

Messaggio

numero

6560

data

9 novembre 2011

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Approvazione del Rapporto annuale 2010 sulla gestione dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC)

INDICE

Pagina

1.	CONSIDERAZIONI GENERALI.....	3
2.	ANALISI DEL CONTRIBUTO DELLO STATO PER L'ANNO 2010	5
2.1	DATI FINANZIARI	5
2.1.1	Prestazioni stazionarie a pazienti ticinesi di camera comune	5
2.1.2	Il costo totale dei reparti.....	10
2.1.3	Prestazioni di pronto soccorso.....	12
2.1.4	Costi di formazione	13
2.1.5	Centri di pianificazione familiare	13
2.1.6	Interessi passivi.....	14
2.1.7	Ammortamenti.....	15
2.2	DATI DI ATTIVITÀ.....	17
2.2.1	Giornate di cura totali.....	17
2.2.2	Giornate di cura dei pazienti ticinesi di camera comune	18
2.2.3	Pazienti totali.....	18
2.2.4	Degenza media	19
2.2.5	Tasso di occupazione	20
3.	FINANZIAMENTO DELLE DEGENZE IN CAMERA PRIVATA E SEMIPRIVATA.....	20
4.	RISULTATO D'ESERCIZIO E FONDO DI COMPENSAZIONE DEI RISCHI	21
5.	INDICATORI DI QUALITÀ	22
5.1	Attività di promozione della qualità	22
5.2	Qualità delle codifiche delle diagnosi e delle operazioni	23
5.3	Riammissioni potenzialmente evitabili	23
5.4	Tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali.....	23
5.5	Tasso di incidenza delle infezioni del sito chirurgico.....	24
6.	BENCHMARKING.....	24
7.	CONCLUSIONI	25
	DECRETO LEGISLATIVO	26

Allegato 1: Definizioni

Allegato 2: EOC 2010 - Confronto dati per il calcolo del contributo e dati per il consuntivo

Allegato 3: Rapporto annuale EOC 2010

INDICE DELLE TABELLE

Pagina

TABELLA 1:	PRESTAZIONI NEL SETTORE STAZIONARIO ACUTO, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	6
TABELLA 2:	PRESTAZIONI NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	7
TABELLA 3:	PRESTAZIONI NEL SETTORE STAZIONARIO ACUTO, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	8
TABELLA 4:	PRESTAZIONI NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009	9
TABELLA 5:	COSTI TOTALI E COSTI DEI REPARTI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	10
TABELLA 6:	COSTI TOTALI E COSTI DEI REPARTI, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	10
TABELLA 7:	COSTI DEL PERSONALE E COSTO DEL FABBISOGNO MEDICO, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010	10
TABELLA 8:	COSTI DEL PERSONALE E COSTO DEL FABBISOGNO MEDICO, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009	11
TABELLA 9:	EFFETTIVO DEL PERSONALE SECONDO I GIORNI PAGATI, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	11
TABELLA 10:	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 2010.....	12
TABELLA 11:	PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO: COSTI, RICAVI, COSTO NETTO TOTALE, NUMERO VISITE E COSTO NETTO PER VISITA, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	12
TABELLA 12:	COSTI DI FORMAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	13
TABELLA 13:	COSTI DI FORMAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	13
TABELLA 14:	CENTRI DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE: FABBISOGNO, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	13
TABELLA 15:	CENTRI DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE: FABBISOGNO, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009....	14
TABELLA 16:	COSTO PER INTERESSI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	14
TABELLA 17:	COSTO PER INTERESSI, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	14
TABELLA 18:	COSTO PER AMMORTAMENTI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	15
TABELLA 19:	COSTO PER AMMORTAMENTI, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	15
TABELLA 20:	SOSTANZA FISSA E AMMORTAMENTI AL 31.12.2010.....	16
TABELLA 21:	GIORNATE DI CURA TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	17
TABELLA 22:	GIORNATE DI CURA TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	17
TABELLA 23:	GIORNATE DI PAZIENTI TICINESI DI CAMERA COMUNE, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010.....	18
TABELLA 24:	GIORNATE DI PAZIENTI TICINESI DI CAMERA COMUNE, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009...	18
TABELLA 25:	PAZIENTI TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2010	18
TABELLA 26:	PAZIENTI TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	19
TABELLA 27:	DEGENZA MEDIA, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	19
TABELLA 28:	TASSO DI OCCUPAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO 2010 E 2009.....	20
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 2010.....	21
TABELLA 30:	DEGENZA MEDIA, TASSO D'OCCUPAZIONE, COSTO PER GIORNATA DI CURA, COSTO PER PAZIENTE	24

