

Messaggio

numero

6244

data

7 luglio 2009

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Approvazione del Rapporto annuale 2008 sulla gestione dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC)

INDICE		Pag.
1.	CONSIDERAZIONI GENERALI	3
2.	ANALISI DEL CONTRIBUTO DELLO STATO	4
2.1	Prestazioni stazionarie a pazienti ticinesi di camera comune	4
2.1.1	<i>Il costo totale dei reparti</i>	10
2.1.2	<i>Dati sull'attività</i>	12
2.1.2.1	<i>Giornate di cura totali</i>	12
2.1.2.2	<i>Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune</i>	13
2.1.2.3	<i>Pazienti totali</i>	14
2.1.2.4	<i>Degenza media</i>	15
2.1.2.5	<i>Tasso di occupazione</i>	15
2.2	Prestazioni di pronto soccorso	16
2.3	Costi di formazione	17
2.4	Centri di pianificazione familiare	18
2.5	Interessi passivi	18
2.6	Ammortamenti	19
3.	FINANZIAMENTO DELLE DEGENZE IN CAMERA PRIVATA E SEMIPRIVATA	21
4.	RISULTATO D'ESERCIZIO E FONDO DI COMPENSAZIONE DEI RISCHI	22
5.	INDICATORI DI QUALITÀ	23
6.	BENCHMARKING	25
7.	CONCLUSIONI	27
DISEGNO DI DECRETO LEGISLATIVO		28
EOC 2008 – Confronto dati per il calcolo del contributo e dati di consuntivo		Allegato 1
Rapporto annuale 2008 EOC		Allegato 2

INDICE TABELLE

1	Prestazioni nel settore stazionario acuto, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	6
2	Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	7
3	Prestazioni nel settore stazionario acuto, dati di consuntivo 2008 e 2007	8
4	Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo 2008 e 2007	9
5	Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	10
6	Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo 2008 e 2007	10
7	Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	10
8	Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo 2008 e 2007	11
9	Effettivo del personale secondo i giorni pagati, dati di consuntivo 2008 e 2007	11
10	Giornate di cura totali, dati di consuntivo 2008 e dati per il calcolo del contributo	12
11	Giornate di cura totali, dati di consuntivo 2008 e dati per il calcolo del contributo	12
12	Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo 2008 e dati per il calcolo del contributo	13
13	Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo 2008 e 2007	13
14	Pazienti totali, dati di consuntivo 2008 e dati per il calcolo del contributo	14
15	Pazienti totali, dati di consuntivo 2008 e 2007	14
16	Degenza media, dati di consuntivo 2008 e 2007	15
17	Tasso di occupazione, dati di consuntivo 2008 e 2007	15
18	Prestazioni di pronto soccorso: costi, ricavi, costo netto totale, numero visite e costo netto per visita, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	16
19	Prestazioni di pronto soccorso: costi, ricavi, costo netto totale, numero visite e costo netto per visita, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008 e 2007	16
20	Costi di formazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	17
21	Costi di formazione, dati di consuntivo 2008 e 2007	17
22	Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	18
23	Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo 2008 e 2007	18
24	Costo per interessi passivi, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	18
25	Costo per interessi passivi, dati di consuntivo 2008 e 2007	18
26	Costo per ammortamenti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	19
27	Costo per ammortamenti, dati di consuntivo 2008 e 2007	19
28	Sostanza fissa e ammortamenti al 31.12.2008	20
29	Costi d'esercizio, ammortamenti, ricavi d'esercizio, contributo globale e risultato d'esercizio di pertinenza EOC, di pertinenza Stato e totale, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008	22
30	Degenza media, tasso d'occupazione, costo per giornata di cura, costo per paziente	26

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

ci pregiamo sottoporvi per approvazione il Rapporto annuale 2008 sulla gestione dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC), annesso al presente messaggio (ALLEGATO 2), conformemente all'art. 25 lett. c) della LEOC, del 19 dicembre 2000.

Con il presente messaggio si completa il suddetto Rapporto, al fine di valutare l'esecuzione del contratto di prestazione annuale in base al quale il Cantone ha stanziato il contributo globale 2008 all'EOC, ammontante a fr. 164'286'500.-, e ha assunto il finanziamento a carico dello Stato della quota parte delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semi-privati, che ha comportato una spesa di fr. 26'113'332.15.

Al riguardo, nelle considerazioni generali seguenti, illustriamo alcuni tra i principali condizionamenti ed eventi che hanno caratterizzato sul piano esterno ed interno l'attività dell'EOC durante l'anno 2008.

1. CONSIDERAZIONI GENERALI

L'esercizio 2008 dell'EOC è stato contraddistinto da un importante incremento dell'attività ambulatoriale e stazionaria. Quest'ultima, oggetto del contributo dello Stato, ha inoltre evidenziato un aumento delle degenze di pazienti ticinesi di camera comune che si ripositiona ai livelli del 2006. L'esercizio si è chiuso con un avanzo di fr. 1'944'931.13 interamente devoluto ai rispettivi Fondi di compensazione dei rischi (di pertinenza Stato fr. 1'345'200.- e di pertinenza EOC fr. 599'731.13, dei quali fr. 500'000.- destinati al Fondo di ricerca clinica) commentati al capitolo 4.

Da alcuni anni le considerazioni generali a margine del Rapporto annuale sulla gestione dell'EOC richiamano il contesto incerto che contraddistingue la politica sanitaria federale, in particolare per quanto riguarda le problematiche dell'applicazione dell'assicurazione contro le malattie (LAMal) in relazione al finanziamento e al contenimento dei costi della salute. Il 2008 non fa eccezione: anche quest'anno le condizioni-quadro in cui hanno operato gli attori del sistema sanitario sono state improntate all'incertezza.

Tuttavia, a seguito della modifica della LAMal del 21 dicembre 2007, nell'autunno del 2008 - più precisamente, il 22 ottobre - sono state promulgate le ordinanze di applicazione di tale modifica: l'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) e l'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre). Ambedue le ordinanze sono entrate in vigore il 1° gennaio 2009.

Nel 2008 si è dunque registrata un'accelerazione della politica sanitaria nazionale, che richiederà ora da parte dei cantoni e degli altri partner - *in primis*, gli istituti ospedalieri e gli assicuratori - un impegnativo e delicato lavoro di messa a punto di nuovi equilibri e meccanismi finanziari ed operativi in base alle modifiche introdotte. È infatti l'ambito ospedaliero quello più toccato da queste modifiche, che riguardano sia il finanziamento sia la pianificazione:

- le nuove regole di finanziamento, in virtù delle quali dal 1° gennaio 2012 il Cantone dovrà assumere almeno il 55% delle degenze a carico dell'assicurazione di base dei pazienti domiciliati dispensate in tutti gli istituti, pubblici e privati, autorizzati ad esercitare e figuranti nell'elenco compilato dal cantone, art. 39 cpv. 1 LAMal;
- i nuovi criteri di pianificazione (artt. 58a, 58b, 58c, 58d e 58e OAMal) secondo i quali i Cantoni determinano il fabbisogno da coprire con un'adeguata offerta ospedaliera

considerando l'economicità e la qualità delle prestazioni, l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile e la disponibilità e capacità degli istituti ad adempiere al mandato di prestazioni ad essi attribuito. La nuova pianificazione ospedaliera dovrà essere elaborata entro il 1° gennaio 2015.

Sulle innumerevoli conseguenze - finanziarie, pianificatorie, strategiche ed operative - di queste modifiche si avrà modo di tornare puntualmente in sede di presentazione al Parlamento delle necessarie ed opportune modifiche della legislazione cantonale di applicazione, nonché nei prossimi messaggi concernenti il contratto di prestazione tra il cantone e l'EOC e, più tardi, l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera.

Per quanto riguarda l'EOC, come rilevato anche nei precedenti messaggi di approvazione del contratto di prestazione e del contributo, nonché del relativo rapporto annuale, esso ha già predisposto le basi in vista dei suddetti cambiamenti: sia dal profilo strategico ed organizzativo - con la centralizzazione di numerose funzioni gestionali e strutture di supporto e con l'avvio dei processi di costituzione di dipartimenti medici trasversali - sia dal profilo strumentale - con l'introduzione anticipata rispetto alle nuove regole di finanziamento LAMal della remunerazione delle prestazioni in base ad importi forfettari per caso (sistemi DRG). Questo orientamento è continuato anche nel 2008 e dovrà permettere all'EOC di affrontare con determinazione e sicurezza gli impegnativi anni a venire.

