consiste quindi nel chiudere la clinica psichiatrica più a buon mercato per far curare i pazienti dove costa di più.

La moderna Clinica di Sementina è stata costruita grazie a un intralazzo di qualche anno fa tra PPD e PLR, pochi mesi dopo che il Parlamento aveva deciso che non si dovessero più costruire strutture sanitarie superflue. Ora Sementina viene chiusa, per mandare i pazienti in una clinica che è sì raggiungibile, ma molto più fuori mano. Si vorrebbe affidare la riabilitazione cardiovascolare prima a Novaggio, che però la rifiuta, poi a Brissago, in fondo al mondo, che parimenti la rifiuta. Alla fine, cosa si decide? La si attribuisce all'EOC, che potrà gestirla come meglio ritiene. Vedrete che l'EOC, una volta chiusa Sementina, dove già oggi viene effettuata la riabilitazione cardiovascolare, riacquisterà la clinica e le attribuirà proprio la riabilitazione cardiovascolare.

Abbiamo studiato da cima a fondo questi temi e abbiamo parlato dei risparmi di milioni che la pianificazione permetterà, in gran parte probabilmente fantasie (la signora ministra stessa afferma che bisogna distinguere i risparmi ipotetici da quelli effettivi). Però non ho sentito una parola sui danni provocati dalla chiusura di cliniche come quelle di Sementina e del Gambarogno. Qualcuno li ha quantificati?

CALASTRI R. - Liberatevi una volta la mente da pregiudizi ideologici sul conflitto tra pubblico e privato. Fatto questo, vi domando: come si fa a proporre la chiusura delle cliniche di Sementina e dell'Alabardia? Come si è arrivati a formulare tali proposte? Io sono fermamente convinto che la pianificazione, così come proposta dal Consiglio di Stato, sia stata costruita su dei pregiudizi che nulla hanno a che vedere con la razionalità di una pianificazione.

Innanzitutto pregiudizi verso le Casse malati; non a caso la proprietaria della clinica di Sementina, gestita dal gruppo Humaine, è l'Helsana. «*Cassamalatarì questa volta vi freghiamo*», avranno pensato i vertici del Dipartimento della sanità e della socialità. Poi, per quanto riguarda l'Alabardia, pregiudizi verso la passata gestione e verso un medico invisibile alla direzione del Dipartimento.

È stato costruito un castello di motivazioni molto fragile per giungere alla pianificazione ospedaliera oggi in discussione. Sorvoliamo poi sul fatto (anche perché è già stato detto) che due persone sedevano in più di una conferenza regionale della sanità dalla quale è uscita la pianificazione.

A volte si sente dire che noi politici non siamo in grado di discutere su un tema tanto complesso e che non dovrebbe essere il Gran Consiglio ad esprimersi sulla pianificazione. E allora fidiamoci dei tecnici. Cosa dicono questi ultimi? Ad esempio, il direttore della clinica di Brissago ha scritto, nero su bianco, che se dovesse passare la proposta Righinetti, la sua clinica non potrà più garantire le prestazioni attuali ai ticinesi, che saranno costretti a recarsi oltre Gottardo. Se le cose stanno così, bellinzonesi preparatevi a varcare le alpi! A Brissago i posti sono già occupati da illustri personaggi stranieri e svizzero tedeschi.

Mi piacerebbe sentire dalla Consigliera di Stato perché ci si è concentrati su due cliniche in due settori, quello psichiatrico e quello della riabilitazione, che tutto sommato incidono marginalmente sui costi della salute. Ricordo per inciso che la proporzione dei costi tra i letti acuti e gli altri è di circa quattro a uno. Perché non si è insistito sulle strutture e sui letti che costano molto e incidono sul portamonete dei cittadini? E perché non si sono rivisti i mandati di prestazione? E ancora, perché il Dipartimento è stato silente sulla vicenda della Clinica Santa Chiara di Locarno? Quello sì è un istituto che fa concorrenza al nostro ente ospedaliero! Perché si è permesso che fosse mantenuto un centinaio di letti pesanti dal punto di vista dei costi? E poi mi si dice che con la prossima pianificazione bisognerà tagliare di nuovo e di molto: questo è solo un assaggio!

Quando si parla di sprechi si citano sempre il Civico e l'Italiano, eppure anche a Locarno la distanza tra un ospedale e l'altro è minima: di pochi metri, non di chilometri. Un caso lampante: una clinica fallisce, una quarantina di dottori la rilevano e la fanno rinascere. Se pensate al tempo necessario per mettere d'accordo due dottori e poi lo moltiplicate per 20, ottenete il tempo intercorso – molto – senza che il Dipartimento abbia detto qualcosa o sia intervenuto. Mi chiedo se questa inerzia del DSS non sia da ricondurre al fatto che nel consiglio di amministrazione della Clinica siede la sorella della Consigliera di Stato Pesenti. Questo è lo specchio della pianificazione che il Consiglio di Stato ci ha proposto.

Del resto, qualcuno ha firmato il rapporto di maggioranza dicendo che la pianificazione così come proposta «è una schifezza». Io ho preferito di gran lunga firmare quello di minoranza, perché almeno ha il coraggio di modificarla.

Ritornando ai pregiudizi, ci si può legittimamente chiedere perché si va in piazza per difendere la ginnastica correttiva, due o tre posti di lavoro, e per un team di un centinaio di professionisti che operano nel privato quasi nessuno muove un dito. Ho la sensazione che dalle nostre parti è politicamente più redditizio difendere gli interessi di chi è già tutelato. Altrimenti non si spiegherebbe perché il Consiglio di Stato non si è adoperato nella difesa di Sementina e di Piazzogna nella stessa maniera adottata per la riconversione dell'ospedale della Valle Maggia. Allora ci furono incontri, riunioni, proposte, conferenze stampa; oggi niente. Avete sentito qualcuno al DSS dire qualcosa riguardo al destino dei due istituti che si propone di chiudere? Io no, ma forse mi è sfuggito.

E ancora, che dire delle oltre 10'000 firme raccolte spontaneamente tra i cittadini del Bellinzonese, delle preoccupazioni di tutti i Municipi di un'intera regione, con alla testa Sementina, Bellinzona e Giubiasco, o della risoluzione di un Consiglio comunale? Tutto non è servito a niente. Evidentemente i bellinzonesi contano meno del Gigi di Viganello (leggi Ospedale italiano).

Il rapporto di maggioranza cita il comunicato stampa dell'associazione "H+ Gli ospedali svizzeri" che chiede una politica sanitaria svizzera a favore di regioni sanitarie sovracantonali. Perché non si dice anche che in Svizzera il numero dei letti per la riabilitazione è di oltre 200 unità in meno di quelle necessarie? Forse perché altrimenti non si potrebbe raggirare l'Helsana.

Esporrò ora alcune considerazioni sull'aggiornamento della pianificazione che decreta la chiusura della clinica di Sementina. Per razionalizzare e contenere i costi di tale servizio su scala cantonale, sembra proprio che in futuro i pazienti costretti a seguire un trattamento di riabilitazione dovranno recarsi a Faido, Brissago oppure Novaggio. Nel Bellinzonese ci sono oltre 45'000 residenti e Sementina è facilmente raggiungibile da tutto il Ticino, eppure la pianificazione ha stabilito di chiudere una struttura centrale, vicina alla grande massa dei potenziali utenti, e di potenziarne tre periferiche. Altro che razionalità!

Se immaginiamo la riabilitazione come soggiorno di cura e riposo, fisioterapia e passeggiate, magari immerse nel verde, potremmo anche essere d'accordo. Ma oggi sappiamo bene che la medicina si presta sempre meno a questa immagine, che appartiene ormai solo alla letteratura: sia le cure sia la riabilitazione devono e possono durare il meno possibile, altrimenti costano troppo e questo si ripercuote sui premi assicurativi. La riabilitazione da stazionaria diventa perciò appena possibile semistazionaria e ambulatoriale, quindi meno costosa, anche se altrettanto efficace. Questa catena riabilitativa è possibile soltanto a certe condizioni: la clinica deve essere attrezzata e studiata allo scopo, oltre che facilmente raggiungibile dagli utenti. A Sementina queste condizioni sono soddisfatte; non lo sono a Novaggio, dove l'Ente ospedaliero dovrà inoltre investire decine di milioni per ristrutturare e trasformare la locale clinica.

Si dice spesso, per ribattere agli argomenti di chi critica questa pianificazione ospedaliera, che essa ha ottenuto il consenso di tutti gli attori della sanità ticinese. Si dimentica tuttavia di spiegare che questo non necessariamente significa fare il bene dei pazienti ticinesi. Chiudendo la clinica di Sementina si è forse trovato il compromesso politicamente meno doloroso, ma anche quello meno vantaggioso e razionale per gli utenti e soprattutto quello che preclude ulteriori misure di razionalizzazione, infatti la struttura che deve rimanere in vita è quella posta al centro e raggiungibile facilmente da tutti. Oppure questo discorso deve valere soltanto per l'impianto di smaltimento dei rifiuti?

Infine un appunto di natura etica: nelle conclusioni del rapporto di maggioranza si scrive che la decisione sulla pianificazione è stata influenzata dall'annunciato ricorso di Santésuisse in caso di una mancata chiusura dei due istituti. Che fine ha fatto l'indipendenza del Gran Consiglio?