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

ci pregiamo sottoporvi per approvazione il Rapporto annuale 2010 sulla gestione dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC), annesso al presente messaggio (Allegato 3), conformemente all'art. 25 lett. c) della LEOC, del 19 dicembre 2000.

L'anno in rassegna (2010) è il primo del biennio 2010-2011 per il quale è stato rinnovato il contratto quadro tra lo Stato e l'EOC dopo due quadrienni, ma è anche il penultimo anno prima dell'entrata in vigore del nuovo regime di finanziamento ospedaliero che sarà effettivo a far stato dal 1° gennaio 2012.

Come di consueto, ma in modo più sintetico rispetto alle edizioni dei messaggi che hanno accompagnato i rapporti annuali dell'EOC dall'entrata in vigore della nuova LEOC del 19 dicembre 2000, di seguito verranno dapprima sviluppate alcune considerazioni generali, verrà illustrata l'analisi del contributo dello Stato e del finanziamento delle degenze in camera privata e semi-privata, e sarà dato riscontro del risultato d'esercizio e del fondo di compensazione dei rischi. Oltre agli aspetti economico-finanziari, certamente importanti, saranno pure evidenziati gli aspetti qualitativi, non meno importanti, che hanno contraddistinto le prestazioni e l'attività dell'Ente per il 2010.

Il messaggio è corredato dal confronto tra i dati di consuntivo 2010 e i dati considerati per il calcolo del contributo 2010 (Allegato 2), nonché dal Rapporto annuale 2010 dell'EOC (Allegato 3).

1. CONSIDERAZIONI GENERALI

Per meglio inquadrare il risultato d'esercizio e il Rapporto annuale 2010 è innanzitutto necessario richiamare alcuni elementi alla base delle prospettive postulate *ex-ante*, ossia al momento dell'allestimento del contributo previsionale 2010, nonché alcuni elementi di contesto che hanno contraddistinto l'effettiva messa in opera dell'esercizio.

Sui primi elementi, può essere un utile punto di riferimento il richiamo delle seguenti premesse (cfr. Messaggio n. 6286, 14 ottobre 2009, p. 2):

“È inutile negare che il rinnovo del contratto quadro per gli anni 2010-2011 e l'approvazione del contributo globale 2010 dell'EOC avvengono in un contesto economico e settoriale difficili. Sul piano nazionale, l'anno in corso ha evidenziato più che mai le difficoltà della LAMal a contenere l'aumento dei costi della salute. Se la stessa legge, entrata in vigore il 1° gennaio 1996, ha avuto il pregio di assicurare la qualità delle prestazioni e di istituire la solidarietà fra sani ed ammalati, giovani ed anziani, donne e uomini, essa non è riuscita a tutt'oggi a raggiungere l'obiettivo dell'economicità delle cure [...]. Inoltre da evidenziare l'annuncio il 1° ottobre scorso degli aumenti dei premi delle casse malati per l'assicurazione di base per il 2010, per il Canton Ticino un aumento decisamente superiore all'evoluzione dei suoi costi sanitari. L'aumento dei costi è ormai una costante dal 1996, per il Ticino in questi ultimi anni l'aumento è comunque stato inferiore alla media svizzera.