2. ANALISI DEL CONTRIBUTO DELLO STATO

In questo capitolo sono valutate le principali voci che compongono il contributo globale versato dallo Stato all'EOC. Presentiamo il confronto del consuntivo con il contributo stanziato per il 2008, unitamente al confronto tra il consuntivo 2008 e il consuntivo 2007.

Sono inoltre distinte le aree di competenza dello Stato previste dalla LAMal e attribuite all'EOC secondo la sua missione sociale, da quelle di pertinenza dell'EOC e assunte da altri finanziatori.

2.1 Prestazioni stazionarie a pazienti ticinesi di camera comune

A partire dall'anno 2005, il calcolo del contributo globale relativo alle prestazioni stazionarie a pazienti ticinesi di camera comune considera la remunerazione per caso nel settore acuto e per giornata di cura nella riabilitazione. Questa impostazione operata dall'EOC ha permesso di sperimentare lo strumento dei DRG (gruppi di diagnosi), strumento che dovrà esser adottato a partire dal 1° gennaio 2012 da tutti gli istituti ospedalieri riconosciuti in virtù delle menzionate modifiche della LAMal. I dettagli metodologici sono contenuti nel messaggio n. 5612 del 14 dicembre 2004, sull'approvazione del contributo globale 2005. Ne riportiamo le definizioni essenziali per facilitare la lettura dei commenti sull'esercizio 2008:

Il gruppo di diagnosi (DRG)

Ogni paziente di un ospedale è attribuito a uno dei 641 gruppi di diagnosi omogenei previsti dal sistema APDRG (All Patients Diagnosis Related Groups) applicato in Svizzera. In un determinato gruppo di diagnosi si ritrovano quindi pazienti con analoghe caratteristiche cliniche e analogo impegno di trattamento previsto.

La classificazione di un caso

Le informazioni utili per la classificazione di un paziente sono la diagnosi principale e le diagnosi secondarie, gli interventi operatori, le altre procedure, l'età, il sesso, lo stato alla dimissione e il peso alla nascita (per i neonati).

Gli indici di costo relativi - *cost-weight* (CW)

Ogni DRG ha un determinato peso relativo (CW) che indica l'impegno medio di trattamento per pazienti del gruppo. Gli indici utilizzati dall'EOC per il 2005 sono quelli della versione 4.1 del sistema APDRG-Svizzera. Ad esempio per l'APDRG 554 (intervento di ernia con CC maggiori [comorbidità e/o complicanze]) il CW è misurato in 1.192 punti.

Il *case-load* (CL) e il *case-mix-index* (CMI)

Addizionando tutti i CW di un ospedale otteniamo il *case-load* (CL) e dividendo il CL per il numero di casi dell'ospedale in questione troviamo il grado di gravità delle affezioni dell'ospedale (CMI).

Il valore del punto

Il valore del punto APDRG si ottiene dividendo i costi relativi alla degenza dei casi acuti, stabilito secondo la contabilità analitica, per il CL.

Illustriamo qui di seguito gli scostamenti tra i dati di consuntivo 2008 e quelli considerati per il calcolo del contributo 2008, distinguendo tra settore stazionario acuto e riabilitazione.

A. Settore stazionario acuto

Settore stazionario acuto dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti acuti, al netto dei costi di formazione e degli onorari medici	293'315.7	289'778.7	3'537.0	1.2%
Case/load totale (numero casi moltiplicato per il coefficiente di casemix)	35'177	34'345	832	2.4%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Case/load pazienti ticinesi di camera comune	25'344	24'651	693	2.8%
Percentuale sul totale del caseload	72.0%	71.8%		0.4%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	210'829.3	207'559.9	3'269.4	1.6%
% rispetto al totale dei costi	71.9%	71.6%		0.4%
Costo medio ponderato di un punto APDRG	8'318.7	8'419.9	-101.2	-1.2%
Costo totale ponderato a carico degli assicuratori	94'586.1	92'375.8	2'210.3	2.4%
Tariffa media ponderata per punto APDRG	3'732.1	3'747.3	-15.3	-0.4%
% di copertura del costo totale	44.9%	44.5%		0.8%
Costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	116'243.2	115'184.1	1'059.1	0.9%
Costo medio ponderato di un punto APDRG, finanziato con contributo globale	4'586.6	4'672.6	-86.0	-1.8%
% teorica di copertura del costo totale	55.1%	55.5%		-0.6%
Contributo versato come da contratto	115'184.1	115'184.1	0.0	0.0%
% effettiva di copertura del costo totale	54.6%	55.5%		-1.6%

Tabella 1: Prestazioni nel settore stazionario acuto, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

Il costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune a consuntivo, risulta superiore ai dati per il calcolo del contributo dell'1.6% (+ fr. 3.27 milioni) ed è in linea con l'aumento generale del costo dei reparti acuti (del quale rappresenta il 71.9%). Questo fatto è stato parzialmente assorbito dal leggero aumento del tasso di copertura dei costi da parte degli assicuratori (+ 0.8%) e di conseguenza, il costo totale delle degenze finanziato con contributo globale è aumentato solo dello 0.9% (+ fr. 1.06 milioni). Il contributo versato dallo Stato è però rimasto invariato come da contratto: fr. 115.18 milioni.

L'attività, misurata in termini di *caseload* è aumentata a consuntivo del 2.4% per quanto riguarda il totale delle degenze e del 2.8% se consideriamo i soli pazienti ticinesi di camera comune.

B. Riabilitazione

Riabilitazione dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti di riabilitazione, al netto dei costi di formazione	13'697.8	13'647.9	49.9	0.4%
Totale giornate di cura riabilitazione	26'884	25'600	1'284	5.0%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Giornate di cura riabilitazione	17'290	16'604	686	4.1%
Percentuale sul totale delle giornate	64.3%	64.9%		-0.8%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	8'119.1	8'362.1	-243.0	-2.9%
% rispetto al totale dei costi	59.3%	61.3%		
Costo medio ponderato per giornata di cura	469.6	503.6	-34.0	-6.8%
Costo totale ponderato a carico degli assicuratori	3'772.0	3'555.2	216.8	6.1%
Tariffa media ponderata per giornata di cura a carico degli assicuratori malattia	218.2	214.1	4.0	1.9%
% di copertura del costo totale	46.5%	42.5%		9.3%
Costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	4'347.1	4'806.9	-459.8	-9.6%
Costo medio ponderato per giornata di cura finanziata con contributo globale	251.4	289.5	-38.1	-13.2%
% teorica di copertura del costo totale	53.5%	57.5%		-6.9%
Contributo versato come da contratto	4'806.9	4'806.9	0.0	0.0%
% effettiva di copertura del costo totale	59.2%	57.5%		3.0%

Tabella 2: Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

Il costo totale dei reparti di riabilitazione è praticamente invariato rispetto al calcolo del contributo (+ fr. 0.05 milioni, + 0.4%), mentre il costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune risulta inferiore, sempre rispetto al calcolo del contributo, del 2.9% (- fr. 0.24 milioni). Quest'ultimo fatto, unito all'aumento delle giornate di riabilitazione dei pazienti ticinesi di camera comune e a quello delle tariffe degli assicuratori (rispettivamente: + 686 giorni e + fr. 4.00 al giorno), ha contribuito alla diminuzione di fr. 0.46 milioni, del costo totale delle degenze finanziate con contributo globale rispetto al calcolo del contributo. Il contributo versato dallo Stato è però rimasto invariato come da contratto: fr. 4.81 milioni.

Di seguito esponiamo i dati dei consuntivi 2008 e 2007, distinguendo tra settore stazionario acuto e riabilitazione.