Dopo aver assistito all'emorragia di posti federali nel Bellinzonese e alla ferma volontà dimostrata ieri da questo Parlamento, nell'ambito della discussione generale, di voler salvaguardare posti di lavoro, vi invito a votare il rapporto di minoranza, salvaguardando 100 posti di lavoro.

PELOSSI F. - Siamo oggi confrontati con il secondo progetto di pianificazione ospedaliera: se questo Gran Consiglio voterà quanto proposto dal Governo e ripreso (se pur con lievi modifiche) dal rapporto di maggioranza, ci avvicineremo al resto della Svizzera per quanto riguarda la dotazione di posti letto nelle strutture ospedaliere.

In ambito medico e ospedaliero si crea una strana dinamica per cui, come affermato nel progetto di pre-rapporto allegato al messaggio governativo «*una conseguenza importante della sovradotazione in posti letto è quella di favorire un maggior ricorso della popolazione a cure ospedaliere*». Questo concetto è poi ripreso e sviluppato anche nel rapporto di maggioranza dei colleghi Lepori Colombo e Celio. Se a questo elemento aggiungiamo che in Ticino i letti disponibili si trovano per il 43% in strutture private, mentre nel resto della Svizzera il settore privato raggiunge solo il 14%, e che il settore privato è pagato integralmente dalle Casse malati, ben possiamo capire come i nostri premi siano tra i più elevati a livello svizzero.

Se come politici vogliamo intervenire affinché cessi il continuo e insopportabile aumento dei premi di Cassa malati nel nostro Cantone dobbiamo agire su due fronti: il primo è contenere i posti letto, ed è quanto possiamo fare con questa seconda tappa della pianificazione ospedaliera; il secondo è fare tutte le pressioni possibili affinché finalmente le Casse malati mostrino i loro conti all'ente pubblico. Nel nostro caso ciò è particolarmente importante perché dai dati del conto sanitario risulta che le spese per la salute in Ticino sono aumentate dello 0.1% lo scorso anno, mentre i premi di Cassa malati hanno subito un aumento medio del 6%, che in taluni casi ha raggiunto il 10%. È dunque assolutamente indispensabile che i nostri esperti cantonali possano verificare i conti delle Casse malati. Mi fa piacere constatare che questa richiesta è presente anche nel rapporto di minoranza, che pure denuncia il continuo consolidamento delle riserve occulte delle Casse malati a scapito di un contenimento dei premi, se non di una riduzione degli stessi. Oggi questa richiesta si rivela ancora più importante di fronte all'annuncio delle Casse malati di non voler più coprire le prestazioni di coloro i quali non faranno fronte al pagamento dei premi a partire dal gennaio 2006: su questo tema ho presentato la scorsa

seduta di Gran Consiglio un'interpellanza<sup>2</sup> al Governo e sarà interessante sapere come intende il nostro Esecutivo procedere in questo ambito.

Mi sembra infatti impensabile che anche nel settore della salute i guadagni vadano ai privati mentre i costi se li accolla il pubblico.

Ma torniamo al progetto di pianificazione e alla percentuale fra pubblico e privato. Se nel nostro Cantone la componente pubblica fosse uguale a quella degli altri Cantoni il nostro premio di Cassa malati sarebbe inferiore del 20% circa. Considerato che per ora non sembra ci sia la volontà politica di rivedere queste proporzioni è comunque per lo meno necessario procedere a un contenimento dei posti letto e occorre farlo con la chiusura di due istituti e non con tagli lineari, come proposto invece dal rapporto di minoranza del collega Righinetti. È stato dimostrato da studi di esperti del ramo che i tagli lineari non riducono i costi: per ridurre i costi è necessaria la chiusura di strutture complete.

Non possiamo poi dimenticare che in Ticino oltre a pagare premi molto più elevati rispetto al resto della Svizzera abbiamo salari del 23% inferiori rispetto alla media nazionale. Vale la pena a questo proposito leggere le tabelle allestite da Santésuisse pubblicate nel rapporto di maggioranza.

Questa tappa pianificatoria, che a taluni sembra eccessiva, non è che un intervento minimo se consideriamo le recenti affermazioni dell'Associazione degli ospedali svizzeri, denominata "H+", secondo cui andrebbero soppressi la metà dei posti letto e dunque chiusi i corrispondenti istituti ospedalieri.

È ovvio che la chiusura di due strutture non fa piacere a nessuno e inoltre preoccupa la soppressione di posti di lavoro in un momento già difficile. La Consigliera di Stato quando è stata ascoltata dalla Commissione speciale pianificazione ospedaliera ha assicurato al riguardo affermando che non ci saranno problemi per la riassunzione del personale in altre strutture: sarei grata alla Consigliera se volesse confermare questo aspetto davanti a tutto il nostro plenum.

Fatte queste considerazioni vi invito ad approvare il rapporto di maggioranza.

CAIMI C. L. - Il mio intervento si concentrerà sulle proposte della pianificazione ospedaliera che vorrebbero l'esclusione della Clinica di riabilitazione Humaine di Sementina dalla lista degli istituti ai sensi dell'art. 39 LAMal, autorizzati cioè a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione malattia. Io sono contrario a che tale clinica venga stralciata dalla lista; l'ho sempre sostenuto, l'ho sempre reso pubblico e lo confermo in questa sede. La mia opposizione viene concretata anche con l'emendamento presentato ieri. Questi i motivi della mia opposizione, molto articolati e tecnici:

1. Lo faccio a difesa delle 10'236 persone che hanno firmato la petizione *Contro l'esclusione della Clinica di riabilitazione Humaine di Sementina dalla lista delle cliniche con riconoscimento LAMal*, della novantina di dipendenti capaci e di comprovata esperienza dei settori sanitario, amministrativo e alberghiero che rimarranno senza lavoro. Nonostante le dichiarazioni di massima e gli auspici che continuo a sentire è ancora tutto da dimostrare che troveranno comunque un altro posto di lavoro. In questo senso agisco da sindacalista più di molti altri, essendovi unità d'intenti tra personale e direzione. Inoltre, mi oppongo perché si vuole chiudere l'unica clinica di riabilitazione in Ticino che, a differenze delle altre che si vorrebbero invece "salvare", è stata appositamente progettata e costruita 11 anni fa per la riabilitazione cardiovascolare e

---

<sup>2</sup> Interpellanza: *Nel 2006 tutti i cittadini potranno contare su prestazioni mediche?*, Fiamma Pelossi, 07.11.2005.

muscoloscheletrica, con una moderna infrastruttura, situata in posizione centrale e che non richiederà, a breve e medio termine, investimenti importanti. Questi investimenti, comunque, verrebbero finanziati privatamente, senza chiedere un solo franco all'ente pubblico. Una clinica che, proprio per queste sue caratteristiche, fa gola a molti.

2. Mi oppongo allo stralcio della Humaine dalla lista anche nell'interesse generale del Cantone e dei pazienti (il 70% dei quali ospitati a Sementina in camera comune), ai quali questa struttura, che offre prestazioni di eccellente qualità, non può essere sottratta per ragioni esclusivamente politiche, che nulla hanno a che fare con valutazioni qualitative, tecniche ed economiche, le uniche che dovrebbero essere determinanti nella pianificazione ospedaliera da parte dei Cantoni. Non mi sembra che né il messaggio né il rapporto di maggioranza tengano conto di questi criteri. La clinica di Sementina offre, infatti, al migliore livello qualitativo l'intera catena riabilitativa: stazionaria, diurna e ambulatoriale. Solo questa catena garantisce al trattamento riabilitativo una continuità che permette di ottenere il miglior successo terapeutico e l'ottimizzazione delle risorse umane e dei costi (permettendo risparmi del 25-50%). È una catena necessaria e corrisponde allo stato dell'arte più avanzato, come confermato il 28 febbraio 2005 alla Commissione di pianificazione ospedaliera dal Gruppo svizzero di lavoro per la riabilitazione cardiaca (SAKR/GSRC).
3. L'introduzione negli ospedali acuti dei DRG's (tariffe forfetarie per caso) – l'EOC lo ha appena fatto – sta provocando uno spostamento di pazienti dalle cliniche acute a quelle di riabilitazione: il fabbisogno di un maggior numero di letti di riabilitazione è effettivo e non può essere ignorato in una pianificazione cantonale seria. Guardiamo fuori dai confini del Cantone: anche il Canton Vaud, che ha da poco terminato la sua pianificazione ospedaliera, lo ha riconosciuto e si è mosso in questa direzione (non ha chiuso cliniche, ma ne ha create di nuove).
4. La vicinanza di Sementina con l'ORBV (Ospedale regionale Bellinzona e Valli, sede Bellinzona) assicura in caso di necessità un rapido ricovero nel reparto di cure intense dotato delle indispensabili attrezzature (in ambulanza occorrono meno di cinque minuti). Il rapporto di maggioranza fornisce dati inesatti e incompleti in merito, fermi oltretutto al 2000, con un piccolo accenno al 2002. Questi invece i dati aggiornati: attualmente il numero di ricoveri urgenti è in media di uno alla settimana (52 all'anno) e quello dei ricoveri nel reparto di cure intense del San Giovanni di uno o due al mese (12-24 all'anno). Non si tratta quindi di un paio di ricoveri! Non vorrei essere un paziente che da Faido o da Brissago deve essere trasportato d'urgenza al più vicino centro di cure intense.
5. Anche il bacino d'utenza e le possibilità di accesso parlano a favore della clinica di Sementina. Il numero di pazienti del Bellinzonese e delle regioni limitrofe del Sopraceneri è molto importante (i residenti nel solo Bellinzonese sono 45'000): essi hanno diritto di poter usufruire di una riabilitazione stazionaria, semi-stazionaria e ambulatoriale facilmente raggiungibile dai grandi centri, senza dover percorrere inutilmente chilometri per recarsi a Faido, a Brissago o a Novaggio, oltretutto poco o per nulla serviti dai mezzi pubblici: il peggio che si possa immaginare per pazienti in riabilitazione – specialmente in età, che soffrono di più patologie e con handicap – e per i loro famigliari.
6. Dal punto di vista economico, Sementina è caratterizzata da un'efficienza elevata e da strutture snelle. È la struttura all'avanguardia che costa meno a pazienti e Casse malati: ha sottoscritto il 13 maggio 2004 una convenzione tariffale innovativa con Santésuisse, che prevede un sistema differenziato e graduale secondo la gravità delle patologie e una retribuzione delle sole prestazioni effettuate e dell'effettiva intensità dell'assistenza

prestata. L'onere totale per le Casse malati dipende direttamente dal numero e dalla gravità dei pazienti curati, con costi per giornata di cura inferiori in media a quelli delle strutture pubbliche, finanziati esclusivamente dagli assicuratori malattia (e non dal Cantone).