Questo per dire il contesto nel quale ci troviamo e che, verosimilmente ci accompagnerà ancora nei prossimi anni: proprio quegli anni nei quali si dovranno preparare le nuove regole cantonali di finanziamento LAMal [...]. In quest'ambito, molto delicata e considerevole sarà la posizione dello Stato, chiamato ad approntare le nuove regole e nel contempo a sopportare l'importante trasferimento del finanziamento di tutti gli istituti privati riconosciuti in base all'art. 39 cpv. 1 LAMal dagli assicuratori al Cantone.”

Aggiungeva poi il citato Messaggio:

“Né il Cantone, né l’EOC vorranno o potranno chiamarsi fuori dall’evoluzione in atto e dai prossimi, impegnativi, cambiamenti. Al contrario, l’offerta ospedaliera pubblica ed il suo finanziamento tramite il contratto di prestazioni, rappresentano nel contesto descritto un punto fermo per il sistema sanitario cantonale. Il contributo globale 2010 ed il rinnovo del contratto quadro per gli anni 2010-2011 intendono affermare tale importanza.”

Gli elementi di contesto richiamati si riferiscono all’ambito sanitario; essi vanno completati con riferimento anche alla situazione economica generale e a quella delle finanze pubbliche cantonali, in virtù delle quali, al momento della determinazione del contributo globale 2010 all’EOC, il Consiglio di Stato aveva richiesto allo stesso uno sforzo supplementare di contenimento, con una diminuzione di un milione di CHF rispetto al risultato d’esercizio presentato.

La gestione 2010 dell’EOC deve essere valutata a partire dagli elementi richiamati: proprio perché il periodo in rassegna non è stato privo di difficoltà, d’incertezze e di cambiamenti, i risultati illustrati nel Rapporto annuale 2010 dell’EOC, sia in termini di attività che in termini economico-finanziari, sono da considerare molto positivi e consolidano una salda posizione degli ospedali pubblici ticinesi di fronte alle nuove sfide, volute dal legislatore federale con le modifiche della LAMal sul finanziamento ospedaliero del 21 dicembre 2007.

In breve (cfr. Messaggio n. 6373, 30 giugno 2010, p. 6):

“Finanziamento basato sulle prestazioni, struttura tariffaria uniforme, ripartizione duale del finanziamento tra il Cantone (minimo 55%) e gli assicuratori (massimo 45%), parità di trattamento degli ospedali pubblici e privati: nuove norme che nel loro insieme costituiscono una vera e propria riforma, e che dovranno essere effettivamente applicate dai cantoni a partire dal 1° gennaio 2012.”

Non mancano a tutt’oggi, benché nel frattempo, il 17 marzo scorso, sia stata approvata dal Gran Consiglio la modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull’assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal), molteplici elementi d’incertezza in vista del 1° gennaio 2012. Purtroppo, il ruolo dei cantoni secondo le nuove regole non è stato definito in modo sufficientemente chiaro, per cui ognuno di essi ha cercato di interpretare al meglio quegli spazi d’azione che il legislatore federale non ha precisato. Mentre i prossimi mesi saranno al riguardo decisivi, è importante che nel frattempo gli istituti ospedalieri riconosciuti nella pianificazione cantonale, pubblici e privati, abbiano adottato al meglio non solo gli strumenti indispensabili per il passaggio al nuovo regime, ma soprattutto si siano preparati sul piano competitivo, vale a dire sul piano della qualità e dell’economicità delle cure, veri e propri principi cardine sui quali saranno valutati e, conseguentemente, remunerati.

In questo senso, il Rapporto annuale 2010 sulla gestione dell’EOC rende conto di un ente che ha da tempo intrapreso i passi necessari verso il suddetto, importante, cambiamento.

2. ANALISI DEL CONTRIBUTO DELLO STATO PER L'ANNO 2010

2.1 Dati finanziari

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 2010, unitamente al confronto tra il consuntivo 2010 e il consuntivo 2009.

