

Rapporto di minoranza al messaggio 2531

Della Commissione speciale sul sussidiamento degli ospedali sul messaggio 17 luglio 1981 concenente la legge sugli ospedali pubblici

1. PREMESSA

1.1. I sottoscritti commissari della minoranza commissionale condividono largamente il contenuto del rapporto di maggioranza steso, con completezza e competenza dal relatore Giorgio Nosedà. Assumendo la parte introduttiva del suo rapporto come parte integrante del nostro esprimiamo l' apprezzamento del non sempre facile ruolo di conciliazione e di ricerca di un accettabile compromesso assunto dal relatore e presidente della commissione. Enunceremo nel seguito le nostre divergenze nei confronti del testo di maggioranza.

1.2. Riconosciamo che lungo e faticoso, a volte affannoso, lavoro commissionale ha portato ad un netto miglioramento del testo legislativo rispetto al progetto iniziale del messaggio del Consiglio di Stato. In particolare, l' assetto organizzativo del settore ospedaliero ticinese, salvo alcune grosse riserve che esprimeremo in seguito, ci sembra più coerente di quello proposto dal progetto governativo e più vicino alla struttura organizzativa proposta a suo tempo dal gruppo PSA con l' iniziativa parlamentare del 1976.

1.3. Il presente rapporto si è reso tuttavia necessario per esprimere le riserve da noi anticipate in sede commissionale su alcuni aspetti qualificanti e determinanti della nuova legge e, soprattutto per riproporre al plenum del Gran Consiglio, con le necessarie motivazioni, le nostre PROPOSTE DI EMENDAMENTO, respinte dalla maggioranza della commissione.

Gli emendamenti che presentiamo riguardano aspetti da noi ritenuti qualificanti del nuovo atto legislativo, ossia:

- a) I servizi ambulatoriali negli ospedali (poliambulatori)
- b) le classi di degenza e il primariato a tempo pieno
- c) la qualifica e la funzione degli ospedali
- d) la pianificazione ospedaliera
- e) la partecipazione del personale alla gestione ospedaliera

Dall'accoglimento di queste nostre proposte dipenderà in definitiva l'atteggiamento del gruppo che rappresentiamo sul complesso legislativo.

1.4. Ricordiamo d' altronde che queste nostre proposte erano già parte determinante del programma ospedaliero del gruppo PSA, espresso con due iniziative parlamentari elaborate del 16 febbraio 1976: una per la riforma parziale della legge sanitaria; l' altra per la riforma completa della legge cantonale sugli ospedali pubblici.

I quattro punti principali della nostra INIZIATIVA OSPEDALIERA erano:

- a) la cantonalizzazione degli ospedali con la creazione di un Ente autonomo, la definizione della funzione dei singoli ospedali, la pianificazione del settore ospedaliero e sanitario pubblico;
- b) la creazione di servizi poliambulatoriali negli ospedali pubblici;
- c) la democratizzazione e la razionalizzazione dell' organizzazione interna degli ospedali con la partecipazione degli operatori ospedalieri alla gestione;
- d) l'eliminazione delle classi private (letti e pazienti privati all' interno degli ospedali), primariato a tempo pieno.

In definitiva questo rapporto non vuole essere di contrapposizione a quello di maggioranza, ma di complemento.

2. LA CRISI DEL SETTORE OSPEDALIERO TICINESE

2.1. Gli elementi determinanti che illustrano la situazione di crisi nella quale si trova il sistema ospedaliero ticinese sono sommariamente ma lucidamente delineati nel rapporto di maggioranza ed anche, in parte, nel messaggio del Consiglio

di Stato. Resterebbero ancora da segnalare i 29 allegati dell' imponente documentazione messa a disposizione della commissione dalla Sezione Sanitaria del DOS (in seguito SS-DOS).

2.2 Quanto costa la salute pubblica?

Ci sembra comunque necessario, per una visione complessiva del problema, aggiungere alcuni elementi che fanno difetto sia nel rapporto di maggioranza che nel messaggio governativo. Per un dibattito approfondito del problema ospedaliero ci sembra opportuno disporre di dati indicativi sui costi della salute pubblica, in Svizzera e in Ticino.

2.2.1. In Svizzera

Secondo il prof. Pierre Gilliand (1) le spese della salute pubblica in Svizzera (gestione e costruzione di ospedali, onorari dei medici, prodotti farmaceutici, istruzione medica e ricerca) e le spese di gestione ospedaliera hanno avuto il seguente andamento:

Evoluzione delle spese	1950	1978	1980
In milioni di franchi	(1)	(1)	(1)
Spese per la salute pubblica (mio)	600	12'000	12'364
In percento del PNL	3,5%	7,5%	7,0%
Spese per ospedali (gestione) (mio)	250	4'780	5'673
In percento del PNL	1,26%	3,04%	3,3%
Per abitante (in franchi)	53	754	890

Ripartizione delle spese per settore	1975	1980	1980
	in % (1)	in % (2)	in mio fr. (2)
Per la gestione ospedaliera	38%, 7%	45,9%	5'673
Per la costruzione di ospedali	5%	4,9%	600
Per le facoltà di medicina e la ricerca	5%	4,9%	600
Per gli onorari dei medici		16, 6%	2'057
Per gli onorari dei dentisti	32%	9,7%	1'196
Per medicinali	13%	14,0%	1'733
Per spese diverse	5%	8,9%	1'105

Il sistema sanitario svizzero risulta finanziato con tre fonti, che contribuiscono con ca. un terzo ciascuna:

- il 31,6% proviene dai poteri pubblici: 1,5% dalla Confederazione, 26,4% dai Cantoni, 3,7% dai Comuni
- il 34,9% dalle Casse Malati (31,1%) e dalle Associazioni federali (3,8 %)
- il 33,5% da altri garanti, essenzialmente dai pazienti stessi o, rispettivamente dalle compagnie private di assicurazioni.

In modo diretto o indiretto, i poteri pubblici partecipano ai 2/5 delle spese della salute in Svizzera (1978). (1)

2.2.2. In Ticino

Sul Ticino non sono ancora disponibili dati definitivi. Uno studio di valutazioni della spesa - pubblica e privata - per la salute è in corso da parte della sezione sanitaria del DOS nell' ambito dei lavori preparatori del futuro piano ospedaliero cantonale. La comparazione con altri cantoni utilizzando le tabelle federali di statistica e fuorviante: "Il Ticino sembra infatti spendere meno per la salute mentre spenderebbe molto di più per la previdenza sociale degli altri cantoni svizzeri. La somma di queste due voci di spesa tuttavia situa il cantone solo leggermente al di sotto della media svizzera". (3)

In difetto di dati definitivi abbiamo tentato una nostra valutazione sommaria, utilizzando i dati forniti nella documentazione messa a disposizione della commissione. (4)

Spese per la salute Pubblica in Ticino	in mio di fr.	in %
Per gli ospedali (comprese le cliniche private)	195	39
Per gli onorari dei medici	85	17
Per gli onorari dei dentisti	50	10
Per prodotti medicinali	70	14
Per spese diverse	100	
Totale spese salute pubblica	ca. 500	

Comparazione TI - CH (1980)

Spese	In % del PNL	In fr. abitante
Spese per la salute pubblica TI	9.9%	1'885
Spese per la salute pubblica CH	7.0%	1'940
Spese per gli ospedali (gestione) TI	3.9%	735
Spese per gli ospedali (gestione) CH	3.3%	890

TI - 265'000
CH - 6'365'000

Queste poche cifre possono servire per meglio definire il quadro generale, quantificando:

- il problema ospedaliero nell' ambito di quello più generale della salute pubblica
- il ruolo determinante dei poteri pubblici (confederazione, cantoni, comuni) nel finanziamento delle spese della salute

(3) Le spese per la salute pubblica nei cantoni e nei comuni svizzeri, allegato 19 SS-DOS, febbraio 1982.