Un cenno merita l'argomento dell'economia di scala e della massa critica che dovrebbero avere oggi le cliniche per giustificare il mantenimento nella lista LAMal. Se esso fosse vero e non meramente strumentale e politico, allora anche le altre tre strutture riabilitative esistenti dovrebbero scomparire. Ma, nella riabilitazione, la massa critica ha un'importanza molto relativa per la diminuzione dei costi: ve ne sono di fissi (per esempio: piscina e palestra) non eliminabili e le voci principali dei costi sono riferite alla necessità di un'onerosa assistenza ai pazienti che richiede una quantità elevata di personale.

7. Lo stralcio della clinica Humaine dalla lista LAMal rappresenterebbe un netto peggioramento dell'assistenza sanitaria regionale e cantonale e un'importante perdita di posti lavoro qualificati, con notevoli ricadute finanziarie negative. Lo hanno ricordato sia i municipi del Bellinzonese (13 Comuni) sia il Consiglio comunale di Sementina tramite risoluzioni: con esse si chiede – e lo faccio anch'io – che venga confermato alla Clinica Humaine di Sementina il diritto ad esercitare a carico della LAMal giusta il suo art. 39, e che questa struttura sanitaria sperimentata e all'avanguardia venga mantenuta nella sua integralità, nell'interesse della popolazione.

Per questo vi invito a sostenere dapprima il rapporto di minoranza del collega Tullio Righinetti, che contempla – fra altre – questa soluzione, pur con non indifferenti sacrifici di letti da parte della clinica Humaine (si passerebbe da 56 a 45 letti autorizzati). Nel caso la proposta di minoranza non dovesse trovare l'approvazione di questo Parlamento, vi invito già sin d'ora a votare la proposta di emendamento al rapporto di maggioranza presentata ieri, che riconoscerebbe la clinica di riabilitazione di Sementina giusta l'art. 39 LAMal, autorizzando 45 posti letto pianificati (invece degli attuali 56).

SALVADÈ G. - Desidero esprimere alcune considerazioni generali per far comprendere la mia posizione.

Secondo lo stesso ragionamento che già seguivo in merito alla legge antifumo, di fronte ad ogni misura politica, soprattutto quelle con un'implicazione sociale gravosa, è obbligatorio domandarsi quale sia la posta in gioco, cioè l'obiettivo che si vuol raggiungere. Poi, esaminando la proposta in gioco, bisogna domandarsi se la misura che si intende adottare è adeguata.

L'obiettivo dichiarato, nel caso della pianificazione ospedaliera, sarebbe il risparmio. Tuttavia solo il messaggio governativo crede fermamente in un risparmio, stimato in 24 milioni di franchi. Ambedue i rapporti esprimono seri dubbi sull'entità di questo risparmio, sia perché mancano parametri chiari (per esempio si è a lungo discusso sulla necessità di un conto sanitario trasparente, base indispensabile per tutti i calcoli), sia perché pare inverosimile che si vada in ospedale solo perché ci sono letti liberi; al massimo ci si resta un po' di più (ma su questo punto torneremo).

Dal 26 marzo 2003, data dell'entrata in vigore della seconda pianificazione (dopo la revisione della prima in seguito al noto ricorso di Santésuisse), malgrado una prima riduzione di 450 letti in strutture pubbliche e private, il ticinese ha continuato a veder salire i premi delle Casse malati, mentre la spesa ospedaliera del nostro Cantone resta confinata nel limbo della poca trasparenza dei conti delle Casse malati e del conto sanitario cantonale. Eppure, malgrado ciò, succube di una disgraziata LAMal, il Consiglio di Stato

propone ancora una riduzione di 204 letti e la chiusura di due istituti ospedalieri senza un chiaro criterio logico ammesso da tutti e senza evidenti prospettive di risparmio. La Consigliera di Stato Pesenti stessa ne dubita, stando al rapporto di minoranza.

Nessuno dei tre documenti fa qualche considerazione sul problema dei risparmi nelle cure ospedaliere. Come operatore nel campo sto partecipando attivamente ad alcune misure di contenimento dei costi destinate davvero a circoscrivere i costi delle degenze. Cito per esempio il principio introdotto da Santésuisse del rimborso delle prestazioni non per durata del ricovero, ma per evento morboso (tariffa forfetaria per caso e sistema APDRG). Seppur già in uso per la chirurgia, avevamo qualche reticenza alla sua introduzione per la medicina, perché è più facile determinare in anticipo il costo per un'appendicite, piuttosto che per la cura di una polmonite o di un infarto. Eppure la logica di calcolo di costo medio, quindi di limitazione delle risorse, ha indubbiamente il potere di richiamare l'operatore ad una ponderazione del gesto clinico al di là di parecchie questioni che restano ancora da risolvere. Stiamo accumulando esperienza e stiamo adattandoci costruttivamente. Poi ci sono i tariffari e le limitazioni delle prestazioni.

Poi ci sono i passi che non si vogliono compiere, come affrontare con decisione la copertura dei costi secondo un catalogo di prestazioni di base coperto dall'assicurazione di base con i contributi dello Stato, lasciando decisamente alle assicurazioni complementari la copertura delle prestazioni non indispensabili, incluse le degenze in semiprivato e privato, senza alcuna partecipazione dello Stato. Ma evidentemente alle Casse malati questo non interessa e lo Stato, profondamente a loro assoggettato, si guarda bene dal portare avanti un simile concetto.

Ancora alcune parole sul tasso di ricoveri. In Ticino nel 2001 era di 182 per mille, mentre la media nazionale di 146 per mille: sarebbe una prova che in Ticino si pratica medicina inutile. Faccio semplicemente notare che in un ospedale come quello in cui opero, almeno tra il 30% e il 40% dei ricoveri riguardano anziani che sono già stati ricoverati durante l'anno in corso. Sono persone in precario equilibrio al loro domicilio che al nord delle Alpi, vuoi per un maggior atteggiamento protettivo, vuoi per maggior disponibilità di posti in case per anziani, sarebbero già stati internati in un istituto per persone attempate (in Ticino, come indica il messaggio, mancano 1000 letti in simili strutture). Ecco una possibile spiegazione per questo esubero. Per quanto riguarda le giornate di cura, pure più numerose in Ticino (17.7% in più), possono in parte valere le medesime considerazioni, però molte altre sono le variabili che determinano un eventuale prolungamento o una riduzione della cura di un paziente fragile: le condizioni della vita a domicilio, la disponibilità dei servizi di aiuto domiciliare, la disponibilità di letti in strutture per anziani. Evidentemente un margine di riduzione è possibile.

Qui s'inserisce la mia posizione di fronte a questa nuova massiccia riduzione di posti letto. Sono seriamente preoccupato che, senza un adeguato compenso sul versante case per anziani, semplici e medicalizzate, questa misura si traduca in un ulteriore disagio proprio per quegli anziani in precario equilibrio che vogliono o devono rimanere a domicilio.

Ho la certezza che non siamo di fronte a una reale misura di contenimento di costi – come abbiamo visto mal documentata – ma che la pianificazione si iscriva in un piano di controllo statale dell'attività ospedaliera, quando compito dello Stato è invece stabilire cosa è indispensabile e cosa opzionale, dunque cosa pagare e cosa no. È un passo d'ulteriore statalizzazione e implicitamente di "cassamalatizzazione", dal momento che lo Stato svizzero sta sempre più cedendo di fronte alla monopolizzazione della salute da parte delle Casse malati, vero e proprio Stato nello Stato. Il risultato è la penalizzazione di strutture private, ben gestite e dagli ottimi risultati (come ammesso da tutti), causando

perdite di posti di lavoro, di occasioni di confronto per la medicina dello Stato, di posti di degenza con un costo inferiore.

Quindi, da parte mia viene un *no* a tutti e tre gli atti politici.

*No* al messaggio del Consiglio di Stato per aver ceduto al ricatto della LAMal e non aver lottato per far valere misure più incisive per una riduzione della spesa pubblica nella sfera delle degenze ospedaliere. Se il Ticino avesse optato per un altro tipo di pianificazione, mi sarebbe piaciuto vedere se la Confederazione non l'avrebbe accettata.