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

2.1.1 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, pubblici e privati riconosciuti in virtù delle modifiche della LAMal del 21 dicembre 2007. I dettagli metodologici relativi a questo nuovo strumento sono contenuti nel messaggio n. 5612 del 14 dicembre 2004 concernente l'approvazione del contributo globale 2005.

In allegato riportiamo le definizioni essenziali per facilitare la lettura dei commenti sull'esercizio 2010.

Si illustrano qui di seguito dapprima gli scostamenti tra i dati di consuntivo 2010 e quelli considerati per il calcolo del contributo 2010, distinguendo tra settore stazionario acuto e riabilitazione. Successivamente si commenteranno gli stessi dati di consuntivo 2010 a confronto con i dati di consuntivo 2009.

A. Settore stazionario acuto

Settore stazionario acuto Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti acuti, al netto dei costi di formazione e degli onorari medici*	302'374.8	305'608.6	-3'233.8	-1.1%
Caseload totale (numero casi moltiplicato per il coefficiente di <i>casemix</i>)	35'078	35'682	-604	-1.7%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Caseload pazienti ticinesi di camera comune	24'277	25'734	-1'457	-5.7%
Percentuale sul totale del caseload	69.2%	72.1%		-4.0%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	216'210.9	219'689.6	-3'478.7	-1.6%
% rispetto al totale dei costi	71.5%	71.9%		-0.5%
Costo medio ponderato di un punto APDRG	8'906.0	8'536.9	369.1	4.3%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	96'585.8	96'370.3	215.5	0.2%
Tariffa media ponderata per punto APDRG	3'978.5	3'744.9	233.6	6.2%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	44.7%	43.9%		1.8%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	119'625.1	123'319.3	-3'694.2	-3.0%
Costo medio ponderato di un punto APDRG, finanziato con contributo globale	4'927.5	4'792.1	135.4	2.8%
% teorica di copertura del costo totale a carico dello Stato	55.3%	56.1%		-1.4%
Contributo versato come da contratto	123'319.3	123'319.3		
% effettiva di copertura del costo totale	57.0%	56.1%		1.6%

*Si tratta degli onorari medici di prima e seconda classe contabilizzati al lordo e quindi compresi nel costo totale dei reparti acuti.

Tabella 1: Prestazioni nel settore stazionario acuto, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Il costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune a consuntivo risulta inferiore dell'1.6% (-3.48 milioni di franchi) ai dati per il calcolo del contributo, diminuzione in linea con l'andamento generale del costo dei reparti acuti (-1.1%; -3.23 milioni di franchi), del quale rappresenta il 71.5%. In ragione del contemporaneo aumento del tasso di copertura dei costi da parte degli assicuratori (+1.8%), il costo delle degenze finanziato con contributo globale è diminuito del 3.0% (-3.69 milioni di franchi). Il contributo versato dallo Stato è però rimasto invariato come da contratto e ammonta a 123.32 milioni di franchi.

L'attività, misurata in termini di *caseload*, è inferiore a consuntivo dell'1.7% per quanto riguarda il totale delle degenze e del 5.7% se consideriamo i soli pazienti ticinesi di camera comune.

B. Riabilitazione

Riabilitazione Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti di riabilitazione, al netto dei costi di formazione	13'885.9	14'372.5	-486.6	-3.4%
Totale giornate di cura riabilitazione	28'329	26'200	2'129	8.1%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Giornate di cura riabilitazione	19'367	16'833	2'534	15.1%
Percentuale sul totale delle giornate	68.4%	64.2%		6.4%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	9'479.2	9'236.3	242.8	2.6%
% rispetto al totale dei costi	68.3%	64.3%		6.2%
Costo medio ponderato per giornata di cura	489.5	548.7	-59.3	-10.8%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	4'320.3	3'778.3	541.9	14.3%
Tariffa media ponderata per giornata di cura a carico degli assicuratori	223.1	224.5	-1.4	-0.6%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	45.6%	40.9%		11.4%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	5'158.9	5'458.0	-299.1	-5.5%
Costo medio ponderato per giornata di cura finanziata con contributo globale	263.9	324.2	-60.3	-18.6%
% teorica di copertura del costo totale a carico dello Stato	53.9%	59.1%		-8.8%
Contributo versato come da contratto	5'458.0	5'458.0		
% effettiva di copertura del costo totale	57.6%	59.1%		-2.6%