C. Settore stazionario acuto

Settore stazionario acuto dati finanziari totali in fr. '000	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti acuti, al netto dei costi di formazione e degli onorari medici	293'315.7	284'222.1	9'093.6	3.2%
<i>Caseload</i> totale (numero casi moltiplicato per il coefficiente di <i>casemix</i>)	35'177	33'894	1'283	3.8%
Pazienti ticinesi di camera comune				
<i>Caseload</i> pazienti ticinesi di camera comune	25'344	24'046	1'298	5.4%
Percentuale sul totale del <i>caseload</i>	72.0%	70.9%		1.6%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	210'829.3	201'261.7	9'567.6	4.8%
% rispetto al totale dei costi	71.9%	70.8%		
Costo medio ponderato di un punto APDRG	8'318.7	8'369.9	-51.2	-0.6%
Costo totale ponderato a carico degli assicuratori	94'586.1	90'111.5	4'474.6	5.0%
Tariffa media ponderata per punto APDRG	3'732.1	3'747.5	-15.4	-0.4%
% di copertura del costo totale	44.9%	44.8%		0.2%
Costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	116'243.2	111'150.2	5'093.0	4.6%
Costo medio ponderato di un punto APDRG, finanziato con contributo globale	4'586.6	4'622.4	-35.8	-0.8%
% teorica di copertura del costo totale	55.1%	55.2%		-0.2%
Contributo versato come da contratto	115'184.1	108'416.4	6'767.7	6.2%
% effettiva di copertura del costo totale	54.6%	53.9%		1.4%

Tabella 3: Prestazioni nel settore stazionario acuto, dati di consuntivo 2008 e 2007

Il confronto tra i due consuntivi evidenzia un aumento del costo totale dei reparti acuti del 3.2% (+ fr. 9.09 milioni) e del *caseload* del 3.8%. La stessa evoluzione è presente in modo consistente nei dati relativi alle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune, sia nel costo totale, che è aumentato del 4.8% (+ fr. 9.57 milioni), sia nel *caseload*, che è superiore del 5.4% rispetto all'anno precedente. La percentuale del *caseload* dei pazienti ticinesi di camera comune rispetto al totale delle degenze è leggermente aumentata (+ 1.6%).

Il costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale è del 4.6% superiore all'anno precedente (+ fr. 5.09 milioni). Le tariffe degli assicuratori sono mediamente di poco inferiori all'anno precedente (- 0.4%), ma in relazione all'aumento del *caseload*, l'importo totale a carico degli assicuratori è aumentato di 4.5 milioni (+ 5.0%).

D. Riabilitazione

Riabilitazione dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti di riabilitazione, al netto dei costi di formazione	13'697.8	13'317.9	379.9	2.9%
Totale giornate di cura riabilitazione	26'884	28'102	-1'218	-4.3%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Giornate di cura riabilitazione	17'290	16'705	585	3.5%
Percentuale sul totale delle giornate	64.3%	59.4%		8.2%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	8'119.1	7'906.9	212.2	2.7%
% rispetto al totale dei costi	59.3%	59.4%		
Costo medio ponderato per giornata di cura	469.6	473.3	-3.7	-0.8%
Costo totale ponderato a carico degli assicuratori	3'772.0	3'552.6	219.4	6.2%
Tariffa media ponderata per giornata di cura a carico degli assicuratori malattia	218.2	212.7	5.5	2.6%
% di copertura del costo totale	46.5%	44.9%		3.4%
Costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	4'347.1	4'354.3	-7.2	-0.2%
Costo medio ponderato per giornata di cura finanziata con contributo globale	251.4	260.7	-9.2	-3.5%
% teorica di copertura del costo totale	53.5%	55.1%		-2.8%
Contributo versato come da contratto	4'806.9	5'061.7	-254.8	-5.0%
% effettiva di copertura del costo totale	59.2%	64.0%		-7.5%

Tabella 4: Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo 2008 e 2007

Il costo totale dei reparti di riabilitazione risulta superiore del 2.9% (+ fr. 0.38 milioni) rispetto all'anno prima, mentre le giornate totali di riabilitazione sono diminuite (- 4.3%, pari a - 1'218 giornate). Diverso il discorso sulle giornate dei pazienti ticinesi di camera comune che sono aumentate del 3.5%, + 585 giornate.

Il costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune è pure superiore del 2.7% (+ 0.21 milioni) rispetto all'anno precedente. L'aumento delle tariffe (in media fr. 5.50 per giornata di presenza, + 2.6%) ha incrementato gli introiti dagli assicuratori (+ 6.2%, + fr. 0.22 milioni) e ha permesso di mantenere il costo delle degenze dei pazienti di camera comune finanziato con contributo globale ai livelli dell'anno precedente (- 0.2%, - fr. 0.007 milioni).

2.1.1 Il costo totale dei reparti

Il costo totale dei reparti (al netto dei costi di formazione e degli onorari medici relativi ai pazienti di prima e seconda classe) è la voce più importante di spesa sul totale dei costi al netto di interessi e ammortamenti, in base alla contabilità analitica; esso rappresenta a consuntivo 2008 il 64.1% del totale dei costi (nel 2007: 64.4%).

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi totali secondo la contabilità analitica (senza interessi e ammortamenti)	479'054.60	471'568.40	7'486.20	1.6%
Costo dei reparti al netto dei costi di formazione e degli onorari medici per i pazienti di prima e seconda classe	307'013.50	303'426.60	3'586.90	1.2%
Costo dei reparti in % dei costi totali	64.1%	64.3%		

Tabella 5: Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi totali secondo la contabilità analitica (senza interessi e ammortamenti)	479'054.60	462'229.64	16'824.96	3.6%
Costo dei reparti al netto dei costi di formazione e degli onorari medici per i pazienti di prima e seconda classe	307'013.50	297'539.99	9'473.52	3.2%
Costo dei reparti in % dei costi totali	64.1%	64.4%		

Tabella 6: Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo 2008 e 2007

Estrapolando le due principali voci di spesa (personale e fabbisogno medico), riferite a tutta l'attività dell'EOC e non solo a quella dei reparti, l'analisi degli scostamenti si presenta nel modo seguente:

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi del personale	350'996.64	352'700.70	-1'704.06	-0.5%
Fabbisogno medico	77'837.01	73'608.60	4'228.41	5.7%

Tabella 7: Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi del personale	350'996.64	342'272.32	8'724.32	2.5%
Fabbisogno medico	77'837.01	72'831.02	5'005.99	6.9%

Tabella 8: Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo 2008 e 2007

I **costi del personale**¹ - che rappresentano il 73.3% del totale dei costi (al netto di interessi e ammortamenti) - a consuntivo 2008 sono inferiori ai dati per il calcolo del contributo di 1.70 milioni di franchi (- 0.5%).

Per rapporto al consuntivo dell'anno precedente l'aumento di spesa è del 2.5%, pari a fr. 8.72 milioni ed è dovuto essenzialmente agli scatti di anzianità e al carovita (ca. + 1.2%) e al potenziamento dell'organico, come risulta dalla seguente tabella:

Effettivo del personale secondo i giorni pagati (effettivo medio)	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Differenze
Medici e altri professionisti	426.8	407.0	19.8
Personale di cura	1'648.3	1'650.4	-2.1
Personale amministrativo e dei segretariati medici	445.6	425.4	20.2
Personale di cucina, dei trasporti e dell'economia domestica	428.6	431.3	-2.7
Artigiani e tecnici	55.9	54.4	1.5
Totale	3'005.2	2'968.5	36.7

Tabella 9: Effettivo del personale secondo i giorni pagati, dati di consuntivo 2008 e 2007

La voce **fabbisogno medico** presenta a consuntivo 2008 uno scostamento del 5.7% (+ fr. 4.23 milioni rispetto al calcolo del contributo), mentre, rispetto all'anno precedente, lo scostamento è maggiore (+ 6.9%, pari a fr. 5.01 milioni).

L'incremento dell'attività, anche ambulatoriale (e quindi non finanziata dallo Stato) ha influenzato, come già rilevato, sia i costi del personale, sia il fabbisogno medico.

¹I commenti ai costi del personale, come pure la dotazione di personale riportata nella tabella 9, si riferiscono a tutta l'attività dell'EOC e non solo a quella finanziata con contributo il globale. Lo stesso vale per i costi del fabbisogno medico commentati più avanti.

2.1.2. Dati sull'attività²

2.1.2.1 Giornate di cura totali

	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Giornate di cura ospedali regionali (neonati esclusi)	265'433	257'150	8'283	3.2%
Giornate di cura ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	27'619	31'000	-3'381	-10.9%
Giornate di cura riabilitazione	26'884	25'600		
Giornate di cura totali (neonati esclusi)	319'936	313'750	6'186	2.0%
Giornate di neonatologia	9'098	8'350	748	9.0%
Giornate di cura totali (neonati compresi)	329'034	322'100	6'934	2.2%

Tabella 10: Giornate di cura totali, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Giornate di cura ospedali regionali (neonati esclusi)	265'433	256'354	9'079	3.5%
Giornate di cura ospedali di zona	27'619	27'400	219	0.8%
Giornate di cura CRN	26'884	28'102		
Giornate di cura totali (neonati esclusi)	319'936	311'856	8'080	2.6%
Giornate di neonatologia	9'098	8'752	346	4.0%
Giornate di cura totali (neonati compresi)	329'034	320'608	8'426	2.6%

Tabella 11: Giornate di cura totali, dati di consuntivo 2008 e 2007

Il numero effettivo di giornate di cura del 2008, pari a 329'034, è superiore sia a quanto calcolato nel contratto (+ 2.2%), sia rispetto all'attività del 2007 (+ 2.6%). L'aumento di giornate di cura caratterizza soprattutto gli ospedali regionali che hanno visto parallelamente aumentare anche il numero di pazienti. Vi è inoltre da rilevare che i pazienti curati all'interno delle strutture dell'EOC dispongono di un *casemix* leggermente più elevato rispetto agli anni scorsi, questo è un ulteriore elemento da prendere in considerazione per giustificare l'aumento di giornate di cura.