(4) Spese per la salute pubblica nel cantone Ticino-1980, allegato 28, SS-DOS, autunno 1982

Le scelte prioritarie che saremo chiamati a fare in conseguenza della crisi finanziaria dello Stato.

2.3. L'analisi della situazione attuale:

La crisi istituzionale (proprietà degli ospedali e assenza del ruolo pianificatore dello Stato) e la crisi gestionale (proliferazione delle specialità, dispersione, sottoccupazione, ecc.) sono ben descritte sia nel rapporto di maggioranza (pag. 3) che nel messaggio (I parte). Anche la crisi finanziaria degli ospedali ticinesi è ampiamente illustrata dal rapporto di maggioranza (pag. 4 - 5). La crisi di razionalità del sistema ospedaliero (o di tutto il sistema della salute?) è invece totalmente sottaciuta dal rapporto di maggioranza mentre trova ampia e convincente descrizione nel messaggio del Consiglio di Stato (cfr. II parte "Razionalità economica e razionalità medica nel settore ospedaliero", pag. 43-52) Anche se a dire il vero, questo discorso non ha trovato seguito nel testo legislativo elaborato dal governo né, successivamente, nelle discussioni e nel testo di legge commissionale.

2.4. Perché tanto ritardo?

Se sul piano analitico generale il "consulto" del sistema ospedaliero ticinese è stato approfondito, sfuggenti sembrano invece essere le indicazioni sul perché di questa situazione di crisi e, soprattutto, "perché poi sia trascorso così tanto tempo utile senza riuscire a combinare qualcosa di concreto" come si chiedevano Toppi e Realini in una serie di articoli apparsi su Cooperazione (5). Le risposte potrebbero essere diverse: riteniamone almeno due. "1) Per motivi tecnico finanziari non può essere una risposta valida. Basterebbe pensare che in 15 anni lo Stato ha versato al settore ospedaliero 222 mio di franchi, alla media di oltre 1 milione al mese, permettendo un recupero notevole e favorendo le premesse fondamentali di carattere tecnico e finanziario per intraprendere la riforma ospedaliera o per accompagnare l'evoluzione manifestatasi nel settore, soprattutto dopo il 1970, con opportuni interventi di coordinamento e di razionalizzazione. Forse si potrebbe sostenere, quasi per assurdo, che proprio stata l' eccessiva facilitazione

finanziaria dello Stato, poco o niente condizionante, e la spasmodica concorrenza tecnica resasi possibile fra gli ospedali o, meglio, tra i primari che hanno dato avvio a un movimento divenuto irrefrenabile e incontrollabile (basti pensare che gli ospedali di interesse pubblico sono riusciti ad accumulare in meno di 20 anni un indebitamento complessivo di 260 mio di franchi *). Ma questa argomentazione che non a poi tanto assurda perché è riscontrabile nei fatti porta però ad una sola conclusione: e sempre prevalse la logica del PARTICOLARE e non è mai riuscita ad imporsi la visione GLOBALE del problema ospedaliero ticinese. E allora si cade, automaticamente, nella risposta successiva.

2) Per scontri di potere.

Che cosa intendiamo con questo tipo di risposta? Intendiamo dire che L' OSPEDALE E' UN CENTRO DI POTERE con due componenti principali (che alle volte possono convergere, soprattutto sul piano politico, alle volte divergere, soprattutto sul piano amministrativo-professionale):

- i consigli di amministrazione, emanazione dei poteri partitici locali;
- i medici;

Dove c'è potere economico-finanziario c' è anche potere politico.

I dieci ospedali ticinesi sono dieci aziende con una cifra d' affari di ca 143 * mio di franchi all'anno (solo i 5 ospedali principali hanno una cifra d' affari di 123 mio). In che cosa si traducono queste cifre? Teniamo conto dei 5 ospedali principali:

- 6,1 * mio vanno in forniture (manutenzioni, mobili, ecc.)
- 3,7 * mio in forniture di elementi
- 14,2 * mio in fabbisogno medico (medicinali)
- 83,5 * mio in stipendi (medici, personale).
- Gli ospedali di interesse pubblico occupano complessivamente 2388 * persone. I 5 ospedali principali ne occupano 1985 * (per un raffronto significativo se tradotto in termini di potere, gli impiegati amministrativi dello Stato sono 3785 *, i docenti sono 2323 *).

I lavori edili negli ospedali (con tutto quello che muovono) hanno rappresentato (se teniamo conto solo degli investimenti sussidiati o sussidiabili:

- dal 1964 al 1976 una cifra di 128 mio
- cui vanno aggiunti: 2,9 mio per Acquarossa, 4,1 per Cevio, 10,4 per Bellinzona, 26,1 per Mendrisio (I tappa), 43 per Locarno, 27 per Mendrisio (II tappa), 150 mio per il Nuovo Civico.

Gli ospedali hanno acquistato attrezzature, dal 1964 al 1979, per 15,6 mio di franchi (escluse le donazioni che si aggirano, in acquisti, sui 10 mio di franchi).

* Dati aggiornati al 1981 dal relatore

Quindi, quanto fanno girare gli ospedali di interesse pubblico a livello di soldi e di personale, non può non entrare nella logica della spartizione così come nella logica della spartizione entrano l' amministrazione pubblica, la scuola, ecc. (...). Si può obiettare, com' è già stato obiettato: "ma chi vuole un potere qui dentro, negli ospedali, quando si diventa matti a trovare i soldi per tirare avanti". C' è per lo meno una certezza: un ospedale non può fallire e dietro l' ospedale c' è sempre lo stato(...). Secondo una valutazione assai attendibile, a livello di consigli di amministrazione, il 701 del potere ospedaliero va ai liberali-radicali, il 201 ai popolari-democratici, il 101 ai socialisti. Ora, non vorremmo sostenere che tutto questo è necessariamente un male poiché un tipo di rappresentatività politica-partitica si può anche giustificare, purché abbia basi democratiche e purché sappia fare una distinzione tra istituzione politica e istituto di cura (dove non si guarisce o si muore in base alla proporzionale). Diventa però un male se tutto si traduce in lotta di potere o difesa del potere, al di là di quelle urgenze e finalità accennate all' inizio.

Anche i MEDICI entrano, con peso alle volte determinante, nel gioco di potere: sia perché all' interno dell' ospedale determinano con i loro atti e le loro decisioni circa l'80R delle spese, sia perché sul piano tecnico-professionale non trovano mai una controparte cui riconoscano legittimità, sia perché prevale il forte spirito cooperativistico che riesce sempre a coagulare anche in situazioni di concorrenza reazioni avverse a qualsiasi forma di ingerenza o di regolamentazione esterna.

In conclusione: l' interesse pubblico si manifesta sempre ..." attraverso gli interessi particolari". (5)

E gli interessi particolari sono poi alla fine, monetizzabili... Sui costi totali di tutte le prestazioni sanitarie coperte dalla assicurazione malattia (nel 1980 ca 4 miliardi di franchi) il 40,3% era destinato all' onorario dei medici, il che significa che i ca 7300 medici liberi professionisti hanno incassato dalle casse malati 1,6 miliardi di franchi (ossia 220'000.-- franchi all' anno in media) e creato 819 mio di spese farmaceutiche. (6)

Anche sul piano ospedaliero questi interessi particolari si possono misurare. Nel 1981 su un totale di spesa di 143 mio, le spese per il personale sono state di 97,9 mio (68,3%) e di queste 17,57 mio (12,2%) per gli stipendi e gli onorari dei medici ospedalieri. (7)

Il costo MEDICO del personale ospedaliero (escluse le prestazioni sociali) per le principali categorie può essere così valutato (1980):

- Personale dei servizi (cucina, trasporti e domestici)	25'000.--	Fr./anno
- Personale curante (infermieri, ausiliari, ecc.)	28'000.--	--
- Personale amministrativo	37'000.--	"
- Medici assistenti	50'000.--	"
- Capi-clinica	80'000.--	"
- Primari a tempo pieno	200'000.--	"

La conclusione cui può portare questa analisi (per forza di cose succinta ma facilmente estensibile nelle dimostrazioni a sostegno) è che solo con questi giochi di potere si possono spiegare gli anni passati infruttuosamente alla ricerca di una riforma o le difficoltà incontrate nella ricerca di un accordo che sembra arrivare ora perché costretti all' alternativa o il progetto di riforma o lo schianto delle istituzioni ospedaliere.

