

TESTO DELL'INTERROGAZIONE

Medicina cantonale in crisi grazie a Swiss DRG?

Swiss DRG un regalo alle Casse malattia che penalizza la qualità delle prestazioni per i pazienti ticinesi

Premessa

Dal 1° gennaio 2012 le prestazioni ospedaliere stazionarie a carico dell'assicurazione di base sono conteggiate secondo i forfait per caso Swiss DRG. Questo sistema tariffale valevole in tutta la Svizzera è stato approvato nella sessione invernale 2007 dalle camere federali.

Lo scopo nobile del legislatore era quello di introdurre uniformità sul territorio svizzero spingendo gli ospedali ad erogare le loro prestazioni in modo ancora più efficiente introducendo in questo settore trasparenza e comparabilità a livello nazionale. Swiss DRG ha quale chiaro obiettivo quello di aumentare la concorrenza tra gli ospedali per migliorare e aumentare la qualità delle prestazioni erogate.

Quali sono i rischi per il Cantone Ticino?

Come tutti i nuovi sistemi è necessario e comprensibile un periodo di rodaggio dovuto alla novità del cambiamento.

È però preoccupante il trend di contestazioni che si sta registrando tra gli operatori sanitari e le casse malattia.

La contestazione nasce sulla definizione di un prezzo base ritenuto equo dagli operatori sanitari per prestazioni di buona qualità ma non riconosciuto dalle Casse Malattia. Non c'è stato il tempo necessario, e la preparazione professionale necessaria, per un approfondimento da parte delle Casse Malattia di verificare per campionatura le codificazioni dei DRG al fine di garantire una determinazione corretta della remunerazione e dell'economicità delle prestazioni erogate.

La verifica per essere seria e valida avrebbe dovuto essere effettuata sul posto, all'ospedale, sulla base di un'anamnesi completa.

Questa situazione crea in Ticino, e in numerosi altri Cantoni Svizzeri, un parziale "vuoto tariffario" che suscita preoccupazione ovunque poiché s'inserisce nelle incertezze legate al nuovo finanziamento ospedaliero in vigore dal 1° gennaio.

Le strutture acute, pubbliche e private, si stanno da tempo adoperando per garantire la soddisfazione dei bisogni della popolazione ticinese. Questi operatori da anni investono per cercare di migliorare i propri processi lavorativi, al fine di migliorare la qualità, evitare gli sprechi e razionalizzare il lavoro.

Medici, infermieri, amministratori, personale dei vari servizi di supporto, tutte le figure professionali che operano in queste aziende ospedaliere si impegnano a coordinare maggiormente la propria attività, nell'interesse del paziente e della collettività.

Doppio pericolo

Ci sono due pericoli seri che incombono sul Ticino.

Il primo è quello di perdere un importante patrimonio di eccellenza e ricerca di cui attualmente beneficiano i pazienti ticinesi a favore di appiattimenti voluti e gestiti dalle Casse Malattia;

Il secondo è il rischio finanziario che ricadrà sulle spalle del Cantone Ticino che ha presumibilmente sottovalutato il costo di 85 milioni relativo al finanziamento obbligato del 55% dei costi delle cliniche private che de facto sgravano le Casse Malattia e creano di fatto un costo maggiore al cantone interamente a carico del contribuente.

Ci piacerebbe a questo proposito conoscere la posizione del Governo; a riguardo e in considerazione di quanto sopra, domandiamo quindi al Consiglio di Stato:

1. il fallimento delle trattative con le Casse Malattia porta de facto il Consiglio di Stato a decidere sulle tariffe da applicare per una parte di pazienti ticinesi che si fanno curare negli ospedali ticinesi. Qual è la percentuale stimata al 1° Gennaio dei ricoveri di pazienti ticinesi che dovrà essere regolata da accordi provvisori sulla cui natura dovrà esprimersi il Consiglio di Stato?
2. Su quale base è stato calcolato, a preventivo 2012, l'importo di 85 Milioni stanziato per la copertura del 55% dei costi delle cliniche private in Ticino?
3. Il calcolo per definire l'importo di 85 milioni è stato allestito singolarmente per ogni ospedale privato che opera sul territorio cantonale?
4. Se sì, su quali basi è stato effettuato questo calcolo di spesa preventiva?
5. Sono stati considerati i costi di investimento necessari al rinnovamento tecnologico e quelli per la formazione continua obbligatoria del personale medico e paramedico che, attualmente, sono compresi - solo in parte i primi - nel calcolo dei costi forfettari delle differenti prestazioni, mentre per i secondi non sono ancora state definite chiare modalità di sovvenzione?
6. Tutti gli operatori sanitari del cantone hanno messo a disposizione dei servizi cantonali preposti le informazioni necessarie per calcolare questo preventivo di spesa?
7. Le Casse Malattia hanno messo a disposizione degli uffici cantonali preposti i dati e le cifre relative a quanto pagavano a favore degli operatori sanitari ticinesi prima dell'entrata in vigore della nuova legge?
8. Perché le Casse Malattia, che beneficeranno de facto per il 2012 di un risparmio di almeno 85 Milioni di franchi, non hanno diminuito anche i premi richiesti alla popolazione ticinese in proporzione a questa diminuzione?
9. Non pensa il Consiglio di Stato che sia tempo ed ora che anche le Casse Malattia si comportino nello stesso modo richiesto agli operatori sanitari cantonali pretendendo trasparenza sui loro conti mettendo a disposizione la loro contabilità?
10. Non pensa il Consiglio di Stato che sia ora che la revisione va effettuata da aziende indipendenti da assicurazioni o fornitori di prestazioni e i relativi costi devono essere coperti interamente dalle convenzioni tariffali?
11. Corrisponde al vero che l'Ospedale Regionale di Lugano (ORL) con questo nuovo sistema tariffale perderà nel 2012 circa 12MIO?
12. Possiamo pensare che anche gli altri istituti dell'Ente Ospedaliero cantonale (EOC) si trovano nella stessa situazione?
13. Se così fosse, possiamo pensare che vi sarà una nuova richiesta di aumento del contributo cantonale al finanziamento dell'EOC non preventivato nei preventivi 2012?

14. Il Consiglio di Stato è consapevole che questi problemi finanziari, che influenzeranno giocoforza negativamente la gestione ospedaliera e i servizi offerti ai nostri pazienti, contribuiranno a diminuire la qualità delle cure finora erogate?
15. Se sì, come pensa di porvi rimedio?
16. Il Consiglio di Stato è cosciente che gli ospedali sono soggetti a una doppia penalizzazione: la prima data da una tariffa base troppo bassa per coprire i costi riconosciuti dell'istituto; la seconda data dall'eventuale superamento del tetto massimo delle prestazioni (Case Load) calcolato su dati statistici 2010 (non attendibili) e che potrebbero obbligare gli ospedali a rimborsare il Cantone?
17. In questo caso il Consiglio di Stato non ritiene di dover garantire a tutti gli ospedali e come sempre sostenuto anche dal Consiglio Federale il concetto della neutralità dei costi, considerato indispensabile per assicurare un periodo di transizione di almeno un anno e ritenuto necessario per valutare realisticamente la correttezza e l'impatto del nuovo sistema tariffale nell'interesse del paziente ticinese?

Paolo Sanvido
Franco Denti