Critico poi la mancanza di un criterio nella scelta di cosa tagliare. Nella pianificazione dei letti psichiatrici, malgrado di fatto abbiamo una disponibilità inferiore alla media svizzera e malgrado tutte le raccomandazioni scientifiche di creare, in psichiatria, unità piccole, si evoca perfino l'economia di scala per chiudere la Clinica Alabardia. È una scala piuttosto sdrucchiolevole se si pensa che i dati sul numero critico di pazienti per un'ottimizzazione delle risorse si applicano in particolare agli istituti con grossi investimenti infrastrutturali (ad esempio sale operatorie o cure intense o sale parto) e non certo a strutture di tipo prevalentemente alberghiero e poco care come ad esempio proprio la Clinica Alabardia. Anzi, andiamo a gravare strutture più grandi e più care (vedi la Clinica psichiatrica cantonale con il costo più alto del Cantone, il doppio della clinica di S. Nazzaro) peggiorando ineluttabilmente la qualità delle cure. Perdonatemi colleghi, ma l'unico valido criterio pianificatorio per quest'inadeguata mossa è la mancanza di un sufficiente sostegno politico. Nessun consigliere d'amministrazione nel Legislativo, nessun amico, nessun invito a cena.

Il sostegno alla Clinica Humaine si è invece fatto sentire più forte. A questo riguardo mi preme ricordare come la Lega dei ticinesi, a suo tempo, quando si discusse questa realizzazione, già espresse pubblicamente il suo scetticismo, soprattutto in relazione al suo gestore, la Cassa malati Helvetia, diventata poi Helsana. Ma ora, quando da poco più di 10 anni si è permessa la sua realizzazione, la sua chiusura è un vero e proprio sopruso totalitario e statalista.

*No* al rapporto di maggioranza, perché malgrado formuli critiche puntuali sostanzialmente si adegua al disegno del Consiglio di Stato.

*No* anche al rapporto di minoranza, del quale comunque sottoscrivo tutta la prima parte, la critica puntuale alla pianificazione e al ruolo di Santésuisse. Però il rapporto cade nello stesso errore e propone una sua alternativa. Punto debole è il ridurre ulteriormente letti qua e là indebolendo gli istituti e proponendo ulteriori tagli nel settore pubblico pure molto penalizzanti. Risultato: non solo con tutta probabilità poco risparmio, ma probabilmente, in certi casi, un aumento del costo della degenza media.

Aver messo un simile problema in mano al nostro Legislativo è equivalsò a scatenare interessi di singoli in posizioni di responsabilità nei confronti di alcuni istituti e posizioni ideologiche contrapposte; tutti a perdere energie per trovar ragioni là dove non ve ne sono e soluzioni alternative che d'alternativo hanno ben poco. È lecito domandarsi se questo esercizio abbia avuto un senso. Io non voglio assumermi responsabilità in quest'azione illiberale, che soffoca iniziative interessanti, ben gestite, consolidate da anni ed evita di affrontare frontalmente il problema dei costi del settore ospedaliero e di conseguenza dell'aumento vertiginoso delle rette delle Casse malati.

*No* alla chiusura forzata di due istituti di cura in nome di una pianificazione di stampo statalista (e, come ho spiegato, "cassamalartista"). Se istituti si dovranno chiudere, dipenderà da scelte libere e responsabili di chi le guida, sulla base di dati e considerando i vari fattori in gioco: tariffari, riduzione delle risorse, forfait per patologia, eccetera.

*No* a misure dolorose per il personale, invocate a scopo di risparmio, quando il risparmio non è sufficientemente e seriamente studiato.

No ad ulteriori difficoltà per i nostri pazienti, sballottati per tutto il Cantone alla ricerca di un posto di degenza, catapultati poi fuori dagli ospedali ancor prima della fine della cura.

Non sono disposto ad accettare ulteriormente il ricatto di Santésuisse, perché contro qualsiasi misura di pianificazione che non comporti riduzione d'istituti il ricorso è assicurato. Sarebbe il ricorso di un ente che consolida sempre più una gestione della salute a scopo di profitto, dove il profitto (tra il 15% e il 20% del budget) si maschera sotto le fantomatiche riserve "imposte" da uno Stato connivente e si tramuta sotto i nostri occhi in investimenti mobiliari e immobiliari faraonici e nessuno fa nulla, salvo, lo ammetto, qualche grido d'allarme perfino della nostra Consigliera di Stato signora Pesenti, che ho molto apprezzato.

Sì a misure di risparmio mirate, studiate, come molte già in atto. Sì ad uno sforzo concertato per ridurre la durata della degenza dei pazienti anziani e fragili migliorando l'accoglienza della società. Non escludo invece l'adozione di strumenti di riduzione delle risorse; magari un filo di razionamento non fa male. Ma soprattutto sì ad una protesta corale nei confronti di uno Stato che non sa più prendere in mano i costi della salute ed è incapace di gestire la salute pubblica come ha saputo gestire l'AVS, l'AI, l'INSAI. Auspico che finalmente si assuma la responsabilità di un sistema di cure di base finanziato da un'assicurazione malattia per le prestazioni di base a carico di tutti i cittadini proporzionalmente al reddito, confinando finalmente in un angolo Santésuisse senza farsi mettere sotto i piedi, lasciando alle Casse malati solo le assicurazioni complementari per ciò che è non indispensabile.

Per questo io non entrerei in materia in nessun oggetto e invito i colleghi critici a fare altrettanto, rimandando la pianificazione ospedaliera al Consiglio di Stato. Subordinatamente accetterò solo le proposte di mantenimento delle due cliniche minacciate.

GEMNETTI F. - Intervengo per motivare la mia astensione dal voto, sia sul rapporto di maggioranza, sia sul rapporto di minoranza.

La prima considerazione è che il messaggio è deludente per quanto riguarda le motivazioni delle scelte pianificatorie fatte, che comportano la chiusura di tre istituti e la messa in pericolo di parecchi posti di lavoro. In Commissione siamo giunti alla constatazione che le proposte del gruppo di lavoro governativo hanno carattere di equilibrio politico, ma non sono fondate su convincenti argomenti tecnici, ad esempio su calcoli incontestabili oppure sugli accertamenti del fabbisogno dei pazienti ticinesi. Sia il rapporto di maggioranza sia quello di minoranza danno atto di queste carenze.

L'obiettivo della proposta di pianificazione è sì quello di risparmiare 24 milioni di franchi, ma lo scopo finale è un sostanzioso contenimento dei premi delle Casse malati. L'esame delle modalità di calcolo di questo risparmio, che dovrebbe avere come conseguenza una riduzione dei premi di Cassa malati, non ha permesso di avere certezze. Nel messaggio c'è solo un'indicazione di calcolo del tutto virtuale, fondata su ipotesi riferite al risparmio conseguito con la pianificazione precedente. La nostra Commissione ha speso parecchie sedute a porre domande sulla reale portata del risparmio conseguito. Dalle risposte del DSS è risultato che non si è in grado di provare quanto si sia effettivamente risparmiato con la prima pianificazione. Non ci sono concrete prove che il risparmio effettuato sia stato di 52 milioni e non è stato possibile misurare l'effettivo risparmio conseguito, poiché non vi sono tutti i dati necessari a compiere paragoni con la situazione precedente. Addirittura il gruppo di lavoro governativo neanche disponeva del conto sanitario cantonale aggiornato.

Non posso nascondere la mia disapprovazione per questo modo di procedere a una pianificazione che comporta perdite di posti di lavoro, chiusure di strutture importanti per le nostre regioni e sacrifici per il rimanente personale sanitario delle altre strutture, che risulteranno maggiormente caricate di lavoro, con la conseguente perdita in qualità.

La verifica compiuta dalla nostra Commissione ha evidenziato che il motore su cui è fondata questa pianificazione sono le richieste delle assicurazioni di Cassa malati, che hanno dettato chiare condizioni al Cantone. In altre parole, la pianificazione è, per legge, di competenza del Cantone e del Gran Consiglio, ma essa è invece stata l'affare di un diktat delle assicurazioni: o mangi la minestra e tagli letti e chiudi cliniche nel Sopraceneri o salti dalla finestra, poiché le casse ricorreranno al Consiglio federale e ridurranno a tutte le strutture le tariffe riconosciute sinora. A proposito del ricorso, io sollevo qualche dubbio sulla legittimazione che potrebbe avere Santésuisse a ricorrere nel caso in cui Helsana, come ha già avuto modo di dichiarare pubblicamente sui giornali, dovesse dissociarsi dall'appoggiare il ricorso. Proprio perché la clinica di Sementina non è più considerata nella pianificazione proposta.

Vi è poi un altro elemento che appare contraddittorio. Le cifre e i dati sui quali è stata compiuta la pianificazione sono quelli messi a disposizione da Santésuisse, ossia dalla Federazione delle Casse malati. Ma, nella sua conferenza stampa di fine settembre 2005, il DSS ha chiaramente sconfessato la validità delle cifre usate da Santésuisse per quantificare i costi sanitari ticinesi e per giustificare la fissazione dei premi, aumentati nel 2006 di oltre il 6%, accusando le Casse malati di gestione poco chiara e trasparente delle cifre. Allora ci si chiede: se il DSS non ritiene affidabili queste cifre, come possiamo credibilmente fondare su di esse la pianificazione attuale? E se il risultato della prima pianificazione, cioè del taglio di oltre 400 posti letto in Ticino, è stato quello di portare a un aumento del 6% i premi di Cassa malati, dov'è il contenimento dei costi e dei premi? I fatti portano a concludere che non è con il sistema adottato del taglio di letti ospedalieri che si consegue il voluto contenimento dei costi. Se le cifre delle assicurazioni non sono affidabili e la pianificazione fondata su questi dati non blocca gli aumenti dei premi, allora l'esercizio andrebbe rifatto di nuovo, chinandosi su altri dati concreti e confrontabili, con una nuova impostazione della pianificazione, che tenga conto ad esempio della razionalizzazione dei mandati di prestazione.