Résumé chiffré de diverses données de santé publique en Suisse 1950-1970-1975				
		<u>1950</u>	<u>1970</u>	<u>1975</u>
Espérance de vie à la naissance	Il ans	66.3	70.2	(71)
	I ans	70.9	76.2	(77)
Population résidante (millions)		4.7	6.3	6.3
<u>Dont % étrangers</u>				
Proportion population 60 ans et +		14.0	16.4	17.5
Nombre de lits hôpitaux	(milliers)	68.3	70	(73)
Nombre de malades traités		500	820	(880)
Nombre de journées hosp.	(milliers)	20.9	21.3	(21.5)
Indice lits/population	(0/00)	14.5	11.2	(11.6)
Fréquence d'hospitalisation		10.6	13.1	(14.0)
Jours d'hosp. par au et par habitant		4.4	3.4	(3.4)
dont hôpitaux soins généraux		2.3	1.8	-
Durée moyenne de séjour (dont soins généraux)		42(22)	24(15)	24(-)
Effectifs personnels hosp.	(milliers)	31	70	97
Médecins en activité		4'200	6'000	7'000
Médecins assistants (suisses)		1'800	2'900	4'450
Étudiants en médecine (BAIS)		3'200	6'300	7'000
Densité personnel hosp.	(100'000)	660	1'117	1'532
- médecins actif		89	95	111
- méd. assistants		38	50	70
- étudiants médecine		68	101	111
Coût journée hospitalisation	fr.	13.6	88	186
Estimation frais expl. hosp.	(milliards)	(0.25)	(2)	(4.3)

Estimation dépenses santé		(0.6)	(4.4)	(9.6)
Dépenses caisses-maladie		(0.25)	(2)	(4)
Dépenses hospitalisation	(francs par hab)	(55)	(315)	(680)
Dépenses de santé	(francs par hab)	(120)	(700)	(1530)

3. L'OSPEDALE NEL QUADRO GENERALE DELLA SALUTE PUBBLICA

3.1. L'ospedale: "Perno" dell'organizzazione sanitaria

"L' hôpital a bénéficié d' une priorité implicite pendant le troisième quart de ce siècle. Les surdimensionnements en lits, la surdotation même de certains équipements, en un mot la vision hospitalo centriste, pèse lourd et continueront de peser jusqu' à la fin du XX siècle sur les coûts: les investissements des années 60 ont engagé les générations à venir."

"Ci si deve poi anche chiedere come mai l' ospedale è diventato il perno della risposta della Medicina ai problemi della salute.

Esistono da una parte ragioni "oggettive", che hanno portato la popolazione a ricorrere sempre più massicciamente all' ospedale:

- la rottura della barriera economica, che si frapponessa al ricovero del meno abbienti, grazie all' estensione delle assicurazioni malattia;
- l' evoluzione stessa dell' ospedale dove si concentrano sussidi tecnico organizzativi che qualificano scientificamente l' atto diagnostico-terapeutico;
- l' invecchiamento progressivo della popolazione, con il conseguente aumento del rischio di malattia e del bisogno di cure specifiche, a cui si risponde sempre meno con interventi sul territorio e a domicilio
- l' aumento delle malattie croniche-degenerative che richiedono spesso ricoveri per lunghi periodi.

Accanto a queste ragioni ve ne sono altre, legate strettamente alle carenze dell' organizzazione dell' assistenza sociale sanitaria:

- a) le strutture "a monte dell' ospedale" sono quelle che dovrebbero occuparsi della persona prima di entrare nell' ospedale ed eventualmente evitarne l' ospedalizzazione. E' il campo, per niente sviluppato, della prevenzione che può e deve intervenire nel più svariati settori fuori dall' ospedale per individuare e prevenire le cause di malattia.
- b) vi sono poi le carenze dell' ospedale come struttura, chiuso ed isolato com' e dalla realtà in cui geograficamente è posto, senza servizi pollambulatoriali aperti verso l' esterno, che possano servire assieme da servizio in appoggio al medico generalista e da filtro per eventuali ricoveri non necessari.
- c) Nelle strutture "a valle dell' ospedale", quelle che dovrebbero occuparsi del paziente dopo la sua dimissione dall' Istituto di cura, rileviamo carenze che vanno nella stessa direzione di quelle sopra indicate (cfr. servizi infermieristici di aiuto domiciliare)".

3.2. Un'autocritica

Questa visione dell' ospedale come "perno" o "polo" centrale della organizzazione medico-sanitaria, conseguenza, come si è visto, di una "ragione oggettiva" e di carenze organizzative, aveva pure fortemente permeato la proposta organizzativa e i compiti affidati all' Ente ospedaliero nell' iniziativa parlamentare PSA del 1976. L' evoluzione dei problemi della salute pubblica ci ha reso coscienti della necessità di una critica alla "centralità" dell' ospedale rispetto ad un' assistenza sanitaria più diffusa nel territorio, avente come obiettivo una medicina meno staccata dalla gente prevenzione, medicina sociale, del lavoro, aiuto domiciliare, ecc.).

3.3. Alcune opzioni

La visione o la politica della salute degli anni 60 ha posto l' ospedale al vertice della piramide sanitaria. Nel prossimo futuro invece, l' ospedalizzazione dovrà essere considerata come una maglia dell' organizzazione del sistema della salute. L' ospedalizzazione resterà uno degli elementi portanti; ma non più quello prioritario. La politica della salute deve prendere sempre più in considerazione gli aspetti ambientali e la qualità della vita.

Si pongono pertanto due opzioni:

- 1) Priorità alla medicina ambulatoriale,

2) Orientarsi su un sistema basato sul mantenimento della salute piuttosto che sulla cura. Opzioni che comportano, quali conseguenze:

a) un intervento sul processo di consumo "medico" (poiché il "mercato della salute" è un incitamento permanente all'autoalimentazione dei bisogni e alla spirale dei consumi, che creano costi sempre crescenti) richiederà una energica azione strutturale: osala un' importante modifica della destinazione delle risorse consacrate al diversi settori sanitari, con scelte di priorità che dovranno privilegiare i servizi ambulatoriali (personale e qualità della cura);

b) il ruolo dei poteri pubblici in questo settore diventerà sempre più determinante. il carico che essi assumono nel settore della salute (già oggi, direttamente o indirettamente, oltre il 40% della spesa) obbligano i poteri pubblici a intervenire ineluttabilmente nelle scelte che riguardano i compiti e la funzione degli ospedali e dei servizi ambulatoriali, la coordinazione fra i due settori, le scelte e le priorità degli investimenti, il sistema tariffario, le gerarchie delle remunerazioni, ecc. Allo Stato spetta quindi il compito di definire 1 principi generali di una concezione direttrice e di mettere in atto una pianificazione-quadro della salute pubblica.

3.4. Quale politica della salute pubblica in Ticino?

Ne il messaggio n. il rapporto di maggioranza danno indicazioni del quadro generale nel quale fissare l' immagine futura del sistema ospedaliero ticinese. In mancanza di un quadro più completo dobbiamo limitarci al sommarlo "schizzo" contenuto nel rapporto sugli indirizzi, il quale ci indica, per la salute pubblica..."la salvaguardia della salute pubblica non può essere circoscritta alle sole attività sanitarie, siano esse di tipo curativo oppure di carattere preventivo. il contesto ambientale, economico e sociale contribuisce a determinare comportamenti individuali e collettivi ed esercita influenze sia come fattore di salute, sia come fattore di manifestazioni patologiche. La tutela della salute, intesa quale prevenzione delle malattie, implica quindi provvedimenti in ogni campo della vita sociale: dalla sistemazione del territorio al mondo della produzione, dall' igiene pubblica all'educazione (...).