Tabella 2: Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Il costo totale dei reparti di riabilitazione risulta inferiore del 3.4% rispetto al calcolo del contributo (-0.49 milioni di franchi), mentre il costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune è superiore al calcolo del contributo del 2.6% (+0.24 milioni di franchi).

Causa principale di tale aumento è l'incremento delle giornate di riabilitazione dei pazienti ticinesi di camera comune rispetto ai dati del contributo (+15.1%; +2'534 giorni) che hanno generato anche entrate più consistenti dagli assicuratori (+14.3%; +0.54 milioni di franchi). Questi fattori spiegano la diminuzione a consuntivo del costo delle degenze finanziato con contributo globale (-5.5%; -0.30 milioni di franchi). Quanto versato dallo Stato è rimasto invariato come da contratto ed ammonta a 5.46 milioni di franchi.

Di seguito esponiamo i dati dei consuntivi 2010 e 2009, distinguendo tra settore stazionario acuto e riabilitazione.

C. Settore stazionario acuto

Settore stazionario acuto Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti acuti, al netto dei costi di formazione e degli onorari medici	302'374.8	303'053.0	-678.2	-0.2%
Caseload totale (numero casi moltiplicato per il coefficiente di casemix)	35'078	34'632	446	1.3%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Caseload pazienti ticinesi di camera comune	24'277	24'689	-412	-1.7%
Percentuale sul totale del caseload	69.2%	71.3%		-2.9%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	216'210.9	215'574.1	636.8	0.3%
% rispetto al totale dei costi	71.5%	71.1%		0.5%
Costo medio ponderato di un punto APDRG	8'906.0	8'731.6	174.4	2.0%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	96'585.8	92'884.7	3'701.1	4.0%
Tariffa media ponderata per punto APDRG	3'978.5	3'762.2	216.3	5.7%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	44.7%	43.1%		3.7%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	119'625.1	122'689.4	-3'064.3	-2.5%
Costo medio ponderato di un punto APDRG, finanziato con contributo globale	4'927.5	4'969.4	-41.9	-0.8%
% teorica di copertura del costo totale a carico dello Stato	55.3%	56.9%		-2.8%
Contributo versato come da contratto	123'319.3	119'294.9	4'024.4	3.4%
% effettiva di copertura del costo totale	57.0%	55.3%		3.1%

Tabella 3: Prestazioni nel settore stazionario acuto, dati di consuntivo 2010 e 2009

Il confronto tra i due consuntivi evidenzia una sostanziale stabilità del costo totale dei reparti acuti che è diminuito dello 0.2% (-0.68 milioni di franchi) e un aumento del *caseload* dell'1.3%. Per quanto riguarda i dati relativi alle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune, si rileva un leggero aumento del costo totale dello 0.3% (+0.64 milioni di franchi) e una diminuzione del *caseload* dell'1.7%. La percentuale del *caseload* dei pazienti ticinesi di camera comune rispetto al totale delle degenze è diminuita del 2.9%.

Aumenta di 3.70 milioni di franchi (+4.0%) l'importo totale a carico degli assicuratori. Il costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale è inferiore del 2.5% rispetto all'anno precedente (-3.06 milioni di franchi).

Il contributo globale cresce del 3.4% (+4.02 milioni di franchi) e, di conseguenza, la percentuale effettiva di copertura dei costi passa dal 55.3% al 57.0% (+3.1%).