Tutte queste perplessità sono state sollevate in Commissione senza trovare grandi risposte. Per parte mia, malgrado tali perplessità e per dare prova di responsabilità politica, visto che mi sembra innegabile la necessità di una pianificazione che porti a concreti risultati di contenimento dei costi e dei premi assicurativi, avrei potuto approvare la proposta di provvisorio compromesso del rapporto di maggioranza, a condizione che esso fornisse chiare indicazioni per la prossima pianificazione e, come proposto dal collega Del Bufalo, esplicitasse la volontà di trovare una soluzione per salvaguardare la Clinica Humaine di Sementina. A maggior ragione in una pianificazione che si vuole dichiaratamente più politica che tecnica, non si possono ignorare le oltre 10'000 firme di cittadini raccolte nella regione a favore della clinica di Sementina, così come gli appelli formali lanciati dalle autorità politiche della regione. Mi sembra altrettanto innegabile che non ci sono ragioni di scarsa qualità o resa che giustificano la chiusura del reparto riabilitativo di Sementina, che gode di ottima fama ed è apprezzato da tutti i medici del Cantone. Il rapporto di maggioranza non ha voluto tenere conto di ciò, e quindi non ritengo giusto appoggiarlo. Appoggerò invece l'emendamento che va in questo senso.

Per quanto riguarda il rapporto di minoranza, fortemente voluto dal collega Righinetti, ritengo che non spetti ad una commissione parlamentare di milizia rifare, senza disporre di dati scientifici adeguati, un lavoro che avrebbe dovuto essere compiuto sulla base di pareri

tecniche formulati da esperti, soprattutto medici e operatori sanitari, che non sono invece stati tenuti in grande considerazione, con un obiettivo di valutazione scientifica e di raccolta di dati provenienti dai risultati accertati e concreti della prima pianificazione.

Ritengo che si sarebbe dovuto coerentemente rinviare il messaggio al Governo, chiedendo una nuova e più adeguata impostazione della pianificazione. Siccome così non è stato, non posso far altro che dichiarare la mia astensione dal voto su questo messaggio.

PESTONI G. - La decisione che stiamo per prendere oggi è una di quelle che tutti vorremmo evitare: la chiusura di istituti è in un certo senso un fallimento e un fatto negativo. Tuttavia l'aumento dei costi della salute (2.5 miliardi di franchi in Ticino, fr. 8'000.- per abitante) ci obbliga a prendere decisioni anche gravi. A questo proposito desidero formulare tre inviti al Consiglio di Stato.

1. La pianificazione ospedaliera vuole ridurre il costo degli ospedali e delle cliniche, che attualmente ammonta a 700 milioni di franchi. Non dobbiamo però dimenticare che ci sono altri fornitori di prestazioni. Ne cito due soltanto: i liberi professionisti (560 milioni) e le farmacie (260 milioni), che assieme costano di più di ospedali e cliniche. Invito quindi il Governo a prestare attenzione anche agli altri attori, perché il margine di risparmio, nella medicina, è elevato non soltanto negli ospedali e nelle cliniche.
2. I costi della salute per le famiglie sono sempre più insopportabili. So che le competenze del Governo sono limitate, ma esso dovrebbe prestare a mio giudizio maggiore attenzione e promuovere e sostenere forme più sociali di ripartizione della spesa sanitaria.
3. Il terzo invito riguarda il personale che le prospettate chiusure di cliniche lasceranno senza lavoro. In merito è intervenuta anche la collega Pelossi. Credo che il personale sanitario non avrà difficoltà a trovare una possibilità di collocamento nelle strutture ospedaliere della regione; ci sono però tutti gli altri. Rivolgo quindi un caloroso invito al Governo a seguire con attenzione e a favorirne il collocamento in altre strutture.

In conclusione, io credo che se otteniamo una riduzione dei costi complessivi della salute e una riduzione dei costi per le famiglie, e se evitiamo che le chiusure comportino problemi per i dipendenti interessati, avremo compiuto un buon lavoro.

TORRIANI A. - La soluzione prospettata dalla pianificazione proposta non fa altro che accendere diatribe di carattere regionale, nonché rivalità fra ospedali pubblici e ospedali privati e non porta comunque gli sperati risparmi, cosa che è ancora tutta da dimostrare.

Con la chiusura della Clinica di Sementina resterebbero in Ticino solo due centri di riabilitazione, quello di Novaggio e quello di Brissago, che sono ubicati in posti idilliaci, ma discosti, causando spese supplementari agli assicurati che devono spostarsi su tragitti più lunghi e la penalizzazione dei pazienti per quanto riguarda le visite dei famigliari. Come ben si evince dal rapporto di minoranza l'importante struttura della Clinica Humaine di Sementina va mantenuta efficiente sia per l'eccellente qualità sia per la sua centralità sul territorio e non da ultimo perché è l'unica a livello cantonale a disporre di infrastrutture complete e ideali, che non necessitano di ulteriori investimenti almeno a breve termine. L'eventuale decisione di una sua soppressione causerebbe sicuramente un netto peggioramento dell'assistenza sanitaria nell'ambito regionale e cantonale.

Tutte queste argomentazioni sono riportate in dettaglio nell'ottimo e propositivo rapporto di minoranza redatto dal collega Righinetti.

Pur comprendendo l'esigenza di ridurre i costi della salute mediante una riorganizzazione del settore, alcune ragioni dovrebbero comunque indurci a una maggiore riflessione. Le prestazioni fornite agli utenti ne risentiranno: il bacino del Bellinzonese conta circa 45'000 residenti e la chiusura della Clinica di Sementina costringerà gli utenti a lunghi e poco razionali spostamenti. Ne risentirà anche l'occupazione nella regione: la chiusura comporterà la perdita di un notevole numero di posti di lavoro, con pesanti ripercussioni anche finanziarie sui Comuni della regione.

Non dimentichiamo che in favore della Clinica di riabilitazione di Sementina è stata addirittura promossa una petizione popolare che ha raccolto in pochi mesi oltre 10'000 firme, una cifra che si commenta da sola. L'atto popolare è conosciuto dalla Commissione speciale pianificazione ospedaliera. Il rapporto di maggioranza, anche se sottoscritto da sindacalisti, non tiene conto della volontà popolare e della perdita di posti di lavoro e chiede la chiusura di Sementina, mentre il rapporto di minoranza propone di accettare la petizione e pertanto di non chiudere la struttura in oggetto.

Vi ricordo che, secondo l'autorevole parere del giurista del Gran Consiglio, la nostra decisione non è soggetta a referendum. Pertanto il destino della petizione è solo e unicamente nelle mani del plenum di questo Gran Consiglio: se verrà accettato il progetto del Consiglio di Stato, la petizione sarà bocciata; nel caso in cui venisse accettata l'alternativa oggetto del rapporto di minoranza, la petizione sarebbe accolta. In ogni caso, con la votazione del Parlamento essa sarà considerata evasa.

Concludendo, vi richiamo all'importante responsabilità, la nostra, che dovrebbe anche tener conto delle legittime richieste della popolazione, che vi assicuro non hanno carattere di campanilismo, come spesso accade, ma sono esigenze dettate dal buon senso e di estrema importanza per la regione.

Per queste ragioni, anche se i giochi sembrano ormai fatti, complimentandomi con il collega Righinetti per l'ottimo rapporto e per le coraggiose proposte che ha portato, vi invito a votare il rapporto di minoranza. Esso dopo tutto risulta essere ancora più economico, prevenendo un maggior risparmio di 2.4 milioni e prevedendo la soppressione di 43 letti in più di quanto proposto dal messaggio.

MERLINI G. - In Ticino quando ancora non era iniziato l'esercizio delle pianificazioni avevamo 7.4 letti per mille abitanti, mentre in seguito alle pianificazioni adottate dal Governo siamo riusciti a portare la densità di letti a 6.12 per mille abitanti, avvicinandoci alla media svizzera di 5.9 letti per mille abitanti. Ma evidentemente sono ancora troppi: di qui la necessità di ridurli ulteriormente di un paio di centinaia (204 secondo il messaggio governativo, 207 secondo il rapporto di maggioranza, che contempla alcune lievi modifiche).

Fin qui il consenso in questo Parlamento – chiamato per la prima volta ad approvare la pianificazione ospedaliera in seguito a una discutibile opinione – mi sembra assodato. Le opinioni si sono invece divise sulle modalità di riduzione del numero dei posti letto: la maggioranza (e io con lei) ritiene che per poter conseguire contenimenti effettivi dei costi a carico delle Casse malati non ci si possa limitare a decurtare letti, ma occorra procedere anche alla chiusura di istituti, come raccomandato in modo vincolante dal Consiglio federale. Il motivo è evidente e non dovrebbe sfuggire neppure al relatore di minoranza: riducendo linearmente il numero di letti non si fa altro che ripartire i costi fissi di una struttura su meno giornate di cura col "bel" risultato di accrescerne il costo unitario. Non per niente anche l'ultimo studio del prof. Filippini evidenzia che ospedali acuti e semistazionari, per essere efficienti dal profilo economico e sanitario, devono disporre di

un numero minimo di letti, al di sotto del quale non possono più essere prodotte le indispensabili economie di scala. Certo, riconosco che vi è un margine di opinabilità sulla scelta specifica di escludere dalla lista ospedaliera proprio le cliniche Alabardia e Humaine, ma non mi risulta che finora chi si oppone alla loro chiusura abbia avanzato proposte alternative, salvo il dottor Soldati oggi che ha ventilato Novaggio. Eppure la coerenza suggerirebbe di dire chiaro e tondo quali altre strutture andrebbero chiuse in luogo delle due citate.