(...) L' assistenza sanitaria, ospedaliera ed extra-ospedaliera deve essere assicurata a tutta la popolazione. Compito preminente dell' ente pubblico è di promuoverla e di regolarla in funzione della garanzia della prostrazione sanitaria, della sua qualità e, non da ultimo, della sua economicità.

Opinioni tanti generali e generiche da poter essere senz' altro condivisibili da tutti. Forse ci attendavamo qualcosa di più, visto anche che la nuova legge sanitaria (che avrebbe dovuto precedere e inquadrare quella ospedaliera) è ancora in fase di rifinitura.

Una politica ospedaliera, inquadrata in un modello socio-sanitario come quello abbozzato in precedenza, dovrà tener conto:

1) DI ALCUNE TENDENZE GENERALI, quali:

a) la speranza di vita, che è stata a lungo l' indicatore del livello di salute di una popolazione, aumenterà solo debolmente; la qualità della vita diventa più importante del suo prolungamento. "Plus que des années à la vie, il s' agit d' ajouter de la vie aux années";

b) mentre la popolazione totale tende a stabilizzarsi, il suo progressivo invecchiamento si accentuerà ancora fortemente;

c) aumenterà sensibilmente il numero dei medici, passando da 1 ogni 700 abitanti (1970) a 1 ogni 300 abitanti (verso la fine del secolo). Già oggi la Svizzera dispone di 1 medico ogni 400 abitanti, il Ticino 1 ogni 791.

(inserire grafici pag. 1179 - 1180)

2) DEGLI ORIENTAMENTI che stanno imponendosi in altre regioni del paese (come ad esempio nel Canton Vaud, Neuchatel, ecc.):

a) l' orientamento verso una compressione del ruolo della medicina specialistica e ospedaliera, con una maggior attenzione alla medicina di "mantenimento" della salute (più preventiva che curativa),

b) l' orientamento verso una medicina ambulatoriale, anche nel tentativo di contenere i costi della salute (vedi studi della città di Zurigo sui servizi extra-ospedalieri; vedi programma nazionale di ricerca "L' economie et l' efficacite du système de la sante en Suisse"; vedi votazione popolare a Neuchatel);

c) l' evoluzione in atto anche in Ticino verso la disponibilità di medici "generalisti" che prelude ad una migliore copertura del territorio con servizi medici (e sanitari) ambulatoriali, creando così le basi per un rapporto più razionale tra medico generalista, medico specialista e ospedale.

4. ALCUNI OBIETTIVI IMMEDIATI DELLA POLITICA OSPEDALIERA

4.1. La legge in discussione cerca di raggiungere due obiettivi

- 1) un obiettivo finanziario (assicurare agli ospedali la copertura dei disavanzi, passati e futuri, tramite l'intervento diretto dello Stato e la partecipazione dei Comuni);
- 2) un obiettivo pianificatorio (definire la qualifica degli ospedali attuali, assegnando all'Ente ospedaliero il compito di elaborare una pianificazione vincolante per tutti gli ospedali che diventeranno di proprietà cantonale).

Sarebbe stato molto più opportuno accompagnare la legge da un indirizzo più generale di politica ospedaliera (un piano di indirizzo). Considerando che "planifier, en Suisse, c'est notamment devenu, en matière d'équipements en lits hospitaliers, corriger et restructurer" non è difficile intravedere già oggi i cambiamenti che dovranno intervenire nel settore ospedaliero nei prossimi anni.

4.2. La diminuzione del numero dei letti, dovuta

- ai progressi della medicina,
- all'aumento della densità medica (generalisti), all'invecchiamento della popolazione,
- alla crescita dei servizi ambulatoriali,
- ai costi sempre più elevati di ospedalizzazione, ai limiti budgetari che si imporranno, alla diversa ripartizione delle risorse tra i vari settori della salute.

4.3. L'adattamento delle strutture ospedaliere, perché

- l'ospedale tende a diventare l'ultima soluzione alla quale si ricorre solo nei casi gravi; per le tecniche che richiedono una forte concentrazione di mezzi, di attrezzature, personale specializzato; per la riabilitazione, per i cronici;
- occorrerà creare reparti o ospedali geriatrici, ospedali di giorno, servizi specifici o reparti autonomi di piccole dimensioni negli ospedali regionali e di zona, trasformando o adattando reparti esistenti;
- l'ospedale deve diventare un elemento integrato nel tutto: deve assicurare una fase della continuità della cura;
- l'ospedale dovrà sviluppare le sue funzioni di aiuto alla diagnosi e di sostegno tecnico ai medici pratici, per assicurare la "saldatura" tra pratica privata e pratica ospedaliera;
- l'ospedale si concentrerà sui compiti tecnici specifici e complessi; sviluppando i servizi "non ospedalieri", l'informatica sulla salute e il settore poli-ambulatoriale, mentre decrescerà il settore dei letti.

5. LE PROPOSTE DELLA MINORANZA

Le proposte della minoranza, tenendo conto delle finalità generali della legge e della sua struttura, si limitano ad alcuni emendamenti, formulati sulla base dei seguenti obiettivi principali:

- a) dare allo Stato le necessarie competenze e i mezzi per promuovere e coordinare l'assistenza ospedaliera e sanitaria nel Cantone;
- b) garantire alla popolazione il diritto all'esame e alla cura ambulatoriale negli ospedali pubblici;
- c) garantire la cura medica e l'assistenza sanitaria a tutti i pazienti in modo uguale, indipendentemente dalle classi di degenza;
- d) assicurare un processo democratico della pianificazione ospedaliera;
- e) definire il compito e le funzioni degli attuali ospedali di interesse pubblico;
- f) favorire una gestione più partecipativa degli operatori ospedalieri.

5.1. Principio (art. 1, cpv. 1)

Ci sembra di aver sufficientemente illustrato nei precedenti capitoli la necessità di dotare lo Stato di una visione politica generale sulla salute pubblica nel Cantone (pianificazione settoriale) nella quale inserire il settore ospedaliero. In attesa (lunga) di una nuova legge sanitaria che precisi le specifiche competenze, ci sembra indispensabile che lo Stato possa PROMUOVERE, e soprattutto COORDINARE anche l'assistenza sanitaria alla popolazione. In assenza di tale competenza non si vede come possano essere raggiunti, proprio nello specifico settore ospedaliero, gli obiettivi pianificatori di razionalizzazione, le necessarie modifiche strutturali, il contenimento dei costi, il trasferimento di priorità ad altri settori sanitari che tutti sembrano, a parole, auspicare.

Lo stesso, se pur vago, Rapporto sugli indirizzi, riconosce questa necessità di competenza generale dello Stato nel campo sanitario:

"La cura in ospedale costituisce un momento particolare dell'assistenza sanitaria e come tale deve collegarsi con le altre

funzioni sanitarie, affinché sia assicurata la continuità e l' adeguatezza delle diverse fasi dell' azione di prevenzione e di cura delle malattie. L' importanza e la complessità dell' organizzazione perciò necessaria e il rilevante costo sociale che essa impone, considerato l' onere diretto e indiretto a carico degli enti pubblici (quest' ultimo attraverso l' assicurazione contro le malattie, con particolare riferimento alle nuove disposizioni della LAMI), legittimano un INTERVENTO REGOLATORE E DI PIANIFICAZIONE DEGLI SVILUPPI da parte del Cantone".

"Le domaine hospitalier ne peut être dissocié du domaine ambulatoire: Ils ne sont pas exclusifs, mais complémentaires".

5.2 I servizi ambulatoriali negli ospedali (art. 1, cpv. 4; art. 10, cpv. 5, art. 10bis nuovo)

Il principio della organizzazione negli ospedali pubblici di servizi ambulatoriali (poliambulatori) è stato uno degli assi portanti della iniziativa PSA del 1976; principio condiviso e sostenuto da altri schieramenti politici (PST, PDL, parte del PPD). Ha trovato parziale accoglimento nel progetto del Consiglio di Stato.