D. Riabilitazione

Riabilitazione Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti di riabilitazione, al netto dei costi di formazione	13'981.3	13'824.6	156.7	1.1%
Totale giornate di cura riabilitazione	28'329	28'564	-235	-0.8%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Giornate di cura riabilitazione	19'367	19'227	140	0.7%
Percentuale sul totale delle giornate	68.4%	67.3%		1.6%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	9'479.2	9'310.4	168.8	1.8%
% rispetto al totale dei costi	67.8%	67.3%		1.4%
Costo medio ponderato per giornata di cura	489.5	484.2	5.2	1.1%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	4'320.3	4'235.4	84.9	2.0%
Tariffa media ponderata per giornata di cura a carico degli assicuratori	223.1	220.3	2.8	1.3%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	45.6%	45.5%		0.2%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	5'158.9	5'075.0	83.9	1.7%
Costo medio ponderato per giornata di cura finanziata con contributo globale	263.9	263.9	0.0	0.0%
% teorica di copertura del costo totale a carico dello Stato	53.9%	54.5%		-1.1%
Contributo versato come da contratto	5'458.0	4'658.8	799.2	17.2%
% effettiva di copertura del costo totale	57.6%	50.0%		15.1%

Tabella 4: Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo 2010 e 2009

Il costo totale delle giornate di riabilitazione risulta leggermente superiore all'anno precedente (+1.1%; +0.16 milioni di franchi). Le giornate totali di riabilitazione e quelle dei pazienti ticinesi di camera comune rilevano esigui scostamenti di segno opposto: una diminuzione dello 0.8% (-235 giornate) e un aumento dello 0.7% (+140 giornate), rispettivamente.

Il costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune supera dell'1.8% (+0.17 milioni di franchi) lo stesso dato dell'anno precedente. Questo aumento si riflette sul costo delle degenze dei pazienti di camera comune finanziato con contributo globale (+1.7%, +0.08 milioni di franchi). L'aumento delle giornate si riflette sul costo a carico degli assicuratori, la cui partecipazione sale del 2% (+0.08 milioni di franchi).

Il contributo globale è aumentato da un anno all'altro di 0.80 milioni di franchi, ossia del 17.2%, portando la percentuale effettiva di copertura dei costi dal 50% al 57.6% (+15.1%).

2.1.2 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 rispetto al totale dei costi in base alla contabilità analitica, al netto di interessi e ammortamenti. Esso rappresenta a consuntivo 2010 il 61.5% del totale dei costi (nel 2009: 62.8%).

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi totali secondo la contabilità analitica (senza interessi e ammortamenti)	514'547.00	515'199.00	-652.00	-0.1%
Costo dei reparti al netto dei costi di formazione e degli onorari medici per i pazienti di prima e seconda classe	316'260.71	319'981.10	-3'720.39	-1.2%
Costo dei reparti in % dei costi totali	61.5%	62.1%		-1%

Tabella 5: Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi totali secondo la contabilità analitica (senza interessi e ammortamenti)	514'547.00	504'401.80	10'145.20	2.0%
Costo dei reparti al netto dei costi di formazione e degli onorari medici per i pazienti di prima e seconda classe	316'260.71	316'877.60	-616.89	-0.2%
Costo dei reparti in % dei costi totali	61.5%	62.8%		-2%

Tabella 6: Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo 2010 e 2009

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 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi del personale	363'815.13	365'840.20	-2'025.07	-0.6%
Fabbisogno medico	93'160.79	93'899.00	-738.21	-0.8%

Tabella 7: Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009 ¹	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi del personale	363'815.13	353'339.48	10'475.65	3.0%
Fabbisogno medico	93'160.79	102'987.66	-9'826.87	-9.5%

¹Corretto secondo le nuove regole contabili Rekole per permettere la comparabilità

Tabella 8: Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo 2010 e 2009

I **costi del personale**¹ a consuntivo 2010 rappresentano il 69.5% dei costi totali al netto di interessi e ammortamenti e sono di poco inferiori al calcolo del contributo (-0.6%, pari a -2.03 milioni di franchi).

Per rapporto al consuntivo 2009 l'aumento di spesa è del 3.0%, pari 10.48 milioni di franchi. Di questi, 4.68 milