

Rapporto di minoranza

6945 R2

data

Dipartimento

6945A R2

30 novembre 2015

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione speciale pianificazione ospedaliera sui messaggi 26 maggio 2014 e 1° ottobre 2014 concernenti

- **Aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, parte pianificazione ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e parte pianificazione case di cura, 2a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal)**
- **Legge sugli istituti di cura**
- **Modifica della Legge sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale)**
- **Rapporto sull'iniziativa popolare generica "Giù le mani dagli ospedali"**

INDICE

| | | |
|------|--|----|
| 1. | LA PIANIFICAZIONE: UNA PRIVATIZZAZIONE DEL SETTORE OSPEDALIERO | 3 |
| 1.1 | Processo in atto in tutti i settori pubblici, tramite privatizzazioni, aziendalizzazioni e messa in concorrenza di strutture e personale | 3 |
| 1.2 | La direzione dell'EOC da tempo si muove in questa logica | 4 |
| 1.3 | DRG: cavallo di troia delle logiche di mercato e privatistiche | 5 |
| 2. | MANDATI | 6 |
| 2.1. | La bugia dell'obbligo di finanziamento pubblico alle cliniche private | 6 |
| 2.2. | Spazio al privato, unico criterio per l'assegnazione delle specializzazioni | 6 |
| 3. | OSPEDALE REGIONALE BELLINZONA E VALLI | 8 |
| 3.1 | L'inizio del declino programmato per l'Ospedale Regionale Bellinzona e Valli | 8 |
| 3.2 | Acquarossa e Faido: vittime sacrificali della pianificazione ospedaliera | 8 |
| 3.3 | San Giovanni intasato con le cure di base | 10 |
| 3.4 | San Giovanni: un ospedale di riferimento cantonale con poche prestazioni multidisciplinari e complesse | 11 |
| 3.5 | L'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli amputato della geriatria | 11 |
| 3.6 | La medicina di famiglia e le cure di base | 12 |
| 4. | PRIVATIZZAZIONE E MESSA IN PERICOLO DELL'EOC | 12 |
| 4.1 | Un cambiamento di paradigma: dal servizio pubblico alla logica di mercato (aziendalizzazione) | 12 |
| 4.2 | Via il riferimento alla presenza regionale degli ospedali pubblici | 13 |
| 4.3 | EOC deve rendere finanziariamente | 13 |

| | | |
|------|--|----|
| 4.4 | Si smembra l'EOC | 13 |
| 4.5 | NewCo Locarno Salute SA | 14 |
| 4.6 | Collaborazione Genolier-EOC: una SA finalizzata al profitto | 15 |
| 4.7 | Cardiocentro | 17 |
| 4.8 | Volumi massimi: Genolier comanda, CPO esegue | 18 |
| 4.9 | Psico-psichiatria aumento della parte privata | 19 |
| 4.10 | Anche per i Reparti AMI si favorisce il settore privato | 20 |
| 4.11 | Una pianificazione penalizzante per il Mendrisiotto | 20 |
| 5. | UNA FORTE OPPOSIZIONE DEMOCRATICA E POPOLARE AL PROGETTO DI PRIVATIZZAZIONE E SMANTELLAMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA..... | 22 |
| 6. | CONCLUSIONI..... | 24 |
| 7. | EMENDAMENTI AL DL | 25 |
| 7.1 | Modifica della LEOC | 25 |
| 7.2 | Iniziativa popolare generica del 4 aprile 2013 “Giù le mani dagli ospedali!” | 26 |

* * * * *

1. LA PIANIFICAZIONE: UNA PRIVATIZZAZIONE DEL SETTORE OSPEDALIERO

1.1 Processo in atto in tutti i settori pubblici, tramite privatizzazioni, aziendalizzazioni e messa in concorrenza di strutture e personale

Il messaggio sulla pianificazione ospedaliera (PO) si caratterizza come un ulteriore, importante, passo nella subordinazione della sanità, e nello specifico del settore ospedaliero, alle logiche di mercato. Ciò avviene nel quadro di una ridefinizione del settore ospedaliero cantonale, dei suoi obiettivi e delle sue strutture.

Le logiche che sottendono la pianificazione derivano tutte, direttamente, dai meccanismi di mercato che si sono imposti attraverso le riforme approvate a livello federale.

Sia quelle di tipo pianificatorio che quelle relative al finanziamento degli ospedali e in particolare i cosiddetti DRG (Diagnosis Related Groups) importi forfettari riferiti alle prestazioni, cioè il finanziamento basato sul tipo di atto terapeutico. Riforme, vale la pena ricordarlo, volute dai partiti maggioritari a livello federale che oggi, proprio invocando le conseguenze di quelle loro scelte, vogliono imporre una politica di risparmio. Pensiamo, ad esempio, all'aggravio per il finanziamento cantonale delle prestazioni erogate dalle cliniche private che pesa per un centinaio di milioni sui conti del Cantone. Si è trattato di scelte politiche tese a favorire il settore privato, volute, come detto, da quegli stessi partiti che oggi ne lamentano le conseguenze finanziarie. In proposito va ricordato anche che il nuovo sistema di finanziamento ospedaliero che ha messo sullo stesso piano il settore pubblico e quello privato, era stato "venduto" come un sistema che avrebbe permesso di ridurre i premi cassa malati grazie alla maggiore concorrenza tra ospedali. I nuovi aumenti dei premi 2016, che si sommano a quelli degli anni precedenti dimostrano invece l'esatto contrario. Una ragione in più per rifiutare la logica di risparmio e di razionalizzazione delle prestazioni alla base dell'odierno progetto di pianificazione.

Progetto, lo ripetiamo, tutto orientato verso una logica di mercato: "tutti gli ospedali, poco importa se pubblici o privati, sono obbligati ad operare in modo imprenditoriale per assicurare la loro competitività" possiamo leggere nel messaggio del Consiglio di Stato.¹

Le modalità proposte dal Consiglio di Stato - e ratificate dalla maggioranza della CPO - per questo cambiamento di paradigma sono diverse e verranno illustrate e criticate nel dettaglio nei vari capitoli del presente rapporto di minoranza. In particolare si vuole agire:

- Privatizzando: è prevista la trasformazione di ospedali pubblici in società anonime con la partecipazione 50/50 tra pubblico e privato;
- Rafforzando le logiche di mercato nella gestione di ciò che rimarrà dell'EOC assegnandogli un proprio capitale di dotazione, con indicazioni sulle attese di redditività;
- Abolendo i volumi di pianificazione e permettendo dunque alla domanda e all'offerta di agire liberamente;
- Tagliando l'offerta ospedaliera nelle regioni di montagna tramite la chiusura dei pronto soccorso e smantellando il settore acuto;
- Imponendo il dumping sanitario attraverso la fissazione di parametri di riferimento calcolati sulle prestazioni erogate con un costo più basso.

Si tratta, lo ripetiamo, di un vero e proprio mutamento di paradigma. In questa visione, il servizio pubblico non è più un servizio al cui centro vi sono i bisogni dei cittadini e la necessità di garantire loro la medesima possibilità di accesso a questo servizio. Non è più un ambito liberato dalla logica di redditività e profitto nell'espletamento delle proprie attività; ma diventa, nella surreale accezione di "servizio al pubblico", un'offerta che

¹ Pagina 57

un'azienda rivolge ad un pubblico (ad una domanda solvibile, nella migliore logica capitalistica) sulla base di proprie scelte e convenienze. Soddisfare un bisogno in un settore fondamentale per la popolazione come quello della salute diventa solo accessoriamente un compito che si assegna un'impresa di servizio al pubblico: prima vengono le sue scelte aziendali, produttive e finanziarie.

Dando in pasto al privato settori dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) e gli stessi ospedali pubblici ci si inserisce in una logica capitalista di privatizzazioni di settori pubblici, così come è già avvenuto per posta, telecomunicazioni, ferrovie ed energia. Il tutto con l'obiettivo di introdurre come preminente il criterio del profitto (misura della redditività del capitale), in modo da valorizzare adeguatamente e in modo concorrenziale rispetto ad altri settori il capitale che decidesse di entrarvi.

Il settore ospedaliero, e quello sanitario più in generale, da questo punto di vista è estremamente interessante per la speculazione finanziaria e nel futuro lo sarà ancora di più.

1.2 La direzione dell'EOC da tempo si muove in questa logica

Gli organi dirigenti dell'EOC, CdA e Direzione generale, stanno da tempo lavorando per creare le premesse per sottomettere la sanità ticinese alle logiche di mercato venendo così meno al mandato ricevuto dal potere politico e, soprattutto, andando al di là delle proprie competenze. Uno degli esempi più eclatanti è la decisione dell'EOC di orientarsi verso un unico ospedale cantonale. Una decisione contenuta nell'impostazione strategica dell'EOC, alla base delle numerose e gravi scelte di smantellamento graduale degli ospedali regionali. Una strategia in contraddizione con la versione ufficiale del Messaggio governativo nel quale si continua a parlare di due ospedali regionali di riferimento - Lugano e Bellinzona - e con la base legale attuale che stabilisce quattro ospedali regionali e due di zona. Un atteggiamento talmente sfacciato da indurre la CPO a segnalare tale contraddizione nel suo Pre-rapporto:

“Si ritiene di dover sottolineare una palese incongruenza tra l'impostazione strategica della pianificazione ospedaliera cantonale che riprende il modello multisito e le prime ipotesi di lavoro sull'impostazione strategica futura dell'EOC e in particolare alcune decisioni del dipartimento di chirurgia dell'EOC. Sottolineiamo come al momento della presentazione del messaggio sulla pianificazione ospedaliera, l'EOC usciva con la presentazione del proprio piano strategico che presentava l'avviso delle riflessioni verso un solo ospedale di riferimento.²

...Questo graduale travaso di competenze verso un solo Ospedale, quando invece la pianificazione indica di voler sostenere due poli di riferimento, ha provocato disorientamento e legittime preoccupazioni. Anche e soprattutto considerato l'effetto domino che lo spostamento di una specialità provoca (servizi annessi di anestesia, laboratorio, analisi, ecc.) all'interno del rispettivo ospedale. ... È un'ulteriore dimostrazione di come sia indispensabile una condivisione dell'impostazione. E visto che in Ticino è il parlamento a dover approvare la pianificazione ospedaliera, sarebbe oltremodo auspicabile che le informazioni seguano i canali istituzionali e le procedura di approvazione previste dalle normative cantonali.³”

² Pagina 22 Pre-rapporto

³ Pagina 24 Pre-Rapporto

Dal canto suo la direzione dell'EOC ha reagito in modo stizzito a queste legittime e corrette critiche:

Forse è venuto il momento di porsi il quesito se la competenza del Gran Consiglio avocata su di sé nel 2002 ... abbia ancora una valenza o possa essere allineata a quanto avviene negli altri Cantoni, nei quali la competenza decisionale in ambito pianificatorio ospedaliero è del Consiglio di Stato o, in alcuni casi, addirittura del competente Dipartimento cantonale della sanità.⁴

1.3 DRG: cavallo di troia delle logiche di mercato e privatistiche

La PO è strettamente legata al quadro del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero in vigore dal 1° gennaio 2012 su tutto il territorio svizzero e fondato su due aspetti. Il finanziamento a forfait per tipo di trattamento (sulle base del Swiss DRG, Diagnosis Related Groups) e la ripartizione dei costi tra i cantoni e gli assicuratori malattia: 45% pagato dagli assicuratori e 55% dai cantoni, valido anche per le cliniche private inserite nelle pianificazioni ospedaliere cantonali.