Il numero di giornate di neonatologia (9'098) è aumentato sia in confronto al dato del contratto (+ 9.0%) sia relativamente al consuntivo 2007 (+ 4.0%), ciò che conferma il trend già evidenziato gli scorsi anni, l'aumento è un'evoluzione comune all'insieme degli ospedali e cliniche presenti sul territorio cantonale.

Il numero di giornate di cura senza neonati (319'936) è aumentato del 2.0% se paragonato a quanto previsto nel contratto di prestazione e del 2.6% rispetto al 2007.

² Tutti i dati sono indicati per categoria medica

2.1.2.2 Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune

	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune ospedali regionali	200'411	196'092	4'319	2.2%
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	21'756	24'546	-2'790	-11.4%
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune riabilitazione	17'291	17'257	34	0.2%
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune totali	239'458	237'895	1'563	0.7%

Tabella 12: Giornate di pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune	200'411	189'012	11'399	6.0%
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune	21'756	22'650	-894	-3.9%
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune	17'291	16'704	587	3.5%
Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune	239'458	228'366	11'092	4.9%

Tabella 13: Giornate di pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo 2008 e 2007

Il numero di giornate di cura di pazienti ticinesi di classe comune (239'458), oggetto del finanziamento con contributo globale, è praticamente invariato rispetto al dato del calcolo del contributo (+ 0.7%) ed è aumentato del 4.9% rispetto al dato dell'anno precedente (228'366). In particolare sono aumentate le degenze negli ospedali regionali (in analogia all'andamento delle giornate totali), rispettivamente + 2.2% e + 6.0%, mentre che le degenze negli ospedali di zona (senza le giornate di riabilitazione dell'ospedale di Faido) sono diminuite, sia rispetto al dato del contributo 2008 (- 12.3%), sia rispetto all'anno precedente (- 3.9%). Le giornate di riabilitazione superano sia quelle relative al calcolo del contributo (+ 1.8%), sia quelle dell'anno precedente (+ 3.5%).

2.1.2.3 Pazienti totali

	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Pazienti ospedalieri regionali (neonati esclusi)	33'402	33'070	332	1.0%
Pazienti ospedalieri di zona (senza riabilitazione Faido)	2'002	2'110	-108	-5.1%
Pazienti riabilitazione	1'186	1'170	16	1.4%
Pazienti totali (neonati esclusi)	36'590	36'350	240	0.7%
Neonati	1772	1580	192	12.2%
Pazienti totali (neonati compresi)	38'362	37'930	432	1.1%

Tabella 14: Pazienti totali, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Pazienti ospedalieri regionali (neonati esclusi)	33'402	32'868	534	1.6%
Pazienti ospedalieri di zona (senza riabilitazione Faido)	2'002	2'117	-115	-5.4%
Pazienti riabilitazione	1'186	1'132	54	4.8%
Pazienti totali (neonati esclusi)	36'590	36'117	473	1.3%
Neonati	1772	1'664	108	6.5%
Pazienti totali (neonati compresi)	38'362	37'781	581	1.5%

Tabella 15: Pazienti totali, dati di consuntivo 2008 e 2007

Il numero di pazienti degenti registrati durante l'anno 2008 (38'362) è leggermente aumentato in rapporto a quanto stabilito nel contratto di prestazione (+ 1.1%) e al risultato ottenuto nel 2007 (+ 1.5%). Il numero di neonati è aumentato del 12.2% rispetto ai dati del contratto e del 6.5% rispetto al consuntivo 2007. Il numero di pazienti totali, esclusi neonati sani, è quindi globalmente aumentato dello 0.7% rispetto al contratto di prestazione e dell'1.3% rispetto al 2007.

Le considerazioni concernenti l'evoluzione delle giornate di cura e il numero di pazienti, confermano l'attività sostenuta degli ospedali dell'EOC ed il fatto che gli stessi, soprattutto quelli regionali, sono apprezzati dalla popolazione ticinese.

2.1.2.4 Degenza media

	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Degenza media ospedali regionali	7.80	7.68	0.13	1.7%
Degenza media ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	13.80	13.73	0.07	0.5%
Degenza media riabilitazione	22.67	23.36	-0.69	-3.0%
Degenza media totale	8.58	8.49	0.09	1.1%

Tabella 16: Degenza media, dati di consuntivo 2008 e 2007

La degenza media globale (pari a 8.58 giornate) aumenta di ca. 0.1 giornate di cura rispetto al dato di consuntivo 2007. Questa tendenza può essere attribuita all'aumento del *casemix* e quindi alla gravità dei pazienti ospedalizzati in seno agli ospedali dell'EOC per l'anno in rassegna. La tendenza all'aumento è in particolare percettibile nei due ospedali regionali di Lugano (+ 0.1) e Locarno (+ 0.3). Negli ospedali di zona si rileva un leggero aumento della degenza media, pari a 0.1 giornate, mentre il dato relativo alla riabilitazione indica una leggera flessione di 0.7 giornate.

È infine da evidenziare la differenza importante della degenza media fra gli ospedali regionali (7.80 giornate), gli ospedali di zona (senza la riabilitazione di Faido (13.80 giornate) e il reparto di riabilitazione di Faido e la Clinica di riabilitazione di Novaggio (22.67) giornate) che conferma una reale distribuzione dei pazienti attraverso le diverse strutture dell'EOC e una complementarità nella presa a carico, in funzione delle rispettive patologie e delle specialità offerte dai singoli istituti.

2.1.2.5 Tasso d'occupazione

[giornate totali/numero dei letti/366(365)]	Letti in esercizio	Consuntivo 2008	Letti in esercizio	Consuntivo 2007	Scostamenti del tasso percentuale in %
Tasso di occupazione ospedali regionali	847	88.56%	842	86.26%	2.7%
Tasso di occupazione ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	78	96.75%	86	92.57%	4.5%
Tasso di occupazione riabilitazione	85	86.42%	82	88.35%	-2.2%
Tasso di occupazione totale	1010	89.01%	1010	86.97%	2.3%

Tabella 17: Tasso di occupazione, dati di consuntivo 2008 e 2007

Il tasso d'occupazione medio dei posti letto totale dell'EOC (89.01%) ha subito un aumento rispetto al 2007. Questa tendenza può essere evidenziata per tutti gli ospedali, sia per quelli regionali, sia per quelli di zona (senza la riabilitazione di Faido); unica eccezione è la riabilitazione che vede il suo tasso in diminuzione (dall'88.35% del 2007 all'86.42% del 2008). Esaminando il dettaglio del settore si rileva che il tasso di occupazione della clinica di riabilitazione di Novaggio è praticamente costante (93,8% nel 2007 e 93.4% nel 2008, mentre che per Faido si constata una diminuzione dal 73.5% del

2007 al 69.7% del 2008). Il tasso d'occupazione medio totale 2008 è il più elevato dall'entrata in vigore del contratto di prestazione.

Gli ospedali dell'EOC rispettano quindi le esigenze contenute nella pianificazione ospedaliera, che prevedono un tasso di occupazione dell'85% per gli ospedali acuti con servizio di pronto soccorso, rispettivamente del 90% per gli ospedali acuti senza questo servizio.

2.2 Prestazioni di pronto soccorso

Le visite di pronto soccorso (pari a 142'560) sono inferiori sia a quanto preventivato nel contratto di prestazione (- 1.5%), sia rispetto all'attività svolta nel 2007 (- 0.8%). Il contributo per le visite di pronto soccorso è determinato dalla contabilità analitica per centro di costo. Esso si basa sul costo previsto al netto delle entrate (casse malati e altri finanziatori).