Cominciamo da Sementina: qui ci muoviamo nel settore della riabilitazione cardiologica e quindi non ci sono molte altre scelte possibili. Le uniche due alternative sono la chiusura del reparto di riabilitazione dell'Ospedale di Faido o della Clinica di Novaggio. Ora, se la scelta di rinuncia cadesse su Faido, si tratterebbe di un'opzione a dir poco sconsigliata, perché la ristrutturazione proprio di questo reparto è appena terminata nell'ambito dei lavori di ammodernamento dell'Ospedale di zona della Leventina, votati da questo Parlamento nel 1997 con la scelta saggia di creare un reparto di riabilitazione di 25 letti dopo la chiusura dei reparti di chirurgia e ginecologia. E se invece la decisione cadesse su Novaggio (sempre riconosciuta dalle pianificazioni precedenti come clinica riabilitativa nel Sottoceneri con 65 posti letto)? Il relatore di minoranza non avrà sicuramente scordato, come malcantonese, cosa avvenne nel 2002 quando la Confederazione stava per vendere Novaggio a un gruppo privato: fioccarono subito interventi dell'Associazione dei Comuni della regione Malcantone e dell'Associazione per la difesa del servizio pubblico, nonché un'interrogazione<sup>3</sup> dei deputati Arigoni, Bignasca, Duca-Widmer e Righinetti, per esortare il Cantone e l'EOC ad acquistare la clinica. La Confederazione fissò poi condizioni precise per la cessione della clinica all'EOC, tra cui quella di mantenere la missione di riabilitazione e di procedere agli indispensabili interventi di ristrutturazione per un importo complessivo di circa 25 milioni, di cui 13 a carico della Confederazione stessa. Accettando queste precise condizioni l'EOC poté ottenere la cessione di una proprietà del valore di 30 milioni a titolo gratuito (si noti che la Confederazione aveva realizzato negli ultimi anni investimenti per oltre 20 milioni di franchi). Quindi anche questa rinuncia si rivelerebbe improponibile.

E passiamo ora all'Alabardia: intanto è ben vero che l'ambito psichiatrico è l'unico nel quale il nostro Cantone già rientra nei parametri della media nazionale con 1.05 posti ogni mille abitanti, ma ciò nondimeno è difficilmente contestabile che è sicuramente auspicabile concentrare tutta la psichiatria stazionaria del Sopraceneri presso un solo istituto in modo tale da conseguire risparmi effettivi. La Clinica Santa Croce di Orselina già vanta una capacità di accoglienza sufficiente e dispone della struttura logistica necessaria per assorbire i posti letto della clinica Alabardia. Solo così è possibile disporre di una struttura di qualità nel Locarnese, a costi infrastrutturali contenuti, che possa prendersi carico di tutta la casistica psichiatrica (anche di quella grave) con la possibilità di garantire anche ricoveri coatti, a favore anche del Bellinzonese e del Sopraceneri in generale. La Clinica Santa Croce potrà quindi rappresentare davvero un polo alternativo alla Clinica psichiatrica cantonale di Mendrisio, costantemente sovraoccupata.

La proposta alternativa di Righinetti è accattivante – sono il primo a riconoscerlo, come ho sempre riconosciuto il suo diritto a impegnarsi per salvare due cliniche dalla chiusura – ma pericolosa perché si limita a ridurre in modo più o meno lineare i letti nei singoli istituti (meno 247 anziché meno 204) rinunciando però a chiudere istituti. Come conseguenza rischia di compromettere seriamente la solidità delle strutture esistenti, inoltre le piccole

---

<sup>3</sup> Interrogazione no. 171.02: *Ripresa della Clinica federale di riabilitazione di Novaggio da parte dell'Ente Ospedaliero cantonale*, Giuseppe (Bill) Arigoni e cofirmatari, 11.10.2002.

strutture subirebbero importanti decurtazioni di letti (fino al 25%), ma senza nessun beneficio per la possibilità di contenere i costi fissi (anzi).

È per queste ragioni che vi invito a sostenere il rapporto di maggioranza. Se sono il primo a riconoscere che questa pianificazione avrebbe sicuramente potuto riuscire meglio, forse essere anche più soddisfacente, ma è sicuramente quella che garantisce con maggiore probabilità di raggiungere quei contenimenti di costi che dobbiamo assolutamente conseguire se vogliamo dare un piccolo contributo al contenimento dell'aumento dei premi di Cassa malati in Ticino. Probabilmente è vero che c'è stata una componente di pressione da parte delle Casse malati, ma è la legge che prevede questo meccanismo, quindi non possiamo non tenerne conto. A chi dice che non dobbiamo rimanere assoggettati alle indecorose pressioni da parte delle Casse malati, rispondo che saranno pressioni, forse indecorose, ma è la legge a prevedere questi meccanismi. Potrebbe accadere che Santésuisse disdica alla prossima scadenza le singole convenzioni tariffali, riducendo le tariffe, e causando così oneri maggiorati anche per il Cantone. Questa conseguenza dovrebbe essere aborrita anche da chi invoca sempre, giustamente, maggiori risparmi e maggiori contenimenti di spesa; fra questi anche il nostro amico Righinetti. Cerchiamo di essere coerenti e appoggiamo il rapporto di maggioranza.

RICCIARDI R. - Ho dichiarato fin dalla prima seduta della Commissione speciale della pianificazione ospedaliera la mia preoccupazione per il fatto che nel documento di pianificazione e nel messaggio governativo che l'accompagna non si facesse alcun accenno – contrariamente alla precedente pianificazione – ai problemi del personale e ai gravi effetti occupazionali che ci saranno in caso di chiusura delle cliniche di S. Nazzaro e di Sementina, con altrettanto importanti ricadute negative a livello di economia regionale.

Oggi ribadisco che l'attenzione verso il personale è rimasta del tutto in secondo piano. Infatti, sia l'esito dell'incontro chiesto dal personale delle due cliniche e dal sindacato con la direttrice del DSS Pesenti a metà del mese di febbraio sia le assicurazioni date dal Consiglio di Stato e dal Dipartimento in sede commissionale risultano del tutto insufficienti per garantire di affrontare efficacemente le conseguenze che dovranno sopportare i collaboratori delle due cliniche minacciate di chiusura.

Non sono certo le considerazioni del rapporto di maggioranza a rassicurare i dipendenti, che si troveranno nella condizione di dover cercare un nuovo posto di lavoro. Come sappiamo il mercato del lavoro del settore si è in questi ultimi anni stabilizzato ed è molto meno in crescita di quanto si vuole fare credere. Al punto tale che tra il 5% e il 10% degli assistenti di cura e degli infermieri che hanno concluso la formazione nell'anno scolastico scorso nelle nostre scuole cantonali risultano disoccupati. Se alle difficoltà occupazionali del personale diplomato aggiungiamo quelle del personale terapeutico e del servizio alberghiero possiamo farci un'idea della situazione drammatica con cui saranno confrontate queste persone.

Contrariamente a quanto lascia intendere il rapporto del collega Righinetti, la mia posizione è contraria al messaggio del Consiglio di Stato proprio perché propone la chiusura di due cliniche, di cui è riconosciuta l'utilità pubblica, che lavorano con oltre il 70% di pazienti assicurati per il reparto comune e che hanno acquisito nell'ambito delle cure psichiatriche e riabilitative un'esperienza di lavoro consolidata con apprezzate prestazioni in favore dei pazienti ticinesi.

Molti hanno evidenziato il limite maggiore di questo progetto di pianificazione: l'aspetto politico prevale sui criteri tecnici, che avrebbero dovuto ordinare le scelte pianificatorie in

un campo così sensibile come quello sanitario. La proposta del Consiglio di Stato, diciamo, non soddisfa nessuno, anzi rende scontenti molti degli attori del settore.

Devo dire che in Commissione si è voluto inizialmente tentare di capire se esistesse il consenso politico per decisioni diverse da quelle proposte dal Governo, che permettessero, in particolare, di non chiudere i due istituti ospedalieri privati che lavorano nel campo della riabilitazione e della psichiatria. La Commissione ha dovuto prendere atto, dopo la discussione nei gruppi parlamentari, che questo consenso non esisteva.

Il rapporto di maggioranza rileva che è mancato un impegno serio in favore di progetti concreti per salvare l'attività di questi due istituti, come pure una loro eventuale destinazione ad altre attività sanitarie o sociali e indicazioni sul ricollocamento del personale attualmente occupato.

In altre occasioni vi fu un impegno molto diverso, ad esempio quando si trattò di progettare la riconversione delle cliniche di Arzo e di Sonvico, e, in questa stessa pianificazione, quando si trattò di prevedere il futuro dell'Ospedale di San Donato a Intragna. Penso anche in particolare, per essere stato relatore sulla petizione che chiedeva la riconversione dell'allora Ospedale di Cevio, alla Valle Maggia, dove si riuscì a coinvolgere attivamente la popolazione fruitrice di quei servizi e il personale in un progetto di notevole importanza, che permise appunto di orientare diversamente e verso nuovi utenti (quali gli anziani e gli invalidi adulti) i letti acuti di Cevio.