Il finanziamento attraverso i DRG è un finanziamento sulla base del volume di attività e in prospettiva. Ciò significa, da un lato, che non è più l'ospedale ad essere finanziato, ma ogni tipo di intervento. D'altro canto, il finanziamento non si fa più secondo il costo misurato alla fine del trattamento, ma secondo una tariffa fissata in anticipo.

Ogni tipo di trattamento è classificato in un DRG, che consiste in un gruppo tariffario atto a raggruppare interventi omogenei sulla base dei loro costi, secondo un algoritmo complesso, basato sulle diagnostiche e i trattamenti. Il numero totale dei DRG si avvicina al migliaio. La "pesantezza" più o meno grande di ogni presa in carico, il suo costo più o meno elevato, diventa il "peso" del DRG (il costweight), identico per tutti gli ospedali di cura acuti in Svizzera. Questo peso è poi moltiplicato per un valore del punto (il cosiddetto baserate), negoziato per ogni ospedale, per stabilire un importo di retribuzione per ogni trattamento dato.

Ogni ospedale può confrontare quanto gli costano gli interventi raggruppati in un DRG, con la tariffa fissata per il rimborso di ognuno di questi casi. Ne risulta una lista "trasparente" degli interventi redditizi e di quelli deficitari. Il sistema dei DRG presuppone che le prese a carico raggruppate siano omogenee a livello di costi. Di conseguenza, tenendo conto del valore di riferimento, le differenze tra ospedali dipenderebbero da differenze di efficacia (di produttività). Il finanziamento attraverso i DRG inciterebbe gli ospedali ad adattarsi ai metodi più efficienti.

La realtà è ben diversa. Una protesi al ginocchio per un cinquantenne sportivo e in buona salute non è la stessa cosa di una protesi al ginocchio di un ottantenne, con un importante sovrappeso, ed anche con problemi cardiaci ed oftalmici. Poiché i DRG si basano su questa realtà, portano alla scelta di attività e pazienti più redditizi.

Le strutture che ne possono trarre il maggior profitto sono le cliniche private perché non sono tenute ad assicurare un servizio pubblico con il ventaglio completo delle prestazioni. Siccome il peso di ogni DRG è strettamente legato alla durata del soggiorno in ospedale, sempre maggiore è la pressione per diminuirla e non oltrepassare il limite superiore. Ciò alimenta la dinamica di standardizzazione e di parcellizzazione delle prese a carico dei pazienti e tende a far passare in secondo piano la persona ammalata.

⁴ Osservazioni EOC al Pre-rapporto CPO 13 marzo 2015

2. MANDATI

2.1 La bugia dell'obbligo di finanziamento pubblico alle cliniche private

Il cambiamento del sistema di finanziamento delle cliniche private presenti sulle liste di pianificazione ospedaliera non significa che ogni clinica privata abbia il diritto ad un finanziamento pubblico. E, soprattutto, non vi è un diritto automatico ed assoluto ad essere sulla lista di pianificazione.

È bene ricordarlo soprattutto in considerazione del fatto che una delle principali argomentazioni avanzate dai fautori della privatizzazione del settore ospedaliero è appunto la tesi secondo la quale, visto e considerato che l'Amministrazione cantonale è obbligata a finanziare il 55% dei costi ospedalieri delle cliniche private, tanto vale andare nella direzione di costituire società anonime miste.

In base alla giurisprudenza le cliniche private hanno il diritto a candidarsi per l'ottenimento di mandati. L'autorità cantonale non è però obbligata ad inserire automaticamente nella pianificazione, e per tutti i mandati, le singole cliniche private.

Ammesso e non concesso che in Ticino vi sia un esubero di fabbisogno, come sostenuto dal CdS, questa avrebbe dovuto essere la pista da seguire soprattutto nelle realtà dove le cliniche private si sovrappongono all'offerta degli ospedali pubblici creando doppioni inutili e costosi. Viceversa il DSS prima, il CdS poi e la maggioranza della CPO in seguito, hanno proceduto in senso opposto, aumentando il peso delle cliniche private a scapito del pubblico.

L'esempio più eclatante a tal proposito è stata l'imposizione da parte del DSS alla direzione del EOC di non candidare, per il pacchetto base, gli ospedali Acquarossa e Faido o di ampliare l'elenco dei mandati concessi alla Clinica Santa Chiara.

2.2 Spazio al privato, unico criterio per l'assegnazione delle specializzazioni

L'attribuzione della specializzazioni (dei mandati) è il "cuore" della pianificazione ospedaliera. Possiamo anzi dire che la pianificazione ospedaliera si risolve sostanzialmente in questa decisione. In base alla legge la ripartizione deve avvenire secondo una serie di criteri oggettivi, tra i quali la qualità delle prestazioni, l'economicità, la distribuzione equa sul territorio, favorendo una presa a carico capillare per le cure di base, il contributo alla formazione professionale del personale medico ed infermieristico, ecc.

Come è costretto ad ammettere il rapporto di maggioranza della CPO, ciò non è stato il caso per il progetto d'attribuzione proposto dal CdS. Tutti coloro che si sono espressi sulla procedura d'attribuzione delle specialità hanno sollevato enormi dubbi che l'operazione sia avvenuta sulla base di criteri oggettivi sia per quanto riguarda l'assegnazione dei mandati che per l'eccessiva frammentazione degli stessi. Al punto che la stessa maggioranza della CPO si è sentita in obbligo di segnalarli dettagliatamente nel suo rapporto e ammettere, seppure con formulazioni un tantino eufemistiche, che, di fatto, l'esercizio non è riuscito:

La CPO condivide l'applicazione del modello di Zurigo ma constata che in Ticino l'applicazione è stata parziale e spesso corretta sulla base di considerazioni non sempre così chiare. In alcuni ambiti l'attribuzione del mandato è infatti stata basata sulla struttura, in altre situazioni si è invece tenuto conto delle competenze del medico specialista esistente. Seguire le modalità della decisione non è sempre stato semplice.

Ecco alcuni esempi:

- Per la chirurgia della tiroide sono ritenuti necessari due centri; il primo mandato viene attribuito all'OBV di Mendrisio, indiscusso leader sul piano cantonale, mentre il secondo non viene attribuito al ORBV di Bellinzona che le statistiche indicano da sempre al secondo posto per numero di casi sul piano cantonale;
- Il Civico di Lugano non ottiene l'Urologia multidisciplinare complessa malgrado disponga praticamente già di tutte le specialità viscerali. La specialità viene invece

attribuita alla clinica Luganese, giustificando la scelta con la presenza di un noto chirurgo specializzato in questa patologia ma ormai prossimo alla meritata quiescenza;

- La nuova specialità della geriatria multidisciplinare complessa viene attribuita all'Ospedale La Carità di Locarno quando da sempre il centro cantonale per la geriatria è svolto dal ORBV, più precisamente dalla "sotto sede" di Acquarossa, a cui sembrava semmai logico prospettare una evoluzione e una specializzazione ulteriore nello stesso ambito.
- Per il Sopraceneri l'ortopedia di base è lasciata al ORBV separandola però inspiegabilmente dalla protetica (ossia l'inserimento di protesi nelle articolazioni) che è attribuita all'ospedale La Carità di Locarno, ciò che pregiudica fortemente l'attrattiva dell'ORBV nella chirurgia ortopedica che praticamente ovunque in Svizzera include anche la protetica.

Il DSS ha fornito le spiegazioni del caso rispetto a queste questioni e alla loro valutazione ma la CPO non ha potuto acquisire il necessario e definitivo convincimento al proposito⁵.

Questa frase, scritta in politichese, nel Pre-rapporto suonava in questo modo:

*La CPO non vuole mettersi a correggere singole attribuzioni in quanto non dispone delle competenze tecniche necessarie ma si deve limitare a rinviare la proposta al mittente, con l'indicazione che la definizione di dettaglio dei mandati deve essere discussa, e nel limite del possibile condivisa, con i responsabili medici settoriali e sgombrare così il campo in merito ai criteri decisionali adottati.*⁶

Analogo discorso per la frammentazione eccessiva delle specializzazioni:

In molte audizioni praticamente tutti i medici hanno lamentato un'eccessiva frammentazione delle specialità ciò che mette a repentaglio la possibilità di reclutare medici capaci visto l'impossibilità di poter svolgere la propria specialità in modo completo.

*La pianificazione ha coinvolto molti attori e anche parecchi medici. Non abbiamo una spiegazione esaustiva del perché si sia giunti a questo risultato parecchio contrastato dagli stessi medici. Tuttavia la CPO non può esimersi dal constatare che se l'indirizzo iniziale era condiviso, il risultato finale presentato ha offerto il fianco a molte critiche che la CPO si sente di condividere in considerazione delle spiegazioni assunte dai diversi attori coinvolti.*⁷

In realtà la logica alla base dell'assegnazione dei mandati è la volontà di ampliare il mercato delle cliniche private, in particolare del gruppo Genolier, porre le premesse per creare un unico centro di ostetricia nel Sottoceneri se non addirittura a livello cantonale, scardinare l'EOC e giungere alla privatizzazione dell'ospedale La Carità di Locarno;

Un comportamento spregiudicato del DSS - avvallato dal CdS - il quale, tramite l'assegnazione provvisoria di tutti i mandati per il pacchetto base, prestazioni specialistiche e multidisciplinari-complesse alla Carità e a Santa Chiara, ha sbarazzato "manu militari" le perplessità dell'ospedale pubblico locarnese nel dover trattare alla pari con una clinica che, nella realtà, non svolge per qualità e quantità le stesse funzioni.