I "poliambulatori" non apparivano con il loro nome, ma si nascondevano dietro ad un principio consegnato nell' art. 1 nel progetto del Consiglio di Stato. Principio "che è sacrosanto e difficilmente può essere tolto o mutato".

Eppure, la maggioranza commissionale vi è riuscita!

Il rapporto di maggioranza ha escluso definitivamente la possibilità di istituire servizi ambulatoriali negli ospedali di interesse pubblico. La formula utilizzata dal progetto commissionale (art. 1, cpv. 4) non modifica il contenuto della legislazione attuale (art. 24, Regolamento 5.12.1972) che già limitava le strutture ambulatoriali alla cura dei "casi urgenti". Di conseguenza, la maggioranza commissionale non ha ritenuto di riconoscere al cittadino quel diritto "di presentarsi anche in qualità di paziente ambulante, ai servizi ospedalieri pubblici ed ottenere una esauriente prestazione sanitaria" che il Consiglio di Stato aveva ritenuto "importante".

Con ciò la commissione ha deciso di non porre un freno ai casi "inammissibili" (messaggio pag. 72) di ospedali "finanziati dalla collettività che rifiutano visite mediche o altre prestazioni".

Tutto ciò a esclusivo beneficio dell' attuale e futura "disponibilità di medici liberi professionisti" (rapporto di maggioranza pag. 11).

Annotiamo che:

1) il servizio ambulatoriale a un punto di incontro tra medicina pubblica (ospedale), quella privata (medico pratico) e la popolazione del comprensorio ospedaliero. È a disposizione di tutti i cittadini, sia per i casi urgenti (pronto soccorso) sia per la cura ambulatoriale continua. Evitando la ripetitività degli esami dispendiosi della consultazione del medico pratico, dello specialista e infine dell' ospedale, il paziente avrà a disposizione immediatamente anche il laboratorio più attrezzato. Evitando così sprechi di tempo e di soldi, sia per lo Stato che per i pazienti e le casse malati.

I servizi ambulatoriali:

a) devono essere aperti al pubblico per le cure urgenti, correnti o specialistiche;
b) danno diritto ad una cura completa e continua, adeguata al caso;
c) sono coordinati con i servizi socio sanitari (ad es. aiuto domiciliare) e in contatto con i medici pratici operanti nel comprensorio ospedaliero.

2) Esistono in molti altri ospedali della Svizzera: vedi ad es. la Legge ospedaliera del canton Berna, 1973, art. 8.

3) esistono di fatto, nascondendosi sotto il nome di pronto soccorso, in diversi ospedali ticinesi: servono soprattutto a curare pazienti il sabato e la domenica, la notte, durante le ferie invernali ed estive, quando cioè non è sempre facile trovare un medico che corra al domicilio del paziente.

Riportiamo, dall'Annuario statistico cantonale 1982, la tabella delle visite effettuate in pronto soccorso negli ospedali ticinesi:

Visite effettuate in pronto soccorso negli ospedali, nel 1981 e complessivamente dal 1978

	Chirurgia	Medicina	Pediatria	Totale
--	-----------	----------	-----------	--------

	<u>1.a visita</u>	<u>Vis. succ.</u>	<u>Totale</u>									
OCL	10'112	6'246	16'358	1'984	359	2'343	943	71	1'014	13'039	6'676	19'713
OSG	6'241	3'948	10'189	1'182	181	1'363	1'141	76	1'217	8'564	4'205	12'769
OBV	5'817	6'164	11'981	1'264	126	1'390	500	37	537	7'581	6'327	13'908
LOC	6'238	2'393	8'631	1'544	78	1'622	729	9	738	8'511	2'480	10'991
ITA	6'213	5'108	11'321	2'057	440	2'497	-	-	-	8'270	5'548	13'818
FAI	504	-	504	67	-	67	-	-	-	571	-	571
ACQ	503	77	580	73	3	76	-	-	-	576	80	656
SCR	254	25	279	137	23	160	12	2	14	403	50	453
CAST	305	210	515	44	4	48	-	-	-	349	214	563
CEV	438	630	1'068	250	236	486	-	-	-	688	866	1'554
Totale	2'004	942	2'946	571	266	837	12	2	14	2'587	1'210	3'797
Totale generale												
1981	36'625	24'801	61'426	8'602	1'450	10'052	3'325	195	3'520	48'552	26'446	74'998
1980	33'085	20'592	53'677	11'391	999	12'390	2'689	235	2'924	47'165	21'826	68'991
(1) 1979	30'095	18'718	48'813	11'884	1'599	13'483	2'420	264	2'684	44'3999	20'581	64'980
(1) 1978	-	-	-	-	--	-	-	-	--	-	-	55'054
(1) In questi totali non è compreso l'ospedale civico												

Dalla tabella risulta che:

- il 551 dei casi ritorna al pronto soccorso per ulteriori visite;
- questa tendenza è in forte crescita (nel 1979 era il 461);
- nel 1981, 1 ticinese su 6 è fatto visitare in un pronto soccorso ospedaliero: erano solo e tutti "casi urgenti" ?

4) il 28 novembre scorso, in votazione popolare, il 63% dei cittadini votanti del Canton Neuchatel accettava, nonostante il parere contrario del Governo, un' Iniziativa socialista "Per una migliore salute pubblica" nella quale era contenuto il principio del finanziamento di poliambulatori nonché di centri medico-sociali.

Ripresentando le proposte già formulate nell' iniziativa parlamentare del 16 febbraio 1976, sottolineiamo che l' abolizione dei servizi ambulatoriali (ammessi dal messaggio del Consiglio di Stato) risponde unicamente alle esigenze e agli interessi della classe medica (espressi nella lettera del OMCT alla Commissione ospedaliera del 9. 11.1981) . Si propone pertanto una formulazione più chiara e precisa del principio della cura ambulatoriale negli ospedali (art. 1, cpv. 4), rispetto a quella adottata dal Consiglio di Stato (che viene comunque mantenuta come proposta subordinata). La definizione dei contenuti dei servizi ambulatoriali, a seconda della qualifica degli ospedali, viene proposta come un NUOVO articolo 10 bis.

5.3. La cura medica, l' assistenza sanitaria, le classi di degenza negli ospedali Pubblici (art. 11 cpv. 2; art. 11 bis nuovo)

Dietro a questa facciata, apparentemente "tecnica e assicurativa", si celano problemi di fondo dell' organizzazione ospedaliera e dei rapporti medico-paziente. Possiamo scindere il problema generale in due parti, strettamente connesse.

5.3.1. Le classi di degenza

Nel 1976 la nostra iniziativa proponeva l' abolizione delle camere private per eliminare la discriminazione nelle cure che fa in maniera che il ricco sia meglio curato che il meno ricco, di conseguenza veniva introdotta la classe unica; l' attribuzione delle camere ad un letto era da effettuarsi secondo criteri medico-sanitari.

Il principio dell' eliminazione delle classi di degenza era stato ripreso nel messaggio del Consiglio di Stato all' art. 10, sul modello della legge ospedaliera del canton Berna (art. 46 e 49), aprendo comunque la porta alla creazione di letti privati a disposizione del primario. Il rapporto di maggioranza ha voluto mantenere la distinzione delle classi pur introducendo il principio dell' uguale qualità di assistenza medica; proprio nell' ultima lettura è stata abolita la definizione delle classi di degenza "con criteri esclusivamente alberghieri" (ossia delle prestazioni puramente logistiche: camera a uno o più letti, TV, orario di visita continuo). La maggioranza ha così eluso la tematica dell' attribuzione delle camere ad uno o più letti, che costituisce un problema molto sentito a livello sociale e popolare. La soluzione da noi proposta vuole introdurre un sistema che rispetti le esigenze di assistenza sanitaria dei pazienti, senza discriminazioni di sorta, tutelando e garantendo contemporaneamente l' autonomia di scelta e di copertura assicurativa delle persone interessate.