Illustriamo qui di seguito l'evoluzione dei costi, dei ricavi e del costo netto per visita, confrontato a quanto calcolato nel contributo 2008 e, nella tabella successiva, al consuntivo 2007.

Importi totali in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo dell'attività di pronto soccorso	26'606.4	26'748.6	-142.2	-0.5%
Ricavi dell'attività di pronto soccorso	22'354.6	21'128.4	1'226.2	5.8%
Costo netto totale	4'251.80	5'620.23	-1'368.43	-24.3%
Numero di visite	142'560	144'800	-2'240	-1.5%
Costo netto per visita	29.82	38.81	-8.99	-23.2%

Tabella 18: Prestazioni di pronto soccorso: costi, ricavi, costo netto totale, numero visite e costo netto per visita, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

Importi totali in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo dell'attività di pronto soccorso	26'606.40	26'506.3	100.10	0.4%
Ricavi dell'attività di pronto soccorso	22'354.60	22'934.9	-580.30	-2.5%
Costo netto totale	4'251.80	3'571.40	680.40	19.1%
Numero di visite	142'560	143'638	-1'078	-0.8%
Costo netto per visita	29.82	24.86	4.96	20.0%

Tabella 19: Prestazioni di pronto soccorso: costi, ricavi, costo netto totale, numero visite e costo netto per visita, dati di consuntivo 2008 e 2007

Il costo netto per visita a consuntivo 2008 è inferiore al dato del contributo (- fr. 8.99, - 23.2%), ma superiore allo stesso dato dell'anno precedente (+ fr. 4.96, + 20.0%). In merito al confronto con il contributo 2008, rileviamo, come già in occasione del messaggio sul consuntivo 2007 (n. 5089 del 9 luglio 2008), che la spiegazione sta nella modifica del tariffario TARMED e delle rispettive norme di applicazione del tariffario del Pronto Soccorso. Esse permettono una fatturazione di dettaglio e al momento dell'elaborazione dei dati per il calcolo del contributo non erano ancora note. Per quanto riguarda la differenza con il consuntivo 2007, osserviamo che il costo globale, desunto dalla contabilità analitica, è pressoché invariato nei due anni; per contro i ricavi riflettono la diminuzione del numero di visite.

2.3 Costi di formazione

Il calcolo dei costi di formazione avviene sulla base di una prassi adottata dal Consiglio federale e fatta propria anche da *santésuisse* per l'elaborazione delle tariffe.

Essa prevede delle percentuali calcolate sui costi del personale, differenziate secondo il tipo di ospedale e più precisamente:

- ospedali universitari 25% sui costi totali d'esercizio
- ospedali con più di 125 letti 5% sui costi del personale
- ospedali tra 75 e 125 letti 2% sui costi del personale
- ospedali con meno di 75 letti 1% sui costi del personale.

Nel 2008 l'EOC ha applicato il 5% per gli ospedali regionali e l'1% per quelli di zona e per la clinica di riabilitazione di Novaggio, sugli stipendi lordi al netto degli onorari medici.

Il risultato è il seguente:

	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	13'982.20	14'208.40	-226.20	-1.6%

Tabella 20: Costi di formazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	13'982.20	13'755.00	227.20	1.7%

Tabella 21: Costi di formazione, dati di consuntivo 2008 e 2007

Le variazioni rispecchiano l'evoluzione dei costi del personale commentata precedentemente: una diminuzione tra i dati di consuntivo e quelli del contributo e un aumento contenuto del consuntivo 2008 rispetto all'anno precedente.

2.4 Centri di pianificazione familiare

Il risultato globale dei quattro centri di pianificazione familiare evidenzia una diminuzione dei costi molto contenuta in termini assoluti sia per rapporto ai dati per il calcolo del contributo (-0.05 milioni di franchi), sia per rapporto ai dati di consuntivo 2008 (- 0.02 milioni di franchi).

	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Fabbisogno (in fr. 1'000)	927.90	976.40	-48.50	-5.0%

Tabella 22: Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Fabbisogno (in fr. 1'000)	927.90	947.40	-19.50	-2.1%

Tabella 23: Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo 2008 e 2007

L'attività dei centri di pianificazione familiare si può così riassumere:

- gli utenti che hanno usufruito dei servizi offerti sono stati 3'031 (2007: 3'018),
- le consulenze prestate 6'549 (2007: 6'321);
- le animazioni nelle scuole hanno coinvolto 169 classi e 2'821 allievi (2007: 159 classi e 2'323 allievi);
- le animazioni con adulti hanno interessato 16 gruppi e 216 persone (2007: 5 gruppi e 39 persone);
- le consulenze a operatori socio sanitari sono state 402 (2007: 244).

2.5 Interessi passivi

Con l'introduzione del contributo globale versato a rate mensili secondo il fabbisogno di liquidità calcolato dall'EOC, la situazione della stessa è migliorata. Alla fine del 2008, l'EOC ha rimborsato fr. 20.0 milioni di prestiti obbligazionari.

L'evoluzione della voce interessi è stata la seguente:

	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	2'162.80	2'464.00	-301.20	-13.9%

Tabella 24: Costo per interessi passivi, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	2'162.80	2'978.30	-815.50	-27.4%

Tabella 25: Costo per interessi passivi, dati di consuntivo 2008 e 2007

Si osserva che l'importo a consuntivo è inferiore sia al dato ritenuto per il contributo 2008, sia al dato di consuntivo 2007, ciò che riflette anche l'indebitamento contenuto dell'EOC.

2.6 Ammortamenti

L'evoluzione della voce ammortamenti è stata la seguente:

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Contributo 2008	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo a carico dello Stato	20766.10	20766.10	0.00	0.0%
	Consuntivo 2008	Previsione 2008		
Costo a carico dell'EOC	16736.70	9'495.40		

Tabella 26: Costo per ammortamenti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008	Consuntivo 2007	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo a carico dello Stato	20766.10	22'525.00	-1'758.90	-7.8%
Costo a carico dell'EOC	16736.70	14'992.50		

Tabella 27: Costo per ammortamenti, dati di consuntivo 2008 e 2007

Secondo l'art. 49 cpv. 1 LAMal, le spese d'investimento - e pertanto il costo per gli ammortamenti - sono a carico dello Stato. Per il 2008, oltre agli ammortamenti finanziati dallo Stato (identici tra contributo e consuntivo), l'EOC ha effettuato un ammortamento di fr. 16.74 milioni a carico della gestione finanziaria di **sua pertinenza**. Con questa operazione, l'attività autofinanziata dall'EOC permette di ridurre di un importo corrispondente gli ammortamenti che lo Stato dovrà assumere nei prossimi anni tramite il contributo globale e limitare anche gli interessi passivi.

Rileviamo che il tasso medio di ammortamento per la parte a carico dello Stato è del 15.2%. Tenuto conto della durata di vita di stabili e attrezzature e delle diverse modalità di contabilizzazione, questo tasso è in linea con il tasso di ammortamento medio del 16% applicato dal Cantone. Il tasso medio di ammortamento a carico dello Stato, applicato negli ultimi 6 anni (2003 - 2008), è stato del 15.9%.

La tabella seguente evidenzia il dettaglio del calcolo dell'ammortamento effettuato a partire dal valore della sostanza fissa e dagli investimenti del 2008:

Sostanza fissa al 31.12.2008		Importi parziali	Importi totali
Terreni			17'171'155.10
Stabili			
Valore d'acquisto al 31.12.07	1	554'115'980.96	
+ Investimenti netti 2008	2	21'283'453.13	
= Valore d'acquisto al 31.12.08	3	575'399'434.09	
Fondo ammortamenti	4	-490'268'903.14	
+ Ammortamenti 2008 (10.67% di 3-4)		-9'083'300.00	
+ Ammortamento straordinario		-11'707'800.00	
= Fondo ammortamenti al 31.12.08	5	-511'060'003.14	
Valore residuo degli stabili al 31.12.08 (3-5)			64'339'430.95
Mobili			
Valore residuo al 31.12.07		1'187'519.23	
+ Investimenti netti 2008		361'511.35	
= Valore da ammortizzare al 31.12.08	6	1'549'030.58	
- Ammortamenti 2008 (20.00% di 6)		-309'900.00	
- Ammortamenti straordinari		-154'900.00	
= Valore residuo al 31.12.08			1'084'230.58
Attrezzature			
Valore residuo al 31.12.07		13'675'895.00	
+ Investimenti netti 2007		18'817'596.62	
= Valore da ammortizzare al 31.12.08	7	32'493'491.62	
- Ammortamento 2008 (35.00% di 7)		-11'372'900.00	
- Ammortamenti straordinari		-4'874'000.00	
= Valore residuo al 31.12.08			16'246'591.62
Totale sostanza fissa materiale al 31.12.08			98'841'408.25
Totale ammortamenti a carico Stato		20'766'100.00	
Totale ammortamenti a carico EOC		16'736'700.00	
Totale ammortamenti a consuntivo 2008			37'502'800.00