Referendum popolare permettendo il DSS potrà, forse, riuscire nel suo intento di svendere la Carità e aprire grandi spazi di mercato nell'ostetricia al Gruppo immobiliare-sanitario Genolier. Non potrà però evitare gli effetti collaterali sanitario-ospedalieri ed anche economici quali la distruzione di un decennale centro d'eccellenza per la geriatria ad Acquarossa o per l'ortopedia-chirurgia della mano a Bellinzona e lo smantellamento di un ospedale di zona importante riferimento per la valle come quello di Faido.

⁵ Pagina 44 rapporto di maggioranza CPO

⁶ Pagina 24 Pre-Rapporto

⁷ Pagina 25 Pre-Rapporto

3. OSPEDALE REGIONALE BELLINZONA E VALLI

3.1 L'inizio del declino programmato per l'Ospedale Regionale Bellinzona e Valli

L'atteggiamento del Consiglio di Stato verso l'Ospedale San Giovanni è di un cinismo drammatico. Da una parte, nel messaggio sulla pianificazione, si definisce il San Giovanni ospedale di riferimento per il Sopraceneri. Dopo di che si propone di chiudere gli ospedali di Acquarossa e Faido che di fatto sono dei reparti del San Giovanni (che, val la pena ricordarlo, si definisce come Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli - ORBV). Uno strano modo di potenziare un ospedale che, già oggi, soffre di una carenza di posti letto in medicina (a volte pazienti di medicina finiscono in ostetricia o in altri reparti per mancanza di posto).

La prima immediata conseguenza di questa decisione sarà un ulteriore sovraffollamento del reparto di medicina. I letti di medicina verranno dimezzati, passando da 157 a 83 per il fabbisogno di oltre 80'000 persone residenti nella regione (Bellinzona, Tre Valli e Moesano). Il Pronto Soccorso del San Giovanni, da parte sua, non avrà più le due attuali valvole di sfogo di Acquarossa e Faido e verrà caricato di ulteriori 5000 pazienti annui.

L'Ospedale regionale di Bellinzona verrà inoltre privato di diverse specializzazioni svolte fino ad oggi, fondamentali per un ospedale che dovrebbe essere di riferimento per tutto il Sopraceneri. Tra le altre, ricordiamo la chirurgia della tiroide, la geriatria multidisciplinare complessa, l'ortopedia protesica, ecc.

Sappiamo che, per far avallare tutto questo, si è avanzata l'idea (con dichiarazioni dell'EOC e richiami da parte dello stesso governo) che Bellinzona verrebbe "ricompensata" ospitando l'ospedale pediatrico cantonale, diventando cioè punto di riferimento del Cantone in una serie di aspetti specialistici legati alla pediatria. Anche in questo senso andrebbero i recenti investimenti di ampliamento decretati dall'EOC.

Ma a nessuno sfugge il fatto che il prospettato centro madre-donna-bambino, che dovrebbe nascere nel Luganese dalla collaborazione tra lo stesso EOC e il gruppo Genolier, nell'ambito di quella collaborazione privato-pubblico sempre più spinta rappresenta a medio termine un pericolo reale per l'esistenza di specializzazioni pediatriche distaccate a Bellinzona.

Non deve inoltre essere sottovalutata le conseguenze per l'Ospedale regionale di Bellinzona e Valli della costituzione, sotto il cappello di una società anonima, di un unico ospedale a Locarno. L'ORBV amputato del reparto di medicina di Faido e dei reparti di medicina e geriatria di Acquarossa avrà una dotazione di 230 letti (secondo la vecchia definizione) a fronte di 255 del futuro ospedale SA di Locarno.

Riprendendo un termine utilizzato nella valutazione delle prospettive di un'altra importante struttura del Bellinzonese, l'Officina FFS, l'ospedale regionale di Bellinzona e Valli rischia di incamminarsi su uno scenario di "declino programmato".

3.2 Acquarossa e Faido: vittime sacrificali della pianificazione ospedaliera

Gli ospedali di Acquarossa e Faido sono le vittime sacrificali della PO. Il sacrificio è iniziato con "l'invito" del DSS all'EOC a non candidare questi due ospedali per il pacchetto base e la geriatria.

L'obiettivo è di smembrare parte del settore ospedaliero. Secondo la visione del governo parte delle cure stazionarie erogate attualmente in alcuni ospedali (tra cui Acquarossa e Faido) o reparti ospedalieri non dovrebbero rientrare nell'ambito ospedaliero. Da qui la tesi che oggi in Ticino vi sarebbero oltre 250 letti in esubero nel settore somatico-acuto. E la proposta del CdS di togliere alcuni ospedali o cliniche dal settore somatico-acuto e di trasformarle in istituti di cura, per il tramite di un'apposita legge.

La tesi di un esubero di 250 letti nel settore somatico-acuto è stata in questi due anni contestata da più parti. Vale la pena citare, a questo proposito, la presa di posizione inviata al CdS da parte del Cardiocentro in data 23 marzo 2015:

... pensiamo che la previsione di una diminuzione delle giornate di cura del 18% da oggi al 2020 sia ottimistica in considerazione dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle malattie croniche. Quindi la prospettata riduzione del fabbisogno stimato in 250 posti letto può risultare non fattibile. Non è infatti chiaro se questa cifra è stata considerata in funzione delle vere esigenze sanitarie del nostro cantone.⁸

Pure la CPO è giunta alla conclusione di respingere questa proposta di legge. La maggioranza della CPO è però rimasta ancorata alla logica (quasi in ostaggio) del CdS di voler a tutti i costi ridurre l'offerta sanitaria in alcuni ospedali o cliniche ed in particolare negli ospedali pubblici di Faido ed Acquarossa e misconoscere l'importante contributo svolto da questi due strutture ospedaliere per la sanità del Canton Ticino.

È bene ricordare che gli ospedali di Acquarossa e Faido sono due elementi centrali della struttura legata all'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (83 letti di medicina su 157 e 5000 passaggi al PS). Un ruolo che va al di là dell'altrettanto importante presidio sanitario per le Tre Valli. Prova ne sia che ben 2/3 dei pazienti degenti nei due ospedali provengono dal resto del cantone.

Le numerose audizioni davanti alla CPO hanno confermato, in modo unanime, la qualità delle cure prestate presso gli ospedali di Acquarossa e Faido. In particolare il livello del reparto di geriatria di Acquarossa e la riabilitazione di Faido e dei due reparti di medicina interna; così come l'importanza dei due Pronto Soccorso, di tipo B.

È importante evidenziare che la qualità dei servizi offerti poggia su pilastri che si condizionano a vicenda. L'eliminazione di uno o più pilastri farebbe implodere tutta la struttura. E più in particolare:

- la presenza di cinquanta-sessanta letti per ospedale che garantiscono un numero di personale medico ed infermieristico (tra cui 8 medici e 37 infermieri) tale da garantire per i reparti ed anche il pronto soccorso una presenza 24 ore su 24 di personale qualificato.
- la combinazione di un reparto di medicina di base con un reparto "specialistico" (geriatria o riabilitazione);
- la presenza di un pronto soccorso di tipo B e di un reparto di medicina;

Le proposte contenute nel rapporto di maggioranza non garantiscono questi pilastri e dunque la stessa qualità e quantità delle cure oggi offerte ai cittadini delle valli, ma anche per la struttura complessiva legata all'Ospedale regionale di Bellinzona e Valli.

Ad Acquarossa:

- verrà soppresso il reparto di geriatria.
- Il reparto di medicina verrà trasformato in un reparto AMI (acuto minor intensità). Reparto nel quale il personale medico verrà ridotto da 8 a 3,7 unità. Il personale infermieristico qualificato passerà da 37 a 11,3 unità. In questo reparto AMI durante la notte non vi sarà una presenza medica. Come indicato a più riprese nel rapporto di maggioranza - e ribadito dal preavviso della Commissione della gestione e delle finanze così come nelle diverse prese di posizione del Consiglio di Stato - tale riduzione del personale è sancita dalla chiara indicazione che i costi giornalieri nei reparti AMI non potranno superare i 510 franchi per giornata di cura. Oggi il costo giornaliero per giornata di cura ad Acquarossa è di circa 730 franchi. Vale la pena ricordare che

⁸ Osservazioni Cardiocentro al Pre-Rapporto, 23 marzo 2015

i costi di Acquarossa sono, oggi, molto inferiori ai costi del San Giovanni dove, a parità di prestazioni il costo giornaliero, è di circa 1'150 franchi.

- Il PS di tipo B sarà sostituito da un cosiddetto Centro Medico Urgenza (CMU). Nel concreto questo CMU sarà un ambulatorio medico aperto dalle 08.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì. Nei fine settimana e nei giorni festivi dalle 08.00 alle 16.00. Tra le 20.00 (16.00 nei giorni festivi e nei fine settimana) e le 08.00 vi sarà un campanello di chiamata ed il medico assistente di picchetto dovrà raggiungere il CMU entro 20 minuti (45 minuti per il medico FMH). Come emerso in CPO il “compromesso” presentato dal CdS e fatto proprio dalla sua maggioranza è una manciata di polvere da gettare negli occhi di chi non vuole ammettere che si stanno togliendo i PS nei due ospedali.
- Vi sarebbero poi 10 fantomatici letti acuti di medicina, una piccola elemosina alla popolazione delle Valli con le quali si spera di aggirare l'ostacolo della loro opposizione, perlomeno a breve termine. Letti acuti e CMU che, come già affermato dall'EOC, non avranno una sostenibilità finanziaria e che dovranno essere dunque finanziati tramite una sovvenzione pubblica. Ciò determina, sin da ora, la morte dei CMU e dei letti acuti. Non trascorreranno due anni che questi letti, per ragioni finanziarie, saranno soppressi. Ed allora, passate le diverse tornate elettorali che fin qui hanno frenato i rappresentanti dei partiti maggiori, si potrà procedere in silenzio e senza rischi collaterali alla liquidazione definitiva di tutto questo.