Si articola in tre elementi:

- a) uguaglianza indiscriminata di assistenza medica e sanitaria (come al cpv. 1 del testo di maggioranza);
- b) priorità dei criteri sanitari su quelli economici nell' attribuzione delle camere (testo ripreso dal progetto del messaggio);
- c) possibilità per il paziente di scegliere una diversa classe di degenza (tipo di camera) anche quando non appare indispensabile sotto il profilo sanitario.

L' emendamento relativo viene proposto all' art. 11, cpv. 2

5.3.2. Il primariato

La regolamentazione del ruolo dei medici primari sembra essere uno dei nodi centrali di ogni riforma ospedaliera. La legge sul coordinamento e il sussidiamento degli ospedali di interesse pubblico del 1963 introduceva, per la prima volta, il concetto di "primario" quale medico responsabile del reparto (art. 2, lett. d).

"...si introduce il concetto di primariato nell' istituto di interesse pubblico, per cui ogni reparto deve essere diretto da un primario responsabile: (...) si vuole con ciò che gli ospedali sussidiati dallo Stato per i servizi medici principali abbiano dei responsabili qualificati della cura medica e dell' andamento di tutto il rispettivo servizio (...)" .

Nel 1972 veniva istituito il primariato a tempo pieno, dopo una serie di denunce e polemiche sull' eccesso nell' uso delle "baronie" in alcuni ospedali del Cantone.

Il contratto tipo del 1974 rendeva operativo tale principio:

- a) per i primari a tempo pieno: remunerazione fissa (110'000 franchi/anno, di base), possibilità di aggiungere l' incasso privato del medico per i pazienti curati ambulatoriamente nei tre pomeriggi di pratica privata settimanale e per quelli del reparto privato a sua disposizione (max.15 % dei letti del reparto).
"In questo modo il primario a tempo pieno raggiunge un reddito complessivo annuo oscillante tra i 200'000 e il mezzo mio di franchi, a seconda della specialità";
- b) per alcuni primari a tempo pieno sono stati pattuiti contratti con stipendio fisso (plafond) che consentono loro di incassare, globalmente, 200'000.-- franchi all' anno;
- c) per i primari a tempo parziale è data possibilità di fatturare tutte le prestazioni direttamente ai pazienti, indipendentemente dalla classe;
- d) i consulenti sono retribuiti con uno stipendio fisso (di regola 600.-- franchi al giorno, senza ulteriori fatturazioni private) oppure fatturano direttamente ai pazienti le prestazioni fornite.

Il tentativo di recuperare con una trattenuta (ca 30) a favore dell' ospedale parte degli incassi delle prestazioni private dei primari (risoluzione del Consiglio di Stato del febbraio 1982) ha suscitato violente reazioni da parte dei medici (con polemiche di stampa) e un ricorso collettivo al Tribunale Federale. Per gli ospedali si trattava di "recuperare" ca 3,5 mio di franchi.(vedi dichiarazione del dr. Mornioli al Corriere del Ticino del 5.3.82).

L' abolizione del privilegio della "CLINICA PRIVATA" (letti privati e pazienti ambulatoriali privati) all' interno degli ospedali PUBBLICI si giustifica:

- a) dal profilo della QUALITÀ DELLA CURA di tutti i pazienti dell' ospedale, indipendentemente dalla classe di degenza; non avendo più pazienti privati da seguire, il primario può dedicare maggior impegno e tempo a tutti i pazienti del suo reparto e, se necessario, dell' ambulatorio;
- b) dal profilo dell' EGUAGLIANZA DELLA CURA: oggi il primario è stimolato ad occuparsi principalmente della cura dei "suoi" pazienti privati, lasciando a capi clinici ed assistenti la cura dei malati di classe "comune";
- c) dal profilo del CONTENIMENTO DEI COSTI: la limitazione dei redditi dei primari (e, ovviamente, di tutta la classe medica non ospedaliera) appare come UNA delle misure di risanamento del sistema sanitario-assicurativo, pena la sua autodistruzione;

d) dal profilo della PROFESSIONALITÀ MEDICA: "Il lavoro in ospedale è sicuramente per un medico stimolante, fonte di interesse professionale e scientifico (e, aggiungiamo noi, grazie anche alle strutture e attrezzature che l' ente pubblico mette a ESCLUSIVA disposizione del medico ospedaliero) (...) A ogni modo si sa che gli specialisti qualificati non mancano. Ce lo confermano gli ultimi concorsi per la assunzione di primari: ogni posto libero è ambito da oltre una decina di candidati, tutti con le carte in regola" .

L' esigenza del primariato a tempo pieno remunerato integralmente dall' ospedale è ignorata dal rapporto di maggioranza, che ha manifestamente accolto (come già il messaggio) la rivendicazione dei medici interessati al mantenimento del diritto di percepire un onorario dai propri pazienti privati.

Questa incomprensibile scelta:

- mantiene una discriminazione tra pazienti (privati o meno)
- non contempla l' obbligo di presenza del primario nei servizi ambulatoriali;
- trasferisce a favore di alcuni primari delle fonti d' entrata non indifferenti che dovrebbero spettare unicamente agli ospedali.

5.3.3. Subordinatamente, qualora non fosse accolto il principio del primariato a "tempo pieno", mantenendo con ciò la possibilità di istituire, negli ospedali PUBBLICI dell' ente cliniche e ambulatori PRIVATI, proponiamo un' aggiunta. Assicurando, negli ospedali dell' ente la libera scelta del medico, si permette l' utilizzo delle strutture e attrezzature ospedaliere pubbliche (con modalità da definire) anche ai medici privati che hanno la competenza professionale.

Questo per:

- garantire un principio di equità delle opportunità professionali;
- assicurare al paziente una cura "personalizzata" da parte di un medico di sua fiducia (continuità della cura dall' ambulatorio del medico fino all' intervento ospedaliero come nel caso del ginecologo);
- promuovere una maggiore occupazione dei letti e una migliore utilizzazione delle attrezzature specialistiche degli ospedali.

5.4. La pianificazione ospedaliera (art. 7-8-9)

Anche in questo campo occorre scindere il problema nelle componenti:

- a) il contenuto della pianificazione
- b) le competenze (chi fa, chi decide, chi ne subisce gli effetti).

Dopo due anni di "regime pianificatorio" sembra regnare la confusione più totale. Abbiamo avuto occasione in tre rapporti di minoranza di ribadire la nostra concezione metodologica della pianificazione (cfr. rapporti di minoranza PSA sulla legge urbanistica 1979; sulla legge pianificazione politica 1980; legge sull' agricoltura 1982). E abbiamo avuto recente occasione (dibattito sul Rapporto sugli indirizzi) per riprendere le critiche generali al processo pianificatorio. La maggioranza della commissione ha in parte recepito questi problemi eliminando dal progetto di legge il riferimento alla LPP, perché avrebbe significato la pratica IMPOSSIBILITÀ di pianificare il settore ospedaliero. Sulla necessità di pianificare il settore ospedaliero sembrano tutti d' accordo; così come sulla definizione di:

H...pianificazione come sforzo di coordinamento metodologico per facilitare le decisioni e far convergere, a livello operativo, il probabile, il possibile, il desiderabile".

Ma c' è confusione su come pianificare e chi lo deve fare.

5.4.1. Quale contenuto?

La pianificazione ospedaliera non è che un piano direttore settoriale:

"Esiste un settore (quello ospedaliero) sul quale l' ente pubblico esplica determinate competenze, o dove intende intervenire per la prima volta. Per fare questo, o per meglio organizzare gli interventi già di sua competenza, esso procede anzitutto all' analisi dei problemi posti dal settore, esamina modi e mezzi di intervento per risolvere questi problemi e, infine, propone a chi di competenza le norme materiali e di procedura (mezzi) necessarie per poter intervenire: questo è un piano settoriale".