Tabella 28: Sostanza fissa e ammortamenti al 31.12.2008

3. FINANZIAMENTO DELLE DEGENZE IN CAMERA PRIVATA E SEMIPRIVATA

Il 30 novembre 2001 il Tribunale federale delle assicurazioni ha deciso che i Cantoni devono partecipare al finanziamento delle degenze nei reparti privati e semiprivati degli ospedali pubblici ubicati nel proprio Cantone. A seguito di trattative avvenute tra la Conferenza dei direttori cantonali della sanità e *santésuisse*, la Confederazione ha emanato, quale soluzione transitoria, la Legge federale del 21 giugno 2002 sull'adattamento delle partecipazioni ai costi delle cure ospedaliere dispensate nel Cantone secondo la LAMal, entrata in vigore con effetto retroattivo al 1° gennaio 2002 e valida fino all'entrata in vigore del nuovo regime di finanziamento approvato dal Parlamento il 21 dicembre 2008.

In base alla Legge federale del 21.6.2002 si tratta di una spesa obbligatoria per i Cantoni. La partecipazione del Cantone è progressiva ed è stabilita, non sul costo delle degenze, ma sulle tariffe pagate dagli assicuratori per i reparti comuni (60% nel 2002; 80% nel 2003; 100% nel, e dal, 2004).

Per il 2008 l'onere complessivo per il Cantone è stato di fr. 26'113'332.15, che l'EOC ha contabilizzato nei suoi ricavi d'esercizio. Esso è inferiore sia all'importo di Preventivo del Cantone per il 2008 (fr. 27'202'700.--), sia all'importo versato nel 2007 (fr. 26'592'172.75). Le giornate di prima classe del 2008 (36'620) sono aumentate rispetto al 2007 (36'097), mentre le giornate di seconda classe sono diminuite da 36'623 a 33'354.

Da osservare che per l'EOC questo contributo è in sé neutro, in quanto compensa la diminuzione delle diarie degli assicuratori malattia a seguito dell'introduzione della legge del 21.6.2002.

4. RISULTATO D'ESERCIZIO E FONDO DI COMPENSAZIONE DEI RISCHI

Il risultato globale d'esercizio 2008 è positivo; esso è dovuto, nella misura del 69.2%, alla gestione al beneficio del contributo globale dello Stato e, per il restante 30.8%, alla gestione dell'attività di pertinenza dell'EOC. Più precisamente, si rileva la seguente situazione:

Importi in fr. 1'000		Consuntivo 2008	Previsione 2008	Scostamenti	
				In termini assoluti	In %
Di pertinenza dell'EOC					
Costi d'esercizio		218'326.34	213'471.75	4'854.59	2.3%
Ammortamento stabili e attrezzature		16'736.70	9'495.40	7'241.30	76.3%
Ricavi d'esercizio		235'662.74	223'242.95	12'419.79	5.6%
Risultato d'esercizio	30.8%	599.70	275.80	323.90	
Di pertinenza dello Stato					
			Contributo 2008		
Costi d'esercizio		262'890.96	260'582.05	2'308.91	0.9%
Ammortamento stabili e attrezzature		20'766.10	20'766.10	0.00	0.0%
Ricavi d'esercizio		120'715.76	117'061.65	3'654.11	3.1%
Contributo globale		164'286.50	164'286.50	0.00	
Risultato d'esercizio	69.2%	1'345.20	0.00	1'345.20	
Globale					
Costi d'esercizio		481'217.30	474'053.80	7'163.50	1.5%
Ammortamento stabili e attrezzature		37'502.80	30'261.50	7'241.30	23.9%
Ricavi d'esercizio		356'378.50	340'304.60	16'073.90	4.7%
Contributo globale		164'286.50	164'286.50	0.00	
Risultato globale d'esercizio	100.0%	1'944.90	275.80	1'669.10	

Tabella 29: Costi d'esercizio, ammortamenti, ricavi d'esercizio, contributo globale e risultato d'esercizio di pertinenza EOC, di pertinenza Stato e totale, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2008

Il risultato d'esercizio positivo della parte di pertinenza EOC, è superiore a quanto prospettato per il 2008. I maggiori costi (+ 2.3%, pari a fr. 4.85 milioni) dovuti all'incremento dell'attività ambulatoriale sono stati compensati da introiti ancora superiori (+ 5.6%, pari a fr. 12.4 milioni). Gli ammortamenti straordinari risultano superiori del 76.3% a quanto previsto, pari a + fr. 7.24 milioni.

L'avanzo d'esercizio conseguito nell'attività di pertinenza dello Stato, pari a fr. 1'345'200.- è pari allo 0.5% del totale dei relativi costi di pertinenza, comprensivi di interessi e ammortamenti. Esso è interamente devoluto al Fondo di compensazione dei rischi, come previsto dall'art. 18 del Contratto quadro di prestazione per il periodo 2006-2009.

Il Fondo di compensazione dei rischi per l'attività di pertinenza dello Stato ammontava al 31.12.2007 a fr. 9'731'547.-. Questo fondo è stato diminuito nel corso del 2008 dell'adeguamento del contributo 2006 di fr. 43'793.70, così come stabilito dagli articoli 19 del contratto quadro e 12 del contratto annuale di prestazione. La capitalizzazione del risultato positivo del 2008 (fr. 1'345'200.-) porta il saldo del Fondo di compensazione dei rischi per l'attività di pertinenza dello Stato al 31.12.2008 a fr. 11'032'953.30.

Il risultato d'esercizio dell'attività di pertinenza dell'EOC pari a fr. 599'731.13.- è stato devoluto per fr. 99'731.13 al relativo Fondo di competenza, che al 31.12.2008 ammonta quindi a fr. 9'169'031.26, mentre che i restanti 500mila franchi sono confluiti nel Fondo di ricerca clinica che al 31.12.2008 ammonta a fr. 1'000'000.-.

Nel Rapporto annuale allegato al messaggio è contenuto il Rapporto del Controllo Cantonale delle finanze, organo di revisione esterno previsto dall'art. 11 del contratto di prestazione annuale. Rileviamo che il Fondo di compensazione dei rischi per l'attività di pertinenza dello Stato, comprensivo del risultato 2008, rappresenta il 3.9% dei relativi costi totali (interessi e ammortamenti compresi).

5. INDICATORI DI QUALITÀ

Il contratto quadro e il contratto annuale di prestazione prevedono, agli articoli 3 e 13 rispettivamente, la promozione continua della qualità, secondo quanto definito a livello svizzero nell'ambito della convenzione H+/*santésuisse* e il rilevamento di quattro indicatori: soddisfazione dei pazienti, tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali, qualità delle codifiche delle diagnosi e delle operazioni, tasso di ri-ospedalizzazioni non pianificate.

a) Soddisfazione pazienti pronto soccorso pediatrico

L'inchiesta, eseguita per la prima volta all'interno dei servizi di PS pediatrico, si è svolta tra giugno e agosto 2008 e ha coinvolto un campione rappresentativo dei genitori dei pazienti (sono stati considerati soltanto i pazienti con età < 12 anni che non sono stati ricoverati a seguito della visita in PS).

L'indagine si è svolta tramite posta: ai genitori è stato richiesto di rispondere ad un questionario contenente 23 domande relative alle seguenti dimensioni:

- relazione medico-paziente
- relazione infermiere-paziente
- organizzazione
- informazioni
- impressioni generali
- soddisfazione globale

Il raggruppamento delle prime 5 dimensioni ha permesso di ottenere un indicatore riassuntivo, denominato processo totale, mentre l'ultima dimensione, composta da due domande ("In caso di bisogno ritornerà presso il nostro pronto soccorso di pediatria?" e "Sulla base della sua esperienza, consiglierebbe questo pronto soccorso ai suoi familiari, amici e conoscenti?") ha permesso di rendere evidente la soddisfazione complessiva e generale degli utenti del nostro servizio.

I questionari compilati sono stati analizzati statisticamente da un istituto indipendente. Complessivamente lo studio ha coinvolto 2'212 persone con un tasso di partecipazione del 67.66%.