A Faido la situazione sarà ancora più problematica:

- i 25 letti del reparto di riabilitazione rimarranno.
- Questo reparto non potrà però più contare sul sostegno di un reparto (con 33 letti) di medicina interna. Ne si costituirà un reparto AMI. Eventualmente, in un secondo tempo e su decisione del Consiglio di Stato, questi 25 letti di riabilitazione potranno venir aumentati a 45. Chi vivrà vedrà!
- Anche a Faido, come Acquarossa, il Pronto Soccorso sarà sostituito da un CMU. La situazione di Faido sarà tuttavia ancora più critica che ad Acquarossa in considerazione del fatto che questo CMU dovrà far affidamento su una struttura sanitaria unicamente riabilitativa. Come indicato dal gruppo di lavoro CMU, diretto dal medico cantonale Merlani, un CMU senza unità di cura con medici dedicati non è immaginabile garantire il funzionamento di un servizio di primo soccorso.⁹
- Anche a Faido si promettono 10 fantomatici letti acuti.

3.3 San Giovanni intasato con le cure di base

L'ospedale San Giovanni sarà dunque “amputato” delle sue due antenne di Faido ed Acquarossa. Qualora questa proposta pianificatoria venisse confermata, l'OSG dovrà far fronte all'arrivo della stragrande maggioranza di pazienti che oggi da Bellinzona vengono trasferiti o che vengono direttamente ammessi ad Acquarossa e Faido. Si tratta del corrispondente di 83 letti (50 di Acquarossa e 33 di Faido) occupati da pazienti nella misura del 87%-93% su tutto l'arco dell'anno e che dovranno venir curati a Bellinzona. Il Pronto Soccorso di Bellinzona dal canto suo dovrà accogliere gli oltre 5000 pazienti che attualmente si presentano e vengono curati nei due Pronto Soccorso di valle. Il San Giovanni verrà di conseguenza messo sotto pressione da un forte aumento delle cure di base. Una situazione che rischia, ulteriormente, di compromettere il futuro dell'ospedale quale istituto specializzato di punta, riducendolo ad ospedale per le cure di base e con conseguente ed inevitabile concentrazione di altre specializzazioni in altri ospedali.

⁹ Rapporto del Gruppo di lavoro CMU, senza data

3.4 San Giovanni: un ospedale di riferimento cantonale con poche prestazioni multidisciplinari e complesse

Come abbiamo già anticipato nel capitolo 3.1, al San Giovanni vengono tolte diverse specializzazioni svolte fino ad oggi e fondamentali per un ospedale di riferimento cantonale. Ad esempio la chirurgia della tiroide, la geriatria multidisciplinare complessa, l'ortopedia protesica. Per il momento la presunta "compensazione" quale futura sede dell'ospedale pediatrico cantonale rimane un'ipotesi e nulla di più. Un'ipotesi che, come detto più sopra, potrebbe venir meno qualora si concretizzasse il centro madre-donna-bambino frutto di una SA tra il gruppo immobiliare-sanitario Genolier e l'EOC. Stessa sorte per le prestazioni ginecologiche multidisciplinari e complesse assegnate provvisoriamente sia al San Giovanni che all'Ospedale Regionale di Lugano. Anche su di esse pende la spada di Damocle del progetto madre-donna-bambino.

Riprendendo quanto sottoscritto dalla conferenza regionale della sanità del Bellinzonese:

"riducendo le prestazioni di cui sopra si vedrebbe un ulteriore ridimensionamento delle specialità di punta dell'OSG: il rischio è che con il tempo l'OSG venga sminuito a "semplice ospedale regionale" in cui far confluire le "sole cure di base degli ospedali di valle."¹⁰

Una visione che ben si inserisce nella visione strategica dell'EOC orientato verso un solo ospedale cantonale.

3.5 L'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli amputato della geriatria

La tematica della geriatria merita un'attenzione particolare. Da anni all'interno dell'Ospedale regionale di Bellinzona e Valli, e specificatamente ad Acquarossa, si è sviluppato un eccellente lavoro nel settore della geriatria. Attualmente Acquarossa è riconosciuto come polo geriatrico del Sopraceneri.

Una struttura sanitaria che dispone di medici specialisti in grado di formare giovani medici in una specializzazione che, nei prossimi anni, vedrà un grande sviluppo. Per il Ticino si prospetta la necessità, in base ai criteri utilizzati dal Canton Basilea, di circa 120 letti acuti¹¹. Negli ultimi anni la maggior parte dei cantoni ha optato, per quanto riguarda la geriatria, per un suo notevole potenziamento con la creazione sia di "Centri di competenza geriatria acuta" sia per la creazione di "cliniche di riabilitazione geriatrica". A Zurigo, ad esempio, a partire dal 2012 si sono creati addirittura 9 "centri di competenza di geriatria acuta". Finora nessun cantone ha deciso di escludere dalla pianificazione ospedaliera strutture geriatriche esistenti. Viceversa il CdS - e la maggioranza della CPO propone di ratificare questa scellerata ed assurda decisione - ha deciso di escludere dalla pianificazione una delle migliori strutture di geriatria, amputando il Bellinzonese e le Tre Valli, regione con forte presenza di popolazione anziana, di questo servizio e trasferendolo presso l'ospedale La Carità di Locarno. Nel Sottoceneri la geriatria sarà presente nel Mendrisiotto e nel Luganese.

3.6 La medicina di famiglia e le cure di base

Il 18 maggio 2014 il popolo svizzero ha votato a stragrande maggioranza l'articolo costituzionale per la medicina e le cure di base. Ai cantoni toccherà di concerto con la confederazione implementare questa strategia. Ciò significa anche sviluppare tutte quelle

¹⁰ Presa di posizione della conferenza regionale della sanità regione Bellinzonese del 7 aprile 2014

¹¹ 0.65 letti acuti per ogni 100 ultraottantenni (Ticino circa 19'000)

misure per rafforzare la medicina di famiglia e la presa a carico dei malati con cure di prossimità.

A questo proposito il nostro Cantone, a differenza di molti altri Cantoni svizzeri, è silente. Il Canton Grigioni ha sviluppato ad esempio una strategia per garantire anche nelle valli periferiche una presa a carico medica adeguata. Se nei centri il problema non sussiste, nelle valli più periferiche si fatica a trovare medici disponibili ad aprire studi medici di base. Ecco perché di pari passo con la concreta pianificazione ospedaliera sarebbe opportuno che il Governo rispettivamente il DSS presenti una strategia per favorire il rafforzamento della medicina di famiglia. Con una mozione del 12 marzo 2012, presentata di Pelin Kandemir Bordoli e Roberto Malacrida si invitava il Consiglio di Stato ad incoraggiare la medicina di base e sviluppare anche in Ticino finalmente un modello di assistentato in uno studio di medicina di base, chiedendo *“di riattivare al più presto la creazione di un modello assistentato in uno studio di medicina di base in Ticino nell'ambito della specializzazione FMH in medicina di base (FMH in medicina generale-interna e in pediatria), con la creazione di posti di stage per medici assistenti in formazione quali medici di famiglia e pediatri in studi medici del Cantone”*. Mozione tuttora inevasa. Da notare che praticamente tutti i cantoni hanno sviluppato dei modelli di assistentato per la medicina di famiglia in collaborazione con gli ospedali pubblici e i medici installati sul territorio.

Il recente grido d'allarme dei medici delle Tre valli che non possono più garantire il picchetto diurno per mancanza di medici è sintomatica. Inoltre, l'aumento dei casi di demenza e la necessità di rafforzare le cure palliative anche in ambito ambulatoriale dovrebbero spingere il Cantone ad interrogarsi con urgenza su come vuole affrontare queste sfide, anche rafforzando la medicina di prossimità.

4. PRIVATIZZAZIONE E MESSA IN PERICOLO DELL'EOC

4.1 Un cambiamento di paradigma: dal servizio pubblico alla logica di mercato (aziendalizzazione)

Il messaggio propone pure una modifica radicale della Legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC). Una modifica che, di fatto rendendo instabile la situazione dell'EOC, porterebbe ad uno smantellamento della sanità pubblica nel Canton Ticino.

Questo orientamento di fondo, che in un certo senso "accompagna" il progetto pianificatorio, ha trovato sbocco in una ridefinizione (per nulla "tecnica", ma profondamente politica) di alcuni degli articoli della Legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale (LEOC), a dimostrazione che proprio lì si situa il punto di svolta di tutta la discussione sulla pianificazione.

E che questa ridefinizione parziale della missione dell'EOC sia sostanziale ce lo confermano altri importanti indizi. In particolare la ridefinizione dell'art. 2 della LEOC, laddove all'attuale formulazione *l'EOC provvede alla direzione e alla gestione di "ospedali pubblici"* si sostituisce la formulazione *"strutture sanitarie di interesse pubblico"*.

Uno scivolamento semantico abbastanza significativo e pieno di interrogazioni (cos'è e chi definisce l'interesse pubblico?) che viene d'altronde assunto pienamente dal commento contenuto nel messaggio, laddove si specifica che "si giustifica con l'esigenza di una maggiore flessibilità".

Non è una novità: il passaggio dal concetto di servizio pubblico a quello di servizio "al pubblico" prepara tutte le svolte che vanno in direzione di una maggiore apertura al settore privato. Non a caso il concetto era stato proposto da Marina Masoni nel messaggio sulla riforma di BancaStato d'inizio anni 2000, dove si teorizzava, in prospettiva, la necessità di un passaggio della banca ad una forma "mista" di proprietà.

Dietro al mutamento di terminologia vi è in realtà un mutamento di paradigma. Il servizio pubblico non è più un servizio al cui centro vi siano i bisogni dei cittadini e la necessità che sia loro garantita la stessa possibilità di accesso a questi servizi, sottratto alla logica di redditività e profitto nell'espletamento delle sue attività. Diventa invece, nella accezione di servizio "al pubblico", un'offerta che un'azienda rivolge ad un pubblico (ad una domanda) sulla base di proprie scelte e

convenienze. Soddisfare un bisogno di un settore fondamentale per la popolazione è solo accessoriamente un compito che si assegna ad un'impresa di servizio al pubblico: prima vengono le sue scelte aziendali, produttive e finanziarie.

La salute della popolazione entra così a pieno titolo fra le merci ed i prodotti su cui speculare per trarre guadagni, metamorfosi, sulla pelle dei cittadini, sino ad ora impensabile in Ticino.