E in tale direzione sembra orientarsi anche il progetto di nuova legge sulle strade recentemente pubblicato dal Consiglio di Stato (cfr. piano direttore delle strade cantonali).

Quanto ai suoi contenuti possono essere obbligatori: indicazioni generali, criteri generali, programma generale (come elencato nella nostra proposta di emendamento cpv. 2 dell' art. 9); oppure facoltativi: aspetti secondari o particolari (come indicato nel nostro emendamento cpv. 3 dell' art. 9).

"La planification est la traduction chiffrée des objectifs, pour un espace et une période délimités. Elle fixe le cadre général et les procédures; les détails d' application sont du ressort des instances particulières: Institutions, services, etc...." .

5.4.2. Quali competenze?

- l' ente ELABORA, il Consiglio di Stato (CS) APPROVA la pianificazione ospedaliera (progetto del CS, luglio 1981);
- l' ente ELABORA, il CS ESAMINA, il Gran Consiglio (GC) APPROVA i principi generali della pianificazione ospedaliera (versione sottocommissione ospedaliera, aprile 82); - il GC deve essere l' organo supremo che DECIDE ... il piano ospedaliero cantonale e i suoi aggiornamenti quadriennali (riassunto lavori commissionali, giugno 82);
- l' ente ELABORA, il CS APPROVA, il GC DISCUTE la pianificazione ospedaliera (versione del 18.10.82);
- l' ente ELABORA, il CS ESAMINA, il GC ESAMINA la pianificazione ospedaliera (versione del 19.11.82);
- l' ente ELABORA, il CS ESAMINA, il GC APPROVA la pianificazione ospedaliera (decisione commissionale del 23.11.82);
- l' ente ELABORA, il CS ESAMINA, il GC DISCUTE ogni quattro anni la pianificazione ospedaliera (versione definitiva della seduta del 29.11.82).

Queste continue modifiche delle competenze decisionali della pianificazione ospedaliera mostrano, più di ogni discorso, quanto confuso sia il concetto e la procedura della pianificazione.

A sostegno della nostra tesi (che l' organo decisionale sulla pianificazione deve essere il Gran Consiglio) basterebbe citare la prima stesura del rapporto, allora inteso a motivare l' adozione della pianificazione da parte del Gran Consiglio. L' ultima posizione assunta dalla maggioranza commissionale parte da un presupposto di PROFONDA SFIDUCIA, verso il Parlamento come pure verso il Consiglio di Stato. In questo modo si vincola lo Stato (e con esso i 250 Comuni) a garantire gli impegni finanziari di un organismo (l' ente ospedaliero) sulle cui scelte pianificatorie e programmatiche nessuno ha niente da dire!

Il conferimento della competenza decisionale al Gran Consiglio si giustifica a nostro avviso:

- 1) per una coerenza di metodologia pianificatoria: "Particolare cura dovrà essere riservata alla pianificazione direttrice, poiché è qui che si operano le opzioni fondamentali; un intervento limitato alla fase finale, allorché le decisioni sono virtualmente prese e in pratica irreversibili, non rappresenterebbe in realtà poco più che un infingimento";
- 2) per analogia con quanto avviene altrove: ad es. la legge ospedaliera del canton Berna prevede "Le plan hospitalier sera ... soumis à l' approbation du Gran Conseil...";
- 3) per coerenza con altre leggi cantonali. il piano direttore (della LPP e LE) è sottoposto ad adozione da parte del Gran Consiglio; in un settore, quello della pianificazione del territorio, dove il rischio di pressioni regionali, locali, particolari è ancora maggiore di quello ospedaliero. D' altra parte la decisione della maggioranza commissionale è contraria a quella adottata dalla commissione della legislazione nel settore analogo dell' assistenza psichiatrica. Incoerenza, questo, incomprensibile, visto che le pianificazioni dei due settori dovranno poi essere coordinate;
- 4) per la logica e la sistematica stessa della pianificazione. Si noterà che in ogni caso spetta al Gran Consiglio votare i preventivi di spesa e che l' Ente (art. 35) deve "attenersi ai limiti del preventivo". Donde il rischio di conflitti di opinione sulle scelte pianificatorie tra l' organo "tecnico" e quello "politico", non certo suscettibili di facilitare l' evoluzione di un settore che da sempre è stato caratterizzato da conflitti e contrasti sulle competenze fra i vari organi;
- 5) infine, per una necessità di trasparenza e di democratizzazione del processo pianificatorio "Une planification ne aurait être établie et discutée en cercle restreint, ni résulter d' un exercice technocratique. Les décisions qui en découlent intéressent toute la population";

Gli emendamenti riguardano:

- l' art. 7, lett. d): competenza e definizione

- art. 8, lett b): solo adattamento linguistico-redazionale
- art. 9, cpv 2 e 3: modifica (contenuti obbligatori e facoltativi del piano direttore settoriale).

5.5. La qualifica degli ospedali (art. 10, cpv. 5)

Concordiamo con la qualifica assegnata ai singoli ospedali.

Gli emendamenti proposti riguardano:

- a) l' indicazione concreta del SERVIZIO AMBULATORIALE di medicina nei singoli ospedali di zona (spiegazioni al capitolo 5.2.)
- b) lo stralcio dell' ultimo cpv. degli attributi degli ospedali di zona: e questo un compito da affrontare nell' ambito del piano direttore settoriale e da riproporre al Gran Consiglio in quell' occasione.

Pertanto non si condividono alcune affermazioni di "disponibilità" di reparti negli ospedali di zona (pag. 8), di "mantenimento intatto" di organizzazioni sanitarie interne (pag. 9), e di "garanzie di continuità" (pag. 12) che al ritrovano nel rapporto di maggioranza.

5.6. La gestione partecipava (art. 19 e 24)

La concezione dell'iniziativa PSA 1976 per la gestione degli ospedali prevedeva:

- a) la gestione democratica con l' apporto di tutte le forze che contribuiscono alla promozione della salute pubblica (medici, assistenti, personale sanitario e dei servizi, medici non ospedalieri),
- b) attraverso una serie successiva di strutture (unità di base nei reparti, consigli ospedalieri, consiglio dell' ente, a partecipazione diretta) ogni operatore ospedaliero doveva essere coinvolto nella gestione dei diversi livelli operativi.

La diversa strutturazione della nuova legge, in particolare il sistema di finanziamento con l' apporto dei Comuni, impediscono la concretizzazione della concezione precedentemente descritta.

Ci limitiamo perciò a proporre due emendamenti che intendono ampliare la partecipazione degli interessati e degli operatori ospedalieri alla gestione delle strutture settoriali, ritenuto che:

- a) spetta al Gran Consiglio (e, in ultima analisi, al popolo) decidere sui principi generali della politica ospedaliera del Cantone;
- b) che le associazioni e i gruppi interessati alla politica ospedaliera devono poter esprimere le loro opinioni (preavvisi e raccomandazioni) nell' organo consultivo dell' ente ospedaliero;
- c) che gli operatori ospedalieri (medici e personale) devono poter partecipare direttamente alla gestione degli ospedali, con loro rappresentanze consistenti nei consigli ospedalieri.

5.6.1. Conferenza ospedaliera: competente (art. 19, cpv. 1)

Le aggiunte proposte riguardano la competenza della conferenza ospedaliera e sono necessarie per sostanziare la funzione consultiva di questo organo: ossia il diritto all' informazione e la possibilità di elaborare raccomandazioni all' indirizzo del consiglio di amministrazione dell' ente.

Tali competenze sono d' altronde già da tempo attribuite alla analoga "Conferenza delle PTT" istituita a livello federale dalla legge PTT del 6.10.60, art. 15 bis.

5.6.2. Consiglio ospedaliero composizione (art. 24 cpv. 1)

Al fine di garantire una partecipazione cogestionale agli operatori ospedalieri (che dovrebbero detenere le necessarie competenze tecniche per valutare e decidere in materia di organizzazione ospedaliera) si propone un aumento a 5 dei rappresentanti ospedalieri (4 nominati tra il personale non medico e i rappresentante dei medici ospedalieri). Parallelamente, per non ingigantire il consiglio o ospedaliero, si propone una riduzione a 5 dei rappresentanti dei Comuni.