Dal punto di vista alla soddisfazione globale, il 98.8% dei genitori dei pazienti sono soddisfatti (il 71.5% è molto soddisfatto, il 25.4% è abbastanza soddisfatto). In relazione al

processo globale il tasso di soddisfazione è dell'88.5% (56.6% molto soddisfatto, 31.9% abbastanza soddisfatto). L'indagine ha permesso di rilevare alcune aree di miglioramento, da correlare alla dimensione organizzativa. Nel dettaglio, sono state segnalate come aree da migliorare il confort delle sale d'attesa e l'adeguatezza delle stesse alle esigenze dei bambini, così come i tempi di attesa e la comunicazione relativa agli stessi. Su queste tematiche sono già stati avviati dei progetti di miglioramento ad hoc.

b) Qualità delle codifiche 2008 EOC

Anche nel 2008 si è svolto il controllo sulla qualità delle codifiche delle diagnosi e delle procedure operatorie. Il controllo si è svolto considerando un campione di incarti selezionati di pazienti degenti (con fatturazione AP-DRG) nei 4 ospedali regionali dell'EOC tra il 1° marzo e il 31 marzo 2008.

Il campione di incarti considerati è stato di 428 casi. I risultati riportati qui di seguito illustrano, per diagnosi (considerando la diagnosi principale e le due diagnosi secondarie) e per intervento (intervento principale e due interventi secondari), la percentuale delle codifiche valutate come "sbagliato" o "sbagliato grave".

- Diagnosi: 5.3%
- Interventi: 0.6%

Sulla base di questi risultati possiamo affermare che, nel campione analizzato, anche nel 2008 la qualità della codifica delle diagnosi e delle operazioni ha raggiunto un buon livello. Confrontata a quella del 2007, dove si era al limite dell'ottimizzazione possibile, si nota però un risultato leggermente meno soddisfacente (nel 2007, diagnosi = 3.0%, interventi = 0.3%), dovuto da un canto alla casistica sempre più complessa riscontrata nel campione estratto e dall'altro alle incertezze diagnostiche espresse in talune lettere d'uscita, ciò che ha talvolta reso difficile per il codificatore l'attribuzione di un codice preciso, dal momento che egli non è a conoscenza della storia clinica del paziente.

c) Tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali

Durante il mese di giugno 2008 si è svolta la rilevazione dei dati dello studio di prevalenza delle infezioni nosocomiali, denominato SNIP08. Questo studio rappresenta uno strumento importante per conoscere il tasso di infezioni nosocomiali dell'istituto, identificare le più frequenti e la loro variazione rispetto agli anni precedenti. In questo modo è possibile misurare l'impatto delle misure preventive introdotte in risposta ai tassi di infezione misurati, così come intervenire con misure puntuali laddove vi dovesse essere un aumento. Come avvenuto nel 2007, anche l'edizione del 2008 dello studio è stata coordinata dall'Ospedale universitario di Ginevra e vi hanno partecipato 9 ospedali svizzeri, per un totale di 2'605 pazienti, di cui 552 all'EOC. Lo studio ha evidenziato un tasso di prevalenza pari al 6.1%. Questo risultato conferma la tendenza al ribasso del tasso di infezioni nosocomiali all'EOC (nel 2007, il risultato era pari al 7.3%).

All'interno delle infezioni nosocomiali, le infezioni del sito chirurgico sono quelle con una maggiore incidenza. Per questo motivo all'interno dell'EOC è stato istituito il monitoraggio permanente delle infezioni del sito chirurgico, secondo la metodologia promossa dall'ICHV di SION e riproposta, dal 2009, anche dall'IVQ (Interkantonaler Verein Qualitätssicherung). Il monitoraggio avviene sugli interventi di appendicectomia, di colecistectomia, sugli interventi al colon e gli interventi di protesi dell'anca. Con un tasso complessivo di infezione pari al 4.7%, anche il risultato del 2008 è da ritenersi soddisfacente.

d) Riammissioni potenzialmente evitabili

L'indicatore sviluppato dai ricercatori dell'IUMSP di Losanna, considera le riammissioni potenzialmente evitabili a 30 giorni dalla dimissione. Per i pazienti degenti del 2008,

l'algoritmo ha calcolato i seguenti tassi (minimo e massimo) di riospedalizzazione attesi: 5.0% - 6.9%. Il tasso osservato, pari al 6.2%, situandosi all'interno dell'intervallo minimo e massimo attesi è da considerarsi nella norma.

Oltre alla misurazione ed alla valutazione degli indicatori menzionati, l'EOC ha intrapreso una serie di altre azioni con l'obiettivo di migliorare le cure erogate dagli ospedali. In particolare sono da rilevare il rinnovo della certificazione secondo le norme ISO 9001:2000 dell'Ospedale regionale di Mendrisio, mentre l'Ospedale regionale di Bellinzona e Valli ha certificato per la prima volta il Pronto soccorso e ha ricertificato il blocco operatorio, nonché, come l'Ospedale regionale di Lugano, la radiologia.

Il servizio di Medicina nucleare dello IOSI ha ottenuto la certificazione IOS 9001, mentre la maternità dell'Ospedale Regionale di Mendrisio ha ottenuto il riconoscimento UNICEF "Ospedale amico dei bambini". Con il raggiungimento di questo traguardo, tutte le maternità dell'EOC sono certificate UNICEF.

L'Ospedale regionale di Locarno ha raggiunto l'ambizioso obiettivo di accreditamento *Joint Commission International*, è il primo ospedale svizzero ad ottenere tale riconoscimento.

6. BENCHMARKING

Le procedure di *benchmarking* sono previste nel contratto quadro all'articolo 25 e nel contratto annuale all'articolo 6. Questo strumento è tuttavia utilizzato ancora in maniera molto ridotta a livello svizzero. Le nuove riforme, entrate in vigore il 1° di gennaio di quest'anno e soprattutto le ordinanze di applicazione del nuovo finanziamento ospedaliero, dovrebbero tuttavia colmare queste lacune. Inoltre la nuova statistica ospedaliera e medica che sarà applicata a partire dal 2010 dovrebbe consentire la messa a disposizione di nuovi dati a partire dal 2011. L'introduzione del finanziamento per prestazione a partire dal 2012 dovrebbe inoltre facilitare l'implementazione di comparazioni sistematiche fra istituti ospedalieri di diversi cantoni.

In attesa dell'entrata in vigore delle modifiche menzionate, l'Ufficio federale di statistica ha messo a disposizione dei cantoni, a partire dal 1° gennaio 2005, una banca dati che permette di effettuare dei paragoni fra diverse tipologie di ospedali. Le tipologie sono costruite tenendo conto del numero di categorie FMH che operano all'interno dell'ospedale, delle prestazioni offerte e del numero di casi ospedalizzati.

Ribadiamo, come già evidenziato nel messaggio sul consuntivo 2007, che i costi utilizzati per il calcolo del costo per giornata di cura e per il costo per paziente sono i costi d'esercizio totali al netto dei costi d'investimento degli interessi e dei ricavi ambulatoriali.

Sulla base dei dati disponibili i quattro ospedali regionali dell'EOC confrontati alla media svizzera degli ospedali della loro stessa categoria e per gli indicatori selezionati, sono situati come segue:

Ospedali	Degenza media		Tasso di occupazione (%)		Costo per giornata di cura (fr.)		Costo per paziente (fr.)	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
ORL	8.25	8.14	89.54	87.38	1'226.23	1'271.20	10'121.63	10'344.48
ORBV sede di Bellinzona	7.85	7.79	87.06	85.40	1'149.83	1'168.70	9'031.69	9'101.17
Media CH ¹⁾	8.28	8.10	88.52	88.93	1'237.48	1'277.86	10'251.70	10'344.35
ODL	7.67	7.53	90.47	89.98	985.85	1'018.02	7'565.20	7'668.11
Media CH	8.36	8.02	84.87	86.29	1'243.45	1'288.12	10'390.75	10'326.91
OBV	7.73	7.45	85.06	84.81	1'145.33	1'197.68	8'855.30	8'927.40
Media CH	7.94	7.33	86.34	86.69	1'139.80	1'194.64	9'047.47	8'757.91

¹⁾ Fonte: Ufficio federale di statistica (16 aprile 2009)

Tabella 30: Degenza media, tasso d'occupazione, costo per giornata di cura, costo per paziente

Per quel che concerne la **degenza media** i valori degli ospedali regionali di Bellinzona e di Locarno registrano una degenza media inferiore a quella nazionale. L'Ospedale Regionale di Lugano e quello di Mendrisio dispongono, per contro, per il 2007, di una degenza media leggermente superiore a quella registrata in altri ospedali simili svizzeri. Da sottolineare tuttavia che generalmente i dati degli ospedali dell'EOC sono molto vicini o inferiori alla media nazionale, in ragione dell'applicazione, come già rilevato nel messaggio 6089 del 9 luglio 2008, del finanziamento per prestazione.