4.2 Si elimina il riferimento alla presenza regionale degli ospedali pubblici

Si propone inoltre di abolire la chiara indicazione di una presenza degli ospedali pubblici sul territorio cantonale: Mendrisio, Lugano, Locarno, Valle Maggia, Bellinzona, Acquarossa e Faido. Un'ulteriore conferma, se ancora fosse necessario, che gli ospedali di Acquarossa e Faido scompariranno:

L'ancoraggio nella legge di un elenco di strutture per distretto non è più compatibile con i criteri di flessibilità che sono stati menzionati precedentemente e d'altronde la lista che oggi figura nella legge risulta superata dalle circostanze¹²

Osservazione che vale per l'Ospedale di Valle Maggia, ma che non è per nulla superata per tutte le altre strutture.

Anzi, val la pena di aggiungere, proprio su questo tema, che le indicazioni presenti in una legge non sono tanto da sottovalutare. Oggi, ad esempio, vi sono quattro ospedali "regionali" che sono ancorati nella legge e che hanno, proprio attraverso questa definizione, lo stesso statuto, la stessa importanza per dirla più semplicemente. A questo proposito vale la pena far notare che il riferimento ai futuri presunti due ospedali di interesse regionale non poggiano su alcuna definizione di legge. Lo schema per cui in futuro vi sarebbero due ospedali di interesse regionale (Bellinzona e Lugano) e altri di "prossimità" si trova solo nel messaggio del Consiglio di Stato. La loro mancata definizione in un articolo di legge (come è invece ora il caso) apre le porte a qualsiasi decisione circa il loro futuro. E questo senza che tale decisione possa in qualche modo essere impugnata.

4.3 EOC deve rendere finanziariamente

Corollario di questo orientamento verso una logica di mercato è quella di assegnare all'EOC di un proprio capitale di dotazione, con indicazioni sulle attese di redditività, pronta ad operare come una vera e propria società anonima (non a caso si afferma, nel messaggio del governo, che la soluzione migliore e più flessibile sarebbe proprio quella, adottata d'altronde anche in qualche cantone). In altre parole, l'orientamento è quello di andare verso una privatizzazione attraverso la compenetrazione tra capitale pubblico e capitale privato.

4.4 Si smembra l'EOC

Accanto a ciò si vuole introdurre nella legge la possibilità per l'ente pubblico di costituire delle nuove società, con personalità giuridica autonoma, in compartecipazione con aziende private.

Questo progetto di privatizzazione ha il suo baricentro nel Luganese e si concretizza attorno alla costituzione di una personalità giuridica mista tra il gruppo immobiliare-sanitario Genolier (Sant'Anna e Ars Medica) e l'EOC per un centro madre-donna-bambino. Centro che dovrebbe sorgere a Sorengo, accanto alla clinica Sant'Anna.

¹² Messaggio pagina 59

Alfine di mascherare quest'attività grimaldello della sanità pubblica, la direzione dell'EOC, sempre assistita dal DSS, sta cercando da tempo di sviluppare e propagandare argomentazioni "pseudo-mediche" che giustificerebbero il progetto di privatizzazione. Ma non solo. Per rendere "inevitabile" la logica della privatizzazione il DSS ed il CdS sono addirittura arrivati al punto di obbligare l'Ospedale regione di Locarno (La Carità) ad aprire trattative con la clinica Santa Chiara per un progetto di ospedale unico. Ciò è avvenuto concedendo, nell'ambito del progetto della pianificazione ospedaliera, anche alla clinica Santa Chiara le stesse specializzazioni dell'Ospedale regionale (che in parte attualmente non svolge).

Tutti gli addetti ai lavori riconoscono che di fatto la Santa Chiara è in esubero. Ragionevolmente il Consiglio di Stato avrebbe dovuto proporre di non più inserire la Santa Chiara nella lista delle specializzazioni, escludendola cioè dalla pianificazione ospedaliera. Ed invece è avvenuto il contrario. Il Consiglio di Stato, concedendo sia alla Carità che alla Santa Chiara le stesse specializzazioni, obbliga l'ospedale pubblico a iniziare una trattativa per definire un ospedale unico regionale, nella forma di una società anonima, allo stesso livello. Una situazione paradossale che avvantaggia la clinica privata, la quale attualmente non svolge tutte le specializzazioni concesse e che non ha in nessun modo il livello di competenze e qualità della Carità.

4.5 NewCo Locarno Salute SA

Lo studio dell'USI, pubblicato poche settimane fa, fa definitivamente chiarezza sulla forma del futuro ospedale unico regionale del Locarnese: società anonima, capitale azionario suddiviso in parti uguali tra l'Ente Ospedaliero Cantonale e la Santa Chiara, ripartizione paritetica dei membri del CdA tra i due azionisti ed un presidente del CdA indipendente che garantisca un ruolo di super partes:

La nomina e la figura del Presidente assumono grande rilievo in relazione alla distribuzione delle quote azionarie secondo una logica paritaria (50%-50%); quindi la sua presenza permette in ogni momento di risolvere automaticamente qualsivoglia possibile stallo o conflitto decisionale tra le parti nell'ambito delle decisioni di competenza del CdA. Il presidente del CdA potrebbe altresì esercitare il proprio ruolo chiave anche in presenza di possibili controversie decisionali a livello di assemblea dei soci. È infatti realistico immaginare che, in relazione alla soprammenzionata ripartizione paritaria delle quote, possano verificarsi delle situazioni di stallo in alcune decisioni gestionali, anche di grande rilievo, attribuite al collegio degli azionisti (es. definizione degli statuti, approvazione del rapporto annuale, ecc) In tale caso si reputa quindi opportuno predisporre un meccanismo di risoluzione dei conflitti che permetta di assicurare la flessibilità gestionale tutelando al contempo, per quanto possibile, gli interessi delle parti. In tal senso, si potrebbe valutare le seguenti alternative:

l'assemblea dei soci potrebbe attribuire al Presidente del CdA il potere di dirimere la questione;

l'assemblea dei soci potrebbe individuare un collegio arbitrale cui affidare il compito di individuare la soluzione più appropriata della questione.

Un'impostazione che segue le impostazioni e le visioni espresse dalla proprietà della Santa Chiara per la quale la futura società anonima che gestirà l'ospedale unico di Locarno avrà l'obiettivo di essere in concorrenza con le altre strutture del Luganese e soprattutto con il San Giovanni di Bellinzona.

Queste due indicazioni riguardanti gli obiettivi strategici del 50% del futuro capitale azionario ed i meccanismi “decisionali” del futuro Ospedale SA Locarno danno l’idea, molto concreta e non ideologica, delle tematiche con cui la sanità ed il Canton Ticino saranno confrontati. Da una parte l’obiettivo strategico d’entrare in concorrenza con gli altri Ospedali presenti in Ticino, obiettivo in contraddizione con la logica EOC dell’ospedale cantonale multisito; e dall’altra l’espropriazione delle scelte decisionali sottratte a qualsiasi processo democratico per il tramite del “potere politico” sia esso legislativo od esecutivo, proprietario dell’EOC. Anche ammesso e non concesso che la direzione o il CdA dell’EOC non condividesse l’obiettivo strategico della proprietà della Santa Chiara, azionista al 50% della nuova Ospedale SA Locarno, in futuro l’ente pubblico demanderebbe la scelta finale al suo presidente che deciderà in modo inappellabile.

A scanso d’equivoci, e affinché non si pensi che tutti si fanno abbindolare da corposi studi allestiti da istituti universitari, vale la pena citare un estratto della lettera d’intenti sottoscritta dall’EOC (Lotti e Pellanda) con la Clinica Santa Chiara (Meyer e Sury) in data 13 dicembre 2013:

La forma di collaborazione sul medio-lungo termine non è all’ora attuale definita. In linea di principio si cercherà la forma più trasparente e giuridicamente più solida della partecipazione ad una società anonima di gestione dei mandati che saranno attribuiti dalla competente autorità politica nell’ambito della procedura di pianificazione ospedaliera cantonale.

Più chiaro di così! È almeno dal dicembre 2013 che gli organi dirigenti dell’EOC stanno lavorando per una privatizzazione delle strutture ospedaliere pubbliche.

4.6 Collaborazione Genolier-EOC: una SA finalizzata al profitto

Quale premessa a questo capitolo è importante dare alcune indicazioni sul gruppo immobiliare-sanitario Genolier Swiss Medical Networ (GSMN) quotato alla borsa svizzera.

Il gruppo Genolier nel Canton Neuchâtel, dopo aver assorbito la clinica della Providence, ha disdetto il contratto collettivo di lavoro. Ne è nato un conflitto sindacale sfociato in un lungo e duro sciopero. Il personale coinvolto è stato licenziato abusivamente da Genolier con la conseguenza di una causa davanti all’Ufficio Internazionale del Lavoro.

Vi sono inoltre pesanti accuse emerse nella stampa confederata in merito alla gestione degli acquisti da parte del gruppo Genolier. Secondo il domenicale Sonntagzeitung vi sono situazioni nelle quali si è potuto constatare che il gruppo Genolier esige dai propri fornitori il versamento d’importanti contributi quali sponsoring.

Il gruppo Genolier contratta con i fornitori un forte sconto sul costo iniziale. Una volta definito questo sconto viene chiesto al fornitore di emettere una fattura con il prezzo iniziale esigendo però il riversamento dello sconto concordato sotto forma di sponsoring. Una pratica in contraddizione con i relativi obblighi legali di dividere nettamente lo sponsoring dagli acquisti e che esso è possibile solo su base volontaria.

Questa “creatività contabile” servirebbe a due scopi: da una parte permettere al gruppo Genolier d’avere a disposizione ingenti somme di denaro da utilizzare senza giustificazione; dall’altra consentirebbe un’ottimizzazione delle imposte pagate, potendo dedurre dalla propria contabilità ammortamenti superiori ai reali costi d’investimento.

Da ultimo vi è in corso una contesa penale ed amministrativa che coinvolge un medico attivo nella clinica Sant’Anna. La vertenza penale potrà chiarire se vi sono delle responsabilità penali e civili che vanno al di là del medico coinvolto.

Per Antoine Hubert, gli obiettivi strategici del gruppo immobiliare-sanitario sono chiari.

In un'intervista al giornale Le Temps del 27 giugno 2012 parlando dell'introduzione dei DRG affermava:

"Con l'introduzione del pagamento all'atto potremo assistere in Svizzera ad una privatizzazione parziale degli ospedali pubblici ed a un consolidamento delle cliniche. In Svizzera, su 140, da 30 a 40 hanno le strutture adeguate e potrebbero essere integrate nel gruppo Aevis (ora Genolier)."