Il rapporto di minoranza nonostante si dipinga come paladino anche degli interessi del personale (oltre che di quelli dei proprietari) rivela purtroppo gli stessi limiti di quello di maggioranza per quanto riguarda la posizione del personale. Aumenta innanzitutto il numero di letti soppressi a 247, incurante delle conseguenze che anche in questo caso ricadrebbero sul personale. È chiaro che gli effetti si farebbero sentire in modo doloroso anche negli ospedali dell'EOC, perché la soppressione di oltre 40 letti a Bellinzona e a Lugano non sarebbe senza conseguenze. È certo che in questi istituti verrebbero persi da 15 a 20 posti di lavoro di infermieri e ridotto il personale del servizio alberghiero e dei servizi generali.

Se è vero, come è vero, che la Direttrice del DSS non più tardi di qualche giorno fa nel discorso pronunciato durante il Forum della salute ha dichiarato che *«in Ticino la spesa ospedaliera è sotto controllo, non aumenta o addirittura diminuisce, mentre viene mantenuta e addirittura migliorata l'offerta di cure»*, il personale (e noi con lui) non si capacita di questa inflessibile volontà di volere sopprimere 247 letti nei nostri ospedali secondo il rapporto di minoranza, ovvero 200 letti con la chiusura di due cliniche secondo la proposta del Consiglio di Stato e del rapporto di maggioranza.

Come è possibile, a questo punto, uscire dall'impasse provocata dalla contrapposizione tra i due rapporti commissionali? La prima cosa da dire è che abbiamo capito, sia dall'intervento del capogruppo liberale Dell'Ambrogio sia dal recente articolo scritto dal presidente del PLR, che non c'è alcun ritengo a sacrificare e a far subire al personale le conseguenze di questa pianificazione, non riconoscendo di fatto che il personale costituisce la prima risorsa di un istituto di cura.

Una via possibile, secondo noi, è quella di adoperarsi da subito e concretamente per verificare l'accorpamento o la collaborazione tra gli istituti esistenti (anche con una partecipazione pubblica verso una clinica privata), che consentano di salvare l'attività svolta in ambito riabilitativo (Sementina) e psichiatrico (S. Nazzaro) e i posti di lavoro dei 130 dipendenti occupati nelle due cliniche.

In ogni caso, il ruolo del Consiglio di Stato, e per esso del DSS, è irrinunciabile. È indispensabile che la Direttrice del DSS si impegni formalmente a svolgere un ruolo di mediazione tra gli istituti per salvare attività e posti di lavoro e si faccia garante per un

progetto di ricollocamento del personale (di cura, terapeutico e dei servizi generali), che a seguito della riduzione di posti letto potrebbe perdere il lavoro.

Ritengo, con alcuni colleghi, che la proposta di emendamento presentata dal collega Caimi si configuri come una soluzione transitoria che da un lato consente di discutere come ripensare la ripartizione dei centri ospedalieri nella specialità delle cure riabilitative e dall'altro favorisce la verifica dell'esistenza dello spazio per salvare o riconvertire almeno una delle due cliniche e conseguentemente i posti di lavoro del personale.

DEL BUFALO A. - Gli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto non hanno centrato il nocciolo del problema oggi in discussione. Quando il messaggio del Consiglio di Stato è arrivato in Commissione speciale pianificazione ospedaliera a nessun commissario è andata a genio la proposta; i motivi, viste le estrazioni ideologiche differenti di tutti i commissari, evidentemente erano diversi. All'atto pratico stiamo discutendo di un "risparmio" che sarà in realtà solo un minor aumento di spesa, che può essere valutato intorno all'1% della spesa sanitaria annua del nostro Cantone, stando ai dati contenuti nel conto sanitario, pubblicato nel corso di quest'anno. Quest'opera del resto è monca, perché mancano dati sul finanziamento della spesa sanitaria e la sua ripartizione fra chi paga e chi ne beneficia, così come il Gran Consiglio aveva richiesto approvando la legge che ne domandava la pubblicazione annuale. In ogni caso, nessuna Commissione ha chiesto o desidera chiudere cliniche, sopprimere posti di lavoro, ma quando si parla di costi della salute spesso ci si dimentica che essi sono generati da impieghi, da volumi di acquisti e da investimenti e che necessariamente ridurre i costi significa ridurre le singole voci di spesa. Gli stessi sindacalisti se chiedono aumenti salariali in un regime di budget globale chiedono automaticamente una riduzione dei posti di lavoro. Meno posti, pagati meglio. Non si scappa. Il prodotto deve restare costante.

Quindi, una volta esaurite le audizioni, e una volta che tutti i commissari hanno potuto formarsi un'opinione approfondita in merito, gli scenari ai quali eravamo confrontati in Commissione erano tre: rispedire al mittente l'oggetto della trattanda, cosa che istintivamente tutti i commissari hanno pensato, ma che poi per ragioni di opportunità politica nessuno ha proposto, soprattutto dopo aver sentito l'opinione dei rispettivi gruppi. Un'altra possibilità era rivedere a fondo la pianificazione, e anche questo è stato discusso nei gruppi, ma per vari motivi non è stato fatto. Non ritengo una revisione approfondita la proposta del rapporto di minoranza, perché non incide in maniera importante rispetto a quanto proposto nel messaggio in termini finanziari. Per cui restava, per esclusione, una soluzione, come al solito politica, ossia quella di turarsi il naso di fronte all'ennesima proposta che non soddisfa nessuno per mancanza di alternative. A questo siamo giunti soprattutto per un motivo: qualunque alternativa avrebbe dovuto ottenere l'avallo di Santésuisse. Senza il suo avallo questo Parlamento avrebbe messo in grave imbarazzo, per non dire in grosse difficoltà finanziarie, la maggioranza degli istituti ospedalieri, in quanto Santésuisse sarebbe e sarà autorizzata a chiedere una riduzione tariffale per tutti gli istituti ospedalieri cantonali. Ora, non occorre nemmeno demonizzare più di tanto Santésuisse, visto che perlomeno è stata coerente e si è fatta anche attrice di un atto di cannibalismo, visto che una delle due strutture sacrificate sull'altare di questa pianificazione appartiene al suo socio di maggioranza relativa. D'altra parte bisogna dire che i veri conflitti di interesse non avvengono in Ticino, ma a Berna. Basti pensare alla recente Commissione degli Stati che si è chinata sul problema del finanziamento ospedaliero, che era composta per quattro quinti da persone vicine alle principali assicurazioni malattie.

Tornando al problema dei costi sanitari, bisogna ricordare che essi oggi sono coperti solamente nella misura del 39% dall'assicurazione malattia che ricade sotto il vincolo LAMal; il resto è pagato dalle imposte e dai pagamenti diretti al di fuori dell'assicurazione malattia. La spesa è salita dal 1990, quando era di 1'163 milioni di franchi, a 2'459 milioni nel 2003, con un incremento percentuale rispetto alla media svizzera che è passato dal 100.6% al 115.2%. L'incremento maggiore si è avuto, secondo il Conto sanitario, tra il 1990 e il 1996. Cito il *Conto sanitario cantonale*, a pag. 64: «*Nei primi anni '90, probabilmente in seguito all'introduzione della Legge cantonale sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie (1987), nel Cantone Ticino vennero aperte diverse cliniche: Ars Medica 1989, Santa Lucia 1989, Al Parco 1991, Centro di Sementina 1994, Alabardia 1994, San Pietro 1995*». Poche sono sopravvissute all'introduzione della LAMal e al forzato ridimensionamento dell'offerta sanitaria e dei letti ospedalieri imposto dal Consiglio federale al Cantone Ticino.

Un ultimo accenno alla ripartizione della spesa sanitaria. Contrariamente a quanto sostenuto da Pestoni, gli istituti sanitari ospitanti ammontano da soli al 46.9% di tutta la spesa sanitaria cantonale, i liberi professionisti al 22.8% e i medicinali al 17.1%. Il vero problema ospedaliero del Cantone Ticino è che oltre alle cliniche private ha anche cinque ospedali pubblici. Fino a quando l'offerta ospedaliera si distingueva unicamente tra reparto di medicina e reparto di chirurgia, il Cantone Ticino poteva permettersi questa disseminazione di letti sparsa in tutto il Cantone, ma nel momento in cui il progresso medico richiede di avere un reparto di oftalmologia, uno di otorinolaringoiatria, uno di gastroenterologia, uno di cardiologia, eccetera non ci si può più permettere di disseminare in tutti gli ospedali del Cantone così tanti reparti specialistici. Le vere soluzioni al problema della pianificazione ospedaliera saranno sicuramente la corretta attribuzione di mandati oltre che di posti letto, ma soprattutto la verifica di come i mandati verranno applicati: il fatto di concedere un monopolio a una sola struttura, sia essa pubblica o privata, non significa ancora tenere sotto controllo i costi della medicina ospedaliera. Bisognerà forzatamente ricorrere a budget globali che quantifichino, sulla base degli studi richiesti dalla collega Gemnetti, le reali necessità di questo Cantone e dei suoi abitanti, pazienti e cittadini. Sarebbe interessante vedere un bando di concorso tra i vari attori protagonisti piuttosto che non decisioni di natura politica su chi autorizzare a fare cosa.

