

TESTO DELL'INTERROGAZIONE

Conferenze regionali della sanità, esercizio alibi?

La Legge sull'Ente ospedaliero cantonale, votata dal Gran Consiglio nel dicembre del 2000, ha portato all'abolizione dei Consigli ospedalieri regionali.

La Commissione della gestione, consapevole dell'importanza del legame esistente tra il territorio e le rispettive strutture ospedaliere, ha ritenuto opportuno proporre l'istituzione di Conferenze regionali della sanità che dovrebbero essere consultate nell'ambito dell'elaborazione della pianificazione ospedaliera.

L'iniziativa parlamentare, presentata dal deputato Pezzati a nome della Commissione della gestione, per la definizione delle competenze del Gran Consiglio in materia ospedaliera, è stata approvata dal Gran Consiglio nel giugno del 2001. Quest'iniziativa ha modificato la Legge cantonale d'applicazione della legge federale sull'assicurazione malattia e, all'art. 65, prevede la costituzione delle Conferenze regionali della sanità, con competenze consultive nell'ambito dell'elaborazione della pianificazione. La modifica legislativa è entrata in vigore il 1° luglio 2001.

Il Gruppo incaricato di elaborare la nuova pianificazione ospedaliera, è stato istituito nel novembre del 2002. Il primo rapporto sull'aggiornamento dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione di base doveva essere presentato entro il 31 gennaio scorso.

Dalla stampa apprendo che il Governo, tramite il DSS, ha deciso solo negli scorsi giorni di procedere all'istituzione delle Conferenze regionali, che dovrebbe essere formalizzate durante il corrente mese di marzo.

S'impongono quindi due primi interrogativi:

1. Per quale motivo si è atteso quasi tre anni per istituire le Conferenze regionali, quando la procedura d'elaborazione del progetto di pianificazione doveva già essere terminata?
2. Il Consiglio di Stato crede nel ruolo delle Conferenze regionali?

Secondo gli intendimenti dell'iniziativista, e di diversi deputati intervenuti durante il dibattito sulla Legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale, le Commissioni regionali dovrebbero permettere un coinvolgimento di tipo politico, dei Comuni e degli enti interessati, nella procedura d'elaborazione della pianificazione.

“Per detto motivo, nel rapporto commissionale è sottolineata la necessità di ricercare un coinvolgimento dei Comuni e di tutti gli interessati nelle Commissioni regionali, affinché sia dato loro la possibilità di esprimersi sulla politica strategica (pianificazione ospedaliera e mandati di prestazione) relativa all'EOC” (D. Lotti, a nome del PLR).

“Il nostro gruppo auspica però vivamente che si possa mantenere il legame con il territorio coinvolgendo in Commissioni regionali la popolazione che fa capo ai vari nosocomi” (P. Beltraminelli, a nome del PPD).

“Credo che il legame esistente tra la popolazione e i suoi ospedali sia un valore che vada mantenuto e se possibile approfondito, nonostante possa essere a volte fastidioso” (F. Pezzati, relatore).

La prevista composizione delle Commissioni regionali, sempre da quanto ho potuto apprendere dalla stampa, ricalca quasi fedelmente quella del Gruppo di lavoro chiamato ad elaborare il progetto di pianificazione. Si tratterebbe quindi in pratica dei doppioni dove la voce delle singole regioni sarebbe nettamente minoritaria.

La composizione non mi sembra quindi che rispecchi le esigenze volute dal Parlamento.

Ad esempio: per quale motivo nella Commissione regionale delle Tre Valli dovrebbe sedere un rappresentante dei comuni urbani? Perché non si coinvolgono le Regioni di montagna, le Associazioni dei comuni delle singole regioni e il personale, che sarà sicuramente toccato dalle scelte pianificatorie?

S'impone quindi un ulteriore interrogativo:

1. Il Consiglio di Stato ritiene che la prevista composizione delle Commissioni regionali rispecchi le esigenze volute dal Parlamento?

GIANNI GUIDICELLI