In Germania, con l'introduzione dei forfait per caso, la percentuale delle strutture private è passata dal 25% al 75%, in 10 anni.

Strategia che per quanto riguarda il Ticino si concretizza con un'altra lettera d'intenti sottoscritta, in data 12 novembre 2013, dall'EOC con Antoine Hubert e Fulvio Pelli in data 12 novembre 2013. Una lettera che temporalmente precede di quasi un mese all'altra lettera d'intenti sottoscritta con la Clinica Santa Chiara. Due lettere analoghe nella forma e nel contenuto. Le intenzioni di questa lettera sono chiare:

1 Intenzioni

EOC e Genolier intendono proporre al Canton Ticino, nell'ambito della procedura di pianificazione ospedaliera, una collaborazione a favore della regione del Luganese su alcuni mandati di prestazioni aventi come obiettivo la concentrazione della casistiche relative all'ostetrica e alla neonatologia. EOC e Genolier sono pure disponibili a sviluppare ulteriori collaborazioni nei mandati di ginecologia, senologia ed oncologia nonché di ortopedia.

È evidente che se ciò si concretizzasse significherebbe una Frauenklinik in concorrenza con le specializzazioni del San Giovanni

2 Visione condivisa

EOC e Genolier immaginano a medio termine di poter realizzare un nuovo centro di riferimento unico in ambito ostetrico e neonatologico per la regione del Luganese, con graduale affermazione su un perimetro geografico più ampio.

Dunque il progetto non si ferma al Luganese ma va più in là, come d'altra parte affermato a più riprese anche dal direttore Pellanda:

3 Collaborazione pubblico-privato

In linea di principio si cercherà la forma più trasparente e giuridicamente più solida della partecipazione ad una società anonima di gestione dei mandati...

Come volevasi dimostrare...

4 Principi di collaborazioni

Equilibrio finanziario o neutralità finanziaria della soluzione collaborativa per l'EOC e Genolier rispetto alla soluzione finanziaria

Nel progetto di grande massima (road map) allestito tra EOC e Genolier in data 31 marzo 2014 alcuni aspetti vengono approfonditi:

Situazione di partenza:

L'esigenza di collaborare (tra EOC e Genolier) nasce da un giudizio di insoddisfazione espresso dal DSS sulla situazione attuale che vede in Ticino sei centri (4 pubblici e 2 privati) che si occupano di ostetrica-neonatologia e ginecologia. Ad eccezione della Clinica Sant'Anna (che conta ca. 900 nascite all'anno) e dell'Ospedale San Giovanni (ca. 600 nascite all'anno), tutti gli altri centri non presentano una dimensione ottimale

per poter garantire una buona qualità, un'elevata sicurezza delle pazienti e, soprattutto, un'adequata sostenibilità finanziaria.

Grazie ai due progetti di collaborazione i centri verrebbero ridotti a quattro con un'interessante concentrazione della casistica, come segue:

| <i>Struttura</i> | <i>Numero nascite</i> |
|------------------------|-----------------------|
| <i>CSC-ODL Locarno</i> | <i>600</i> |
| <i>OSG Bellinzona</i> | <i>600</i> |
| <i>OCL-CSA Sorengo</i> | <i>1300-1400</i> |
| <i>OBV Mendrisio</i> | <i>400</i> |

Appare chiaro che seguendo questa logica il destino dell'ostetricia in un ospedale come la Beata Vergine di Mendrisio è, a medio termine, segnato.

Nella road map vi è inoltre un'interessante affermazione che conferma le parole espresse dal signor Hubert nel 2012: Il Canton Ticino (con questa SA) fungerà da apripista su questa strada per il gruppo Genolier e il modello potrà poi essere esportato in altri Cantoni e per altre specialità.

Riassumendo la "collaborazione" tra il gruppo immobiliare-sanitario Genolier e l'EOC si configura con una società anonima con una logica di ricerca di profitto. L'obiettivo è di andare al di là del perimetro dell'ostetricia e neonatologia con ambizioni nei settori di ginecologia, senologia ed oncologia, dunque una vera e propria Frauenklinik. L'influenza geografica di questa struttura dovrà andare oltre il Luganese: di sicuro ingloberà a sud il Mendrisiotto e a nord dovrà superare il Ceneri.

È opportuno non dimenticare che la lettera d'intenti cita pure l'ortopedia quale ambito di collaborazione. Fino ad ora tale tematica è rimasta in ombra. Ma se ha trovato spazio nella lettera d'intenti una qualche ragione vi sarà. E a pensar male si fa peccato, diceva qualcuno, ma ogni tanto ci si azzecca...

In commissione è inoltre rimasta a mezz'aria un'informazione secondo la quale il gruppo immobiliare-sanitario Genolier avrebbe intenzione di fatturare l'affitto della struttura immobiliare che dovrebbe ospitare la SA in base alla cifra d'affari.

4.7 Cardiocentro

Anche il Cardiocentro è rimasto nell'ombra della discussione legata alla pianificazione ed ai progetti di privatizzazione, ma è evidente che se dovesse passare lo smembramento e relativa privatizzazione dell'EOC il Cardiocentro non rientrerà più nell'EOC, così come stabilito al momento della sua fondazione.

Al momento della costituzione della fondazione Cardiocentro fu stabilito che nel 2020 l'istituto sarebbe stato integrato nell'EOC.

Un ritorno che i dirigenti della fondazione non sono per nulla intenzionati a concretizzare. In un'intervista a LiberaTV dello scorso 13 luglio 2015 il presidente della fondazione Giorgio Giudici affermava:

Questo istituto deve rimanere indipendente. Chiederemo una proroga di quindici anni della convenzione, in modo che il passaggio all'Ente non avvenga prima del 2035. Credo che il Cardiocentro debba rimanere indipendente e non essere integrato in un'altra entità.

Non si tratta di una citazione estemporanea di una calda giornata di luglio. I dirigenti del Cardiocentro, sentiti in CPO, hanno espresso in modo molto chiaro e preciso i loro intendimenti futuri:

L'intenzione del Cardiocentro è di costruire due nuovi piani verso l'alto. La scadenza del diritto di superficie cade nel 2020... il Cardiocentro chiederà di preservare il diritto di superficie a una nuova Fondazione Cardiocentro Ticino, costituita insieme al Cantone e alla Città di Lugano.

È evidente che in un quadro nel quale l'EOC verrà fortemente ridimensionato, avendo ceduto parte degli ospedali pubblici al privato, sarà gioco facile per i dirigenti del Cardiocentro proporre non solo una nuova fondazione ma addirittura imporre, a quanto rimarrà dell'Ospedale Civico, un nuovo rapporto di forza nella collaborazione tra le due strutture con l'obiettivo finale che il Cardiocentro diventi l'elemento forte della struttura Cardiocentro-Civico.

Ed una prima conferma di questa dinamica giunge dal rapporto di maggioranza della CPO:

Nuova soluzione per il Cardiocentro

La nuova LEOC è una premessa interessante per poter aprire le discussioni in merito alla futura impostazione del Cardiocentro, oggi Fondazione privata senza scopo di lucro. Si ricordi che il Cardiocentro ha ricevuto un diritto di costruzione su terreni dell'EOC a scadenza 2020. La convenzione indica che nel 2020 l'accordo scade e che il Cardiocentro dovrebbe essere integrato nell'EOC.

Appare evidente che la Fondazione responsabile della struttura ha nel frattempo saputo mobilitare molte risorse anche nel contesto della ricerca scientifica, con partenariati interessanti che rappresentano stimolanti opportunità.

Anche in questo caso si tratta di trovare soluzioni intelligenti a favore dell'interesse generale per poter affrontare con i mezzi adeguati le sfide future della sanità.

4.8 Volumi massimi: Genolier comanda, CPO esegue

Il rapporto di maggioranza della CPO propone al Gran Consiglio di abolire i volumi massimi di pianificazione nell'ambito della pianificazione ospedaliera contenuti nella LCAMal. Una proposta non contenuta nel messaggio del Consiglio di Stato ma di iniziativa della maggioranza della CPO.

Alfine di contestualizzare la problematica vale la pena rammentare che la tematica legata all'inserimento nella LCAMal dei volumi di pianificazione fu oggetto di una importante discussione in Gran Consiglio nel marzo del 2011. Riportiamo al proposito un estratto dell'intervento del relatore il liberale-radicalista Giovanni Merlini, già membro del CdA dell'EOC e attualmente consigliere nazionale:

È difficile che si possa prima determinare il fabbisogno - perché questo dice il legislatore federale - e poi determinare l'offerta di prestazioni sanitarie, che è commisurata a questo fabbisogno, senza in qualche modo stabilire anche una gestione delle quantità. Infatti qui si parla di "quanto". È vero che la nuova pianificazione è diversa da quelle che abbiamo conosciuto fino ad ora, perché esse erano sostanzialmente pianificazioni di capacità (limite di letti, giornate di cura), mentre oggi al centro del ragionamento sta la prestazione. E infatti si parla di pianificazione di prestazioni e non più di capacità... Rimane comunque una continuità con il passato, perché il legislatore non ha voluto far tabula rasa delle esperienze precedenti: si tratta in particolare della gestione delle quantità. È ovvio che sia così, perché se il legislatore federale avesse veramente voluto fare un atto di fede nei confronti della legge della domanda e dell'offerta anche in un settore così delicato come quello della sanità - dove credo sia piuttosto l'offerta a determinare la domanda anziché il contrario - e se avesse creduto che ciò fosse possibile e provvidenziale, avrebbe spazzato via il concetto di pianificazione. E invece non lo ha fatto. Il motivo probabilmente è che si voleva un sistema misto anziché un sistema unilaterale; si voleva un sistema in cui il pilotaggio

finanziario fosse ancora in mano ai Cantoni per evitare un'esplosione della spesa, soprattutto dove la presenza di letti privati è proporzionalmente molto alta, come nel nostro Cantone¹³.

La discussione in GC si concluse con l'approvazione del decreto legislativo concernente la modifica LCAMAL con 67 voti favorevoli e un'astensione.

Questo nel marzo 2011. Per quale ragione ora la maggioranza della CPO propone al GC di ritornare su una decisione presa poco più di 4 anni fa? Per una ragione molto semplice ed esplicativa di quali siano i meccanismi del potere politico in questo cantone.