6. UNA RISERVA: IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Il rapporto di maggioranza illustra in modo chiaro la situazione finanziaria degli ospedali e il sistema di finanziamento proposto dalla nuova legge. In aggiunta facciamo rilevare quanto segue:

6.1. Il sistema ospedaliero ticinese ha finalmente "svelato" i suoi DEBITI OCCULTI; oggi sappiamo che:

- i debiti complessivi accumulati sono di 260 mio, dei quali 60 dovuti ai disavanzi d' esercizio, non coperti delle gestioni degli ultimi anni;
- che il disavanzo annuo del nuovo ente ospedaliero è valutato in altri 60 mio (1983) e tenderà a salire a oltre 100 mio nel 1987.

Sono questi gli elementi su cui fondare il discorso finanziario. Ma per essere completi occorre ricordare che il prossimo futuro dovrà ancora chiarire:

- quanta parte di "finanziamento occulto" agli ospedali siamo disposti a concedere tramite i sussidi cantonali alle casse malati;
- quanto sarà la quota parte alla copertura delle spese ospedaliere che la nuova LAMI ci riserverà (oggi oltre il 60% proposta per il futuro: massimo del 50%).

6.2. Non siamo mai stati sostenitori della partecipazione dei comuni al finanziamento ospedaliero: riteniamo che sia un compito, questo, di competenza cantonale. Ai Comuni sarebbe stato più opportuno affidare competenze socio-sanitarie, più vicine ai bisogni e alle caratteristiche degli enti locali. Ma la situazione disastrosa delle finanze statali non permette più grandi spazi di manovra. D' accordo i Comuni di pagare, d' accordo tutti. Anche se siamo convinti che l' accettazione, nell' autunno del '74, della proposta del Consiglio di Stato di una IMPOSTA ADDIZIONALE (moltiplicatore del 41), limitata nel tempo (3 anni), vincolata al risanamento del settore ospedaliero avrebbe forse potuto evitare la bancarotta finanziaria nella quale si trovano oggi gli ospedali. La proposta governativa ripresa dal PSA con moltiplicatori differenziati, venne respinta a larga maggioranza dal Gran Consiglio: non si voleva anticipare o condizionare "l' imminente" legge ospedaliera. Era il novembre del 1974!

Oggi, dopo infinite discussioni, consultazioni con Comuni e loro rappresentanti, ecc., si propone:

- un moltiplicatore comunale (max. 6% del gettito di imposta cantonale);
- una moltiplicazione cantonale occulto (max. 12%, ossia il doppio del moltiplicatore comunale).

Tutto questo dopo aver respinto, sempre a larga maggioranza, l' iniziativa del PST per l' introduzione di un moltiplicatore cantonale di imposta, meno di due mesi fa!!

6.3. L' ente ospedaliero cantonale inizia la nuova era della storia sanitaria cantonale con un fardello di interessi passivi impressionante. Non ci sembra il modo migliore per avviare il nuovo corso ospedaliero.

Ai disavanzi di gestione preventivati e alle spese della propria gestione amministrativa, l' ente dovrà inoltre aggiungere:

- i costi monetari (solo interessi passivi) per il finanziamento del nuovo ospedale di Lugano (attualmente a carico del Comune); valutati in ca 4 mio l' anno;
- l' ammortamento, su dieci anni, delle perdite riportate (60 mio alla fine dell' 81); valutate in ca 6 mio l' anno.

Il consolidamento dei prestiti a breve scadenza sembra essere rinviato ad un accordo con le banche a dopo l' adozione della presente legge.

Oltre a questi grossi vincoli finanziari ereditari dal passato, il nuovo ente sarà praticamente impossibilitato ad agire. Se non in senso riduttivo, dai limiti imposti al suo finanziamento futuro. E forse questo non è soltanto un male. A condizione però che non si cerchi di illudere oltre il lecito. Infatti, il plafond del 6% di partecipazione comunale, vincolando anche la partecipazione cantonale, fissa in pratica un TETTO al budget dell' ente, ossia finanziamento della cura ospedaliera nel Cantone. Perché no c' è più nessuno, dopo, che potrà coprire ulteriori disavanzi. E il tetto sarà presto raggiunto. Stando ai dati comunicati alla commissione speciale del segretario del dipartimento finanze, dr. Rondi, nella seduta del 5.11.82, la percentuale del gettito di imposta cantonale che i Comuni saranno chiamati a versare per il finanziamento ospedaliero dovrebbe essere: (gettito d' imposta cantonale 1980:386 mio)

Anno	% del gettito imposta cantonale	% compreso l'ammortamento del deficit residuo e OCL
1983	5.1%	...

1984	5.9%	6.6%
1985	6.2%	6.9%

Già con l' 85 il meccanismo di finanziamento arrischia di incepparsi e richiedere una recisione. Se poi aggiungiamo la necessità a nostro avviso inderogabile, di ammortizzare il più presto possibile il deficit residuo, mettiamo l' ente in condizione di NON ESSERE IN GRADO di assicurare, e forse già dall' inizio, la continuità dell' attuale gestione ospedaliera cantonale.

E nessuno, in buona fede, può credere che l' ente sia in grado, in pochissimo tempo, di operare quelle ristrutturazioni che potrebbero contenere sensibilmente i costi.

"E' illusorio credere che le spese della salute, e in particolare le spese ospedaliere, potranno essere stabilizzate prossimamente" Non intendiamo formulare emendamenti, ma esprimiamo la nostra riserva sul sistema di finanziamento adottato nell' ultima seduta commissionale.

7. CONCLUSIONI

I sottoscritti commissari di minoranza sottopongono all' attenzione del plenum le loro osservazioni e i loro emendamenti nell' intento, seppur modesto, di contribuire a meglio qualificare questa nuova legge ospedaliera.

Si scusano con i colleghi di commissione per non avere avuto la possibilità materiale di sottoporre alla loro attenzione questo rapporto, ritenuto però che gli emendamenti (e le relative motivazioni) sono stati ampiamente presentati e illustrati durante i lavori commissionali.

Si scusano anche con i colleghi parlamentari per la tardiva presentazione di questo rapporto e per la sua affrettata stesura: ma ricordano che la legge è stata approvata in seconda lettura soltanto il 29-30 novembre scorso, che il testo definitivo di legge e il rapporto di maggioranza ci sono stati consegnati il 2 dicembre scorso. I conti per il tempo rimasto al relatore di minoranza per fare il suo rapporto li lasciamo fare a voi.

Per la minoranza della Commissione:

Marco Krahenbuhl, relatore
Fausto Pagnamenta

(inserire grafico pag. 1193)

Disegno di
LEGGE

sugli ospedali pubblici.

Emendamenti proposti dal rapporto di minoranza (la numerazione degli articoli è quella del testo della maggioranza)

Articolo 1 (modifica e sostituzione)

Principio

1 Lo Stato promuove e coordina l' assistenza sanitaria e ospedaliera garantendo alla popolazione, nel rispetto dei criteri pianificatori e dei mezzi finanziari a disposizione, le strutture stazionarie e i servizi medici necessari.

2 invariato

3 invariato

4 Tutte le persone hanno il diritto di rivolgersi in ogni momento alle strutture stazionarie e ai servizi medici pubblici per gli accertamenti e la cura completa e continua del caso.

Proposta subordinata:

Articolo 1

4 Non possono essere rifiutate visite mediche o altre prestazioni sanitarie a pazienti degenti o ambulantanti che si rivolgono a strutture stazionarie e a servizi medici pubblici.

Articolo 7 (modifica parziale)Competenze del Gran Consiglio

Il Gran Consiglio, su proposta del Consiglio di Stato,

a) invariato

b) invariato

c) invariato

d) adotta i principi generali della pianificazione ospedaliera sotto forma di piano direttore settoriale;

e) invariato