Infine, alcune considerazioni sulle altre voci di spesa. I costi causati dai liberi professionisti di fatto con l'introduzione del Tarmed sono plafonati. Se dovessero fatturare in eccesso, automaticamente, e non su richiesta di Santésuisse come per la pianificazione ospedaliera, il valore del punto diminuirebbe per mantenere l'equilibrio tariffale globale. Ciò che invece sorprende non sono i farmacisti, ma piuttosto le industrie farmaceutiche, che sfuggono alla cosiddetta regola della banalizzazione della tecnologia. Tutti noi sappiamo che il primo telefonino di nuova concezione costa dai 600 ai 1'000 franchi, ma che il milionesimo della stessa serie viene offerto a un franco o magari gratis se si sottoscrive un abbonamento. Questo nel mercato dei medicinali non avviene. Un medicamento nuovo viene inserito nella lista, ad esempio come antiipertensivo, con una indicazione ristretta a poche migliaia di pazienti; se la sua indicazione viene estesa a tutti i cardiopatici, ai pazienti che soffrono di insufficienza cardiaca e quant'altro, e quindi il numero di vendite e la cifra d'affari di questo medicamento aumenta in modo esponenziale, il suo prezzo di vendita rimane invariato. Questo è il vero problema da affrontare e non l'aumento delle franchigie a carico dei pazienti al 20% come proposto dal Consiglio federale.

Ho terminato il mio intervento. Vorrei cogliere l'occasione per ringraziare la segretaria della Commissione speciale pianificazione ospedaliera, Francesca Martini, per l'eccellente lavoro svolto.

PANTANI R. - Si sta parlando di *pianificazione*, ma io non la chiamerei così; io la chiamerei *appiattimento e assoggettamento ai voleri di altri*. Credo non sia piacevole per nessuno accettare e subire quello che decidono gli altri. Preferisco decidere io e mi piacciono i ricatti, da qualsiasi livello vengano. Non mi piace nemmeno essere offeso dalla gente istigata da sindacalisti che poi al momento del voto si astengono. Quando sento il presidente del partito di maggioranza relativa parlare di percentuali, di numero di letti ogni 1'000 abitanti, mi ricordo di Trilussa: se io mangio due polli e qualcun altro non ne mangia affatto, secondo la statistica abbiamo mangiato un pollo a testa. Le statistiche lasciano sempre il tempo che trovano.

Sentendo parlare di economia di scala in ambito ospedaliero, mi sono ricordato che nel 1971 si parlava del progetto di un grande centro ospedaliero sul Monte Ceneri, che avrebbe dovuto essere dotato di 400 letti. Oltre al problema del raggiungimento della massa critica, bisogna fare i conti con il fattore politico e quello sindacale. Il rapporto di minoranza prende atto delle cose esistenti, volute dal precedente potere politico; perciò ognuno si gratti i propri mali.

Ieri abbiamo inoltrato una risoluzione al Consiglio federale per difendere posti di lavoro in Ticino presso FFS Cargo. Oggi ho in mano una risoluzione del consiglio comunale di Sementina che chiede la difesa di 40 posti di lavoro. Se il Consiglio federale, come farà sicuramente, tratterà la nostra risoluzione come noi abbiamo trattato questa, anche se non l'avessimo inoltrata sarebbe stato uguale.

BERTOLI M. - Io credo che per affrontare questa decisione sia necessario partire da un dato ormai evidente a tutti: in Ticino si pagano premi di Cassa malati assolutamente esorbitanti, che sono diventati il problema principale per larghe fasce della cittadinanza. Non intendo addentarmi in discorsi che abbiamo già compiuto e credo torneremo a parlare ancora di questi temi. Al di là della divisione dei costi, c'è il problema dei costi in generale, dell'ammontare totale della fattura, che in qualche modo deve essere ridotto. Credo che su questo obiettivo siamo tutti d'accordo. Da qui arrivano gli stimoli per procedere a pianificazioni in un settore dove l'offerta è comunque più alta delle necessità.

Alcuni qui si sono improvvisati sindacalisti senza averne mai esercitato la professione e lo hanno fatto male, come in genere capita a chi tenta di praticare un mestiere che non gli compete. Una delle prime regole del sindacalismo è quella di evitare di combattere per alcuni a scapito di altri. Come ha spiegato correttamente Ricciardi, tagliando in un modo o tagliando in un altro, il risultato alla fine è sempre uguale: si tagliano posti di lavoro, visto che le spese maggiori sono dovute al personale. Ieri abbiamo condotto un discorso riguardante il personale, legato però a un'azienda che costituisce uno dei punti cardine della politica di trasferimento delle merci dalla strada alla ferrovia. La Svizzera prima vota una politica che vuole trasferire le merci dalla strada alla ferrovia poi taglia posti nella ferrovia azzoppando la sua politica. Nel caso della pianificazione si sta compiendo un'operazione che può anche essere dolorosa, e questo non lo voglio passare sotto silenzio, ma il cui obiettivo credo sia condiviso da tutti, prima di tutto dai cittadini. Quindi io sarei molto cauto nel fare sindacalismo "fai da te", perché si rischia di incorrere in clamorosi errori.

Sappiamo bene che la pianificazione è sotto la spada di Damocle di un ricorso delle Casse malati, le quali in ogni caso ci imporranno un ridimensionamento del settore ospedaliero, che in ogni caso si tradurrà in riduzioni di personale. Lo sappiamo perché è già avvenuto con la prima pianificazione e avverrà ancora in futuro, visto che ci sarà anche una terza pianificazione che avrà lo stesso risultato, da noi come in altri Cantoni, perché questa è la volontà di tutte le forze politiche e del Consiglio federale a cui spetta l'ultima parola in questa materia. In un modo o nell'altro, questa è una via obbligata. Cerchiamo di percorrerla nel modo più efficace e meno doloroso possibile.

Sapendo quali sono le esigenze sanitarie della nostra popolazione, credo che il settore sanitario (non tanto per quanto riguarda gli ospedali acuti, ma piuttosto gli altri settori paraospedalieri) soffra meno del problema di rioccupare le persone rispetto a quanto vale, per esempio, nel settore delle ferrovie. Probabilmente qualche problema ci sarà, e non è mia intenzione sottacerlo, ma credo che le necessità della popolazione si imporranno, non fosse altro che per quanto riguarda gli istituti per anziani.

Ho sentito in questo dibattito alcune affermazioni curiose. Pare che le Casse malati impongano il loro volere e che si debba sottostare al loro diktat; poi però si scopre che è assecondando il volere dei "cassamalatari" che si va a toccare proprio una Cassa malati. Allora mettetevi d'accordo. Queste storielle vanno bene al bar, ma non in quest'aula. A mio parere non siamo sotto il diktat di nessuno. Teniamo conto, come è giusto fare, dei meccanismi legali, che consentono alle Casse malati di ricorrere. Non tenerne conto sarebbe sciocco. Credo però che nessuno agisca solo per danneggiare qualcun altro o a scopo di vendetta personale.

Come nessuno è qui per condurre un grande dibattito sul confronto tra pubblico e privato. Il dottor Soldati, evidentemente partendo da pregiudizi contro la sinistra, ci appioppa una serie di stereotipi. Lui ha parlato di pubblico e privato partendo dal presupposto che il privato deve essere salvato a qualsiasi costo. Oltretutto portando una serie di argomenti contabili molto discutibili. Dottor Soldati, non surrettiziamente ma apertamente le dirò che io sono felice che metà dei conti ospedalieri siano pagati dalle imposte e penso che ne siano felici anche i ticinesi, perché altrimenti avrebbero dei premi di Cassa malati molto più alti di quelli attuali. Da quanto mi consta, la lobby delle cliniche private vorrebbe addirittura avere questo mezzo sovvenzionamento da parte dell'ente pubblico anche per le proprie private.

Ho sentito spesso in quest'aula discutere di priorità finanziarie e ho sentito spesso parlamentari e forze politiche, mi riferisco soprattutto all'UDC, accusare noi di incapacità di gestione, di sperpero, eccetera. In questo settore siamo tutti d'accordo – o almeno dovremmo esserlo – che un freno va messo, perché la nostra nazione è fra quelle che spendono di più fra i Paesi occidentali, e in essa per le sue spese il nostro Cantone ha un posto di rilievo. La nostra posizione mi pare sia in linea con l'idea di risparmiare dove si può e rendere efficace il settore e per questo ci si accusa di non fare i sindacalisti. Io credo che da qualche parte dovrete chiarirci un po' le idee. Io le idee le ho chiare. Quando si tratta di difendere posti che non si possono più ricreare, come i 100 posti cancellati nella scuola ticinese grazie alla famosa storia dell'ora in più, io sono in prima fila; quando invece si tratta di compiere una scelta, che comunque sarà imposta, in un settore dove comunque si apriranno nuove opportunità, accetto la scelta obbligata. Sentire lei, Dottor Soldati, così solerte a tagliare posti di lavoro e a chiedere all'ente pubblico riduzioni del 2% all'anno del personale, fare oggi il sindacalista mi lascia parecchio perplesso.

*La discussione di entrata in materia è sospesa.*

**8. CHIUSURA DELLA SEDUTA E RINVIO**

*Alle ore 17.30 la seduta è tolta e il Gran Consiglio è riconvocato in seduta serale.*

Per il Gran Consiglio:

Il Presidente, Werner Carobbio

Il Segretario generale, Rodolfo Schnyder