In data 22 luglio 2014 il signor Fulvio Pelli, a nome della Genolier, prese carta e penna e scrisse una lettera alla CPO:

“Ora ci permettiamo... sottoporvi alcune modifiche progettuali che sulla base delle nostre valutazioni potrebbero migliorare il progetto (di pianificazione). Comprendiamo che forse non è prassi, ma la pianificazione che verrà adottata stabilirà una situazione che potrebbe influenzare la scena ospedaliera per molti anni e non ci sembra prudente stabilire regole così poco flessibili quali talune di quelle proposte dal Consiglio di Stato... Vi è però una preoccupazione, che presumibilmente non è solo nostra, che verte intorno alla scelta ticinese di imporre agli istituti di cura volumi massimi di prestazioni... Una prima discussione politica si è svolta al momento della discussione sulla nuova LCAMal, che... ha purtroppo inserito fra i concetti pianificatori anche il criterio dei volumi massimi... Il meglio sarebbe naturalmente se si manifestasse una disponibilità politica a ridiscutere il tema del senso e dell'opportunità dei volumi massimi e quindi a modificare l'art. 63 c LCAMal... Vi proponiamo quindi di adattare il testo del decreto legislativo nel modo seguente: Stralciare dagli elenchi dell'art. 1 le indicazioni relativi al volume massimo.

Detto fatto. Con buona pace di tutti, cliniche private, EOC, casse malati, CdS, ordine dei medici, la maggioranza della CPO propone di stralciare i volumi massimi di pianificazione. Uno strumento in meno nelle mani dell'autorità politica per permettere, riprendendo le parole del liberale radicale Giovanni Merlini, il pilotaggio finanziario ed evitare un'esplosione della spesa, soprattutto in un cantone come il Ticino, dove la presenza della sanità privata non è solo alta, ma si permette di inviare alla politica, ed ai politici compiacenti, proposte interessate.

4.9 La pianificazione nella psichiatria non premia il settore pubblico

Il Messaggio indica di aver sviluppato lo studio del fabbisogno in termini di prestazioni e di averle poi tradotte in numero di letti:

La pianificazione attualmente in vigore distingue, per il settore della psichiatria, due categorie di presa in carico: la psichiatria generale e la psichiatria per pazienti ammessi in regime coatto. Anche in ambito psichiatrico, come in quello riabilitativo, il legislatore federale ha concesso ai Cantoni un importante margine di manovra, consentendo di elaborare una pianificazione riferita alle prestazioni, o, come sin d'ora, alle capacità. Ciò significa che per la psichiatria la determinazione del fabbisogno da coprire nei prossimi anni può ancora essere definita in termini di posti letto. Tuttavia, seguendo l'indirizzo di altri Cantoni e il modello perfezionato dalla GD-ZH per questo settore, si è ritenuto opportuno sviluppare lo studio del fabbisogno in termini di prestazioni e non di capacità. L'offerta di prestazioni e quindi l'elenco ospedaliero proposto, sono stati poi tradotti in numero di letti.

¹³ Estratto verbale del GC seduta giovedì 17 marzo 2011 mattutina e pomeridiana

L'analisi effettuata presenta in sintesi le seguenti conclusioni in previsione del fabbisogno di cure 2020, che indicano un incremento del numero dei pazienti di circa l'8%, una diminuzione delle giornate pari a circa il 9% e una riduzione della degenza media di circa il 16%. Il numero di letti totale subisce una diminuzione passando dai 306 attuali a 291.

La riduzione del numero di posti letto è giustificata essenzialmente dalla diminuzione prevista della degenza media (-16%) e da un possibile passaggio di presa in carico di pazienti dal settore stazionario a quello ambulatoriale con riferimento anche alle proposte operative concernenti il potenziamento dei Servizi psicosociali (SPS) per adulti, il rafforzamento dell'organizzazione territoriale della geronto-psichiatria e la nuova modalità di presa in carico degli *heavy user* contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014 - 2017 recentemente approvata dal Consiglio di Stato e trasmessa al Gran Consiglio.

La proposta di assegnazione dei mandati proposta dal Consiglio di Stato per la psichiatria si determina in una riduzione di posti letto (-15) interamente presso la Clinica Psichiatrica Cantonale, lasciando invariata l'attribuzione di posti letto presso le tre cliniche private presenti sul nostro territorio.

L'impostazione legislativa e concettuale fortemente territoriale ha permesso negli anni, oltre alla struttura della clinica, di costruire una rete di servizi sul territorio medicalizzati e non medicalizzati a favore della cittadinanza. I servizi si avvalgono delle competenze e delle specificità di team multidisciplinari che operano nell'ambito della cura, della riabilitazione e nell'ambito della prevenzione. Un altro elemento fondamentale è il lavoro di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, soprattutto per sostenere territorialmente i Servizi inseriti nei contesti cittadini e valli (zone periferiche).

In sintesi, la struttura pubblica (OSC) diminuisce le degenze medie di ricovero, attua una politica di ridimensionamento della contenzione fisica ed attiva progetti a compenso di questa ultima strategia che, nell'implicito, altro non è che "aziendalizzazione".

Addirittura, i vertici, hanno già preannunciato che le ristrutturazioni in atto possono ad arrivare a dei licenziamenti.

La proposta della maggioranza della commissione, a compenso della perdita di posti letto presso la CPC, ne assegna quattro alle cliniche private, andando nella direzione opposta alla strategia attuata in questi anni dalla CPC stessa.

Si corre il rischio di un'ulteriore de-potenziamento a favore del privato che non propone strutture territoriali e servizi multidisciplinari (più saperi), soprattutto per quanto concerne l'area minori e i servizi di prevenzione. Le cliniche private hanno una degenza media stazionaria sicuramente più alta che quella in Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e che, una volta assegnati i posti letto, al contrario di quanto svolto dal servizio pubblico, cercherà senz'altro di riempire i posti assegnati.

Riteniamo si debbano congelare temporaneamente i 15 posti letto, non assegnarne al privato e valutare alla prossima pianificazione l'esito del potenziamento dei servizi sul territorio.

Di conseguenza proponiamo il mantenimento del punto 3 "Istituti di psichiatria" del decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, così come previsto dal Messaggio governativo.

4.10 Anche per i Reparti AMI si favorisce il settore privato

Il processo di privatizzazione del settore ospedaliero coinvolge anche i prospettati reparti AMI. Sul totale di 180 letti previsti 2/3 saranno concessi al settore privato (Clinica Luganese 60, Castelrotto 30, Clinica Varini 30) e solo 1/3 al pubblico (Acquarossa 30, La Carità 15, Beata Vergine 15).

A questo proposito ricordiamo tra l'altro che Moncucco ha ripreso gli 80 letti subacuti di San Rocco: 60 sono rimasti subacuti e 20 sono stati trasformati in acuti. Moncucco in tal modo si espande e recentemente ha aperto un terzo reparto di cure intense nel Luganese (dopo quelli del Civico e Italiano).

Al di là delle diverse considerazioni di fondo sulle logiche di mercato intrinseche al settore privato, vale la pena notare come una simile configurazione avrà come effetto una pressione continua sulle prestazioni e le cure offerte ad Acquarossa (e presso OBV e ODL). Già oggi il DSS confronta i costi di Acquarossa con la Clinica Varini (malgrado il fatto che nei due istituti si prestino cure diverse). In futuro questa comparazione continuerà ed avrà come effetto una pressione alla riduzione dei costi ad Acquarossa con conseguente riduzione delle prestazioni.

È inoltre importante sottolineare che nel Pre-rapporto la CPO evidenziava come

“la ripartizione territoriale dei posti letti AMI non sembra rispondere in modo adeguato alle esigenze. Il Mendrisiotto ad esempio lamenta un numero manifestamente insufficiente di posti letto AMI.”¹⁴

Una preoccupazione che la maggioranza della CPO si è dimenticata di riprendere nel suo rapporto. Nella proposta finale al Mendrisiotto vengono assegnati unicamente 15 letti AMI. Anche nel suo insieme la proposta della maggioranza della CPO, in contraddizione con quanto affermava lei stessa nel suo Pre-rapporto, impone una ripartizione territoriale non adeguata alle esigenze con delle sproporzioni enormi tra le diverse regioni del Cantone. Si passa da 0.30-0.35 letti per 1000 abitanti per il Mendrisiotto e Bellinzona e Valli al 0.60-0.65 per il Luganese e Locarnese.

| | Popolazione | Ami | Letti x 1000 abitanti |
|--|---------------|------------|-----------------------|
| Bellinzona, Tre Valli / Acquarossa | 78147 | 30 | 0.38 |
| Locarnese e Valli / La Carità e Varini | 69202 | 45 | 0.65 |
| Luganese / Moncucco e Castelrotto | 148833 | 90 | 0.60 |
| Mendrisiotto / Beata Vergine | 50357 | 15 | 0.30 |
| Totale | 346539 | 180 | 0.52 |

4.11 Una pianificazione penalizzante per il Mendrisiotto

In un'intervista rilasciata alla Regione del 2 novembre 2015, il direttore sanitario dell'OBV Brenno Balestra ritiene che il Cantone “ha un enorme bisogno di letti post acuti, altrimenti il sistema va in tilt, a cominciare dal Mendrisiotto”.

“...Il Mendrisiotto si trova in una situazione particolare rispetto al resto del Ticino. Qui abbiamo solo l'Obv come struttura a letti acuti somatici. Avevamo in passato la clinica Santa Lucia di Arzo, privata, a cui potevamo fare capo per il post acuto. Ma è stata poi trasformata in una casa per anziani, se non per 15 posti letto, i cosiddetti Cat, che sono

¹⁴ Pagina 9 Pre-rapporto

però decisamente insufficienti. Questo scenario si inserisce in un cantone che ha una anomalia: in media troppi letti acuti somatici che si collocano, in sostanza, nelle cliniche private. Per capirci, la percentuale di letti nel privato qui oscilla attorno al 45% a fronte di altri cantoni svizzeri, a quota 15-20%. Storicamente il settore privato in Ticino ha tanti letti acuti. E lì occorre incidere, è chiaro; anche perché i costi sono sempre meno sostenibili. È altrettanto vero che nel cantone vi sono troppo pochi letti post acuti. Il ragionamento di base del Dipartimento e della pianificazione, dunque, è assolutamente corretto: bisogna trasformare una parte dei letti acuti in letti post acuti. In altre parole, si è capito che la priorità del nostro sistema sanitario ticinese, in ritardo e un po' in crisi, è la mancanza di questi letti, necessari ad accompagnare i pazienti più fragili nel recupero delle forze per poi poter tornare a casa. L'ospedale acuto, infatti, ha bisogno di uno sbocco. Altrimenti il sistema collassa”.

Ciò che preoccupa è che:

“negli ultimi anni notiamo che vi sono sempre più pazienti in attesa di trovare un posto di convalescenza. Non possiamo dimetterli (non possono rientrare a casa) e nessuna struttura può accoglierli perché al completo. Calcoliamo che dai 10 ai 20 degenti, quotidianamente, aspettano in Obv dagli 8 ai 20 giorni per avere un letto in un istituto. ... Chi trova una collocazione nelle cliniche per continuazione cure nei due terzi dei casi viene trasferito fuori distretto. Solo per un terzo trova accoglienza ad Arzo”.

Il Mendrisiotto ha un fabbisogno evidente di almeno 45 posti letto nel settore AMI. La riforma sostenuta dalla maggioranza commissionale anziché dare, toglie. Sottraendo 15 dei 30 posti promessi allo stesso ospedale:

“nei distretti si vanno a trasformare letti acuti in post acuti, raggiungendo una media di 0,8 letti ogni mille abitanti. Non così però nel Mendrisiotto, che si ritroverà al di sotto di questa soglia, sullo 0,6 per mille. Per garantire i 30 letti destinati al Mendrisiotto si sommano i 15 posti attuali della Santa Lucia ad altri 15 previsti nella nuova ala, ma togliendo letti ospedalieri acuti all'Obv. Quindi non solo non ci assicurano quanto richiesto - ovvero in tutto 45 posti - ma ci riportano ai piedi della scala. Il distretto resta nella situazione odierna: un disastro”.

5. UNA FORTE OPPOSIZIONE DEMOCRATICA E POPOLARE AL PROGETTO DI PRIVATIZZAZIONE E SMANTELLAMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA

L'allora granconsigliere Paolo Beltraminelli, intervenendo nel dibattito in Gran Consiglio sull'ultima pianificazione tra le altre cose aveva affermato che il pregio della pianificazione 2005 era stato quello di *“aver ottenuto un largo consenso già in fase di preparazione”*.

Di sicuro lo stesso Paolo Beltraminelli, diventato nel frattempo consigliere di stato, con la sua proposta di pianificazione di consenso non né ha ottenuto neanche un po'.

Mai nel passato recente vi è stata una così grande e lunga opposizione ad un messaggio governativo da parte della popolazione. In quest'opposizione si inseriscono le petizioni lanciate dalla popolazione e dalle autorità delle valli di Blenio e Leventina e dal Movimento per il Socialismo e l'iniziativa popolare lanciata, sempre, dal Movimento per il Socialismo. A questi atti popolari si sono aggiunte anche diverse prese di posizioni tra cui quelle della Città di Bellinzona.

Va segnalato che la CPO nelle sue numerose sedute ha dedicato poco o nulla del suo tempo ad analizzare e discutere le petizioni e l'iniziativa popolare. Una situazione che è stata anche denunciata da una presa di posizione dello scorso 23 ottobre 2015 dai sindaci della Valle di Blenio:

... in data 30 aprile 2014 una folta delegazione della popolazione della Valle di Blenio e non solo, tramite i tre Sindaci ed i due Deputati al Gran Consiglio bleniesi, consegnava a Bellinzona... una petizione sottoscritta da 5'948 firme, la quale chiedeva la salvaguardia dell'ospedale di Acquarossa nell'ambito della nuova pianificazione ospedaliera cantonale. Da allora è stato presentato il messaggio in merito da parte del Consiglio di Stato ... Da allora i nostri Municipi non hanno ricevuto nessuna risposta in merito e non sono neppure stati coinvolti nelle valutazioni e nell'esame del messaggio in corso.

Prova ne sia che il rapporto di maggioranza della CPO non dedica una riga alle due petizioni. Petizioni che, lo ricordiamo, chiedono che gli Ospedali di Faido ed Acquarossa mantengano, come attualmente, un reparto di medicina interna ed un pronto soccorso di tipo B combinati con la presenza del reparto di geriatria ad Acquarossa e di riabilitazione a Faido.

Rivendicazioni che, come indicato nei capitoli precedenti, non solo sono più che giustificate da un punto di vista di una parità d'accesso alle cure su tutto il territorio cantonale, ma che è sensata anche da un punto di vista sanitario, medico ed economico. Ricordiamo che anche il personale dell'ospedale di Acquarossa ha presentato una risoluzione per la difesa dell'ospedale.

Per questa ragione, accogliendo le rivendicazioni delle autorità e della popolazione delle Tre Valli il rapporto di minoranza propone una modifica della LEOC inserendo, all'articolo 4, un nuovo paragrafo nel quale viene indicato che nei due ospedali di Acquarossa e Faido vi devono essere:

- due reparti di medicina interna;
- la garanzia delle prestazioni di "Emergenza e Pronto soccorso" di categoria B (direttiva DSS del 4 giugno 2007) 24 ore al giorno, 7 giorni su 7;
- un reparto di geriatria acuta con ad Acquarossa;
- un reparto di riabilitazione muscolo-scheletrica a Faido;

Analogo trattamento da parte della CPO è stato dedicato all'iniziativa popolare del Movimento per il Socialismo. Quest'iniziativa nasce quale strumento per impedire lo smembramento dell'EOC e la privatizzazione del settore ospedaliero in Ticino. Non solo propone che gli ospedali regionali mantengano la propria forza, ma chiede che si caratterizzino in futuro per la permanenza di una medicina di prossimità fondata sulla presenza di reparti e prestazioni di base (medicina interna, chirurgia, pediatria, ginecologia, ostetrica e terapia intensiva) garantendo anche la presenza del servizio di emergenza e pronto soccorso di categoria A. Per finire affronta inoltre, così come già auspicava nel 2005 il gran consigliere Paolo Beltraminelli, il coordinamento delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali istituendo negli ospedali regionali e di zona un servizio ambulatoriale di medicina generale e altri servizi destinati alla cura di persone non ospedalizzate.

Logica voleva che quest'iniziativa venisse messa in votazione prima d'affrontare un progetto di pianificazione che va in direzione opposta. Sulla base del volere popolare, rafforzamento della sanità pubblica su tutto il territorio del Cantone o centralizzazioni e privatizzazioni, si sarebbe potuto concretizzare la pianificazione. Ciò non è stato fatto. Si auspica che per lo meno il CdS, competente per l'organizzazione le votazioni cantonali, "sani" questo pasticcio e metta prima in votazione popolare l'iniziativa del Movimento per il Socialismo "Giù le mani dagli ospedali" prima della proposta di modifica della LEOC della maggioranza della CPO contro la quale è, comunque, già stato preannunciato un referendum.

6. CONCLUSIONI

La minoranza della CPO riassume le proprie conclusioni nei seguenti punti:

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

Per la minoranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera:

Milena Garobbio e Matteo Pronzini, co-relatori

7. EMENDAMENTI

7.1 Modifica della LEOC

Disegno di

LEGGE

sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) del 19 dicembre 2000

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 26 maggio 2014 n. 6945 e il messaggio aggiuntivo 1° ottobre 2014 n. 6945A del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 30 novembre 2015 n. 6945 R2/6945A R2 della minoranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera,

d e c r e t a:

I.

La legge sull'EOC del 19 dicembre 2000 è modificata come segue:

Art. 4

¹L'EOC gestisce gli ospedali regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio e gli ospedali di zona di Blenio, Leventina e Vallemaggia.

²*Negli ospedali di zona di Blenio e Leventina sono garantite le seguenti specialità con i relativi reparti di degenza:*

Blenio

- *medicina interna*
- *geriatria acuta*

Leventina

- *medicina interna*
- *riabilitazione muscolo-scheletrica*

³*Negli ospedali di zona di Blenio e Leventina sono garantite le prestazioni di "Emergenza e Pronto soccorso" secondo quanto previsto dalla Direttiva del Dipartimento della sanità e della socialità sui Servizi di "Emergenza e Pronto Soccorso" di categoria B, 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, del 4 giugno 2007.*

II.

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²Il Consiglio di Stato ne determina l'entrata in vigore.

7.2 Iniziativa popolare generica del 4 aprile 2013 “Giù le mani dagli ospedali!”

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- vista l’iniziativa popolare legislativa generica “Giù le mani dagli ospedali!” del 4 aprile 2013;
- richiamati gli art. 37 segg. della Costituzione della Repubblica e Cantone Ticino e la Legge sull’esercizio dei diritti politici del 7 ottobre 1998;
- visto il rapporto 30 novembre 2015 n. 6945 R2/6945A R2 della minoranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera,

d e c r e t a:

I.

È elaborato il seguente testo conforme alla domanda di iniziativa:

La Legge sull’EOC (Ente ospedaliero cantonale) del 19 dicembre 2000 è modificata come segue:

Art. 4

¹*L’EOC gestisce gli ospedali regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio e gli ospedali di zona di Blenio, Leventina e Vallemaggia.*

²*Negli ospedali regionali di cui al cpv. 1 sono garantite le seguenti specialità con i relativi reparti di degenza:*

- *medicina interna*
- *chirurgia*
- *pediatria*
- *ginecologia*
- *ostetricia*
- *terapia intensiva certificata dalla Società Svizzera di Medicina Intensiva*

³*Negli ospedali regionali di cui al cpv. 1 sono garantite le prestazioni di "Emergenza e Pronto soccorso" secondo quanto previsto dalla Direttiva del Dipartimento della sanità e della socialità sui Servizi di "Emergenza e Pronto Soccorso" di categoria A, 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, del 4 giugno 2007.*

Art. 4 bis

Negli ospedali regionali e negli ospedali di zona è organizzato, nell’ambito del servizio di Emergenza e Pronto soccorso" o in forma separata, un servizio ambulatoriale di medicina generale e altri servizi destinati all’esame e alla cura di persone non ospedalizzate. Ogni persona ha il diritto di rivolgersi a questo servizio ambulatoriale.

II.

L’iniziativa popolare legislativa generica “Giù le mani dagli ospedali” è accolta.

III.

È raccomandato al popolo di accogliere l’iniziativa.