Il **tasso d'occupazione** risulta inferiore alla media svizzera per gli ospedali regionali di Lugano e Bellinzona (nel 2007), fatto da attribuire essenzialmente ai lavori di ristrutturazione effettuati dai due nosocomi durante l'anno menzionato. Da sottolineare per l'ospedale regionale di Locarno il tasso d'occupazione elevato, superiore alla media svizzera, spiegabile con l'aumento di attività già commentato precedentemente.

Il **costo per giornata di cura** risulta generalmente essere inferiore o allineato alla media nazionale.

Il **costo per paziente** risulta generalmente inferiore alle medie svizzere nel biennio considerato, eccezion fatta per l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio, che, nel 2007 registra un costo leggermente maggiore alla media nazionale di ca. il 2%.

7. CONCLUSIONI

Le prestazioni erogate dall'EOC nel 2008 e finanziate dallo Stato, rientrano nei parametri quantitativi e qualitativi stabiliti dal contratto di prestazione. Considerato il risultato d'esercizio relativo a questa attività, unitamente ai risultati complessivi della gestione dell'ente, visto quanto precede, vi proponiamo di approvare il Rapporto annuale 2008 sulla gestione dell'EOC, adottando l'annesso decreto legislativo.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, G. Gendotti

Il Cancelliere, G. Gianella

Allegato 1: EOC 2008 - Confronto dati per il calcolo del contributo e dati di consuntivo

Allegato 2: Rapporto annuale dell'EOC

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente l'approvazione del Rapporto annuale 2008 sulla gestione dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto l'articolo 25 lett. c) della Legge sull'EOC del 19.12.2000;
- visto il messaggio 7 luglio 2009 n. 6244 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Articolo 1

Il Rapporto annuale 2008 sulla gestione dell'EOC è approvato.

Articolo 2

Il presente decreto è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.

ALLEGATO 1: EOC 2008 – Confronto dati per il calcolo del contributo e dati di consuntivo

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008			Dati per il calcolo del contributo 2008			Differenze tra consuntivo 2008 e contributo stanziato		
	Di pertinenza EOC ¹	Di pertinenza Stato ²	Totale	Di pertinenza EOC ¹	Di pertinenza Stato ²	Totale	Di pertinenza EOC ¹	Di pertinenza Stato ²	Totale
Costi	tutti i pazienti di prima e seconda classe + pazienti non ticinesi di camera comune	pazienti ticinesi di camera comune		tutti i pazienti di prima e seconda classe + pazienti non ticinesi di camera comune	pazienti ticinesi di camera comune		tutti i pazienti di prima e seconda classe + pazienti non ticinesi di camera comune	pazienti ticinesi di camera comune	
Reparti di degenza	99'397.1	218'948.4	318'345.5	98'421.4	215'922.0	314'343.3	975.8	3'026.4	4'002.2
Studi medici e ambulatori di reparto	36'999.2		36'999.2	36'147.8		36'126.2	851.4	0.0	851.4
Ambulanti	78'550.7		78'550.7	77'509.4		77'509.4	1'041.3	0.0	1'041.3
Pronto soccorso		26'606.4	26'606.4		26'749.1	26'749.1	0.0	-142.7	-142.7
Formazione		13'982.2	13'982.2		14'208.4	14'208.4	0.0	-226.2	-226.2
Centri di pianificazione familiare		931.3	931.3		978.7	978.7	0.0	-47.4	-47.4
Centri di costo estranei ³	3'380.1	259.9	3'640.0	1'393.0	259.9	1'652.9	1'987.1	0.0	1'987.1
Differenze di arrotondamento	-0.8	0.0	-0.8	0.2	0.0	0.2	-1.0	0.0	-1.0
Costi d'esercizio	218'326.3	260'728.2	479'054.5	213'471.8	258'118.1	471'568.2	4'854.6	2'610.1	7'464.7
Interessi	0.0	2'162.8	2'162.8	0.0	2'464.0	2'464.0	0.0	-301.2	-301.2
Ammortamenti	16'736.7	20'766.1	37'502.8	9'495.4	20'766.1	30'261.5	7'241.3	0.0	7'241.3
Costi totali	235'063.0	283'657.1	518'720.1	222'967.2	281'348.2	504'293.7	12'095.9	2'308.9	14'404.8
Ricavi									
Reparti di degenza - contributo dello Stato	26'468.0	119'991.0	146'459.0	27'202.7	119'991.0	147'193.7	-734.7	0.0	-734.7
Reparti di degenza - casse malati e altri finanziatori	82'539.4	98'358.1	180'897.5	78'309.3	95'931.0	174'240.2	4'230.2	2'427.1	6'657.3
Studi medici e ambulatori di reparto	35'109.8		35'109.8	31'179.6		31'179.6	3'930.2	0.0	3'930.2
Ambulanti	91'545.5		91'545.5	86'551.4		86'551.4	4'994.1	0.0	4'994.1
Pronto soccorso - contributo dello Stato		5'620.7	5'620.7		5'620.7	5'620.7	0.0	0.0	0.0
Pronto soccorso - casse malati e altri finanziatori		22'354.6	22'354.6		21'128.4	21'128.4	0.0	1'226.2	1'226.2
Formazione - contributo dello Stato		14'208.4	14'208.4		14'208.4	14'208.4	0.0	0.0	0.0
Centri di pianificazione familiare - contributo dello Stato		976.4	976.4		976.4	976.4	0.0	0.0	0.0
Centri di pianificazione familiare - casse malati e altri finanziatori		3.1	3.1		2.3	2.3	0.0	0.8	0.8
Centri di costo estranei	0.0	259.9	259.9	0.0	259.9	259.9	0.0	0.0	0.0
Ricavi d'esercizio	235'662.7	261'772.2	497'434.9	223'243.0	258'118.1	481'361.0	12'419.8	3'654.1	16'073.9
Interessi		2'464.0	2'464.0		2'464.0	2'464.0	0.0	0.0	0.0
Ammortamenti		20'766.1	20'766.1		20'766.1	20'766.1	0.0	0.0	0.0
Ricavi totali	235'662.7	285'002.3	520'665.0	223'243.0	281'348.2	504'591.1	12'419.8	3'654.1	16'073.9

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2008			Dati per il calcolo del contributo 2008			Differenze tra consuntivo 2008 e contributo stanziato		
	Di pertinenza EOC ¹	Di pertinenza Stato ²	Totale	Di pertinenza EOC ¹	Di pertinenza Stato ²	Totale	Di pertinenza EOC ¹	Di pertinenza Stato ²	Totale
	tutti i pazienti di prima e seconda classe + pazienti non ticinesi di camera comune	pazienti ticinesi di camera comune		tutti i pazienti di prima e seconda classe + pazienti non ticinesi di camera comune	pazienti ticinesi di camera comune		tutti i pazienti di prima e seconda classe + pazienti non ticinesi di camera comune	pazienti ticinesi di camera comune	
Risultato d'esercizio	17'336.4	1'044.0	18'380.4	9'771.2	0.0	9'771.2	7'565.2	1'044.0	8'609.2
Interessi	0.0	301.2	301.2	0.0	0.0	0.0	0.0	301.2	301.2
Ammortamenti	-16'736.7	0.0	-16'736.7	-9'495.4	0.0	-9'495.4	-7'241.3	0.0	-7'241.3
Risultato globale 1	599.7	1'345.2	1'944.9	275.8	0.0	275.8	323.9	1'345.2	1'669.1

Totale contributo stanziato 164'286.50

¹Attività autofinanziate

²Attività con partecipazione finanziaria del Cantone

³I centri di costo estranei si riferiscono alla gestione degli alloggi del personale, degli autosili ed delle scuole sanitarie

Nota

I costi e i ricavi qui considerati sono quelli della contabilità analitica.

Essi sono diversi da quelli della contabilità finanziaria perché la contabilità analitica utilizza dei costi al netto di alcune tipologie di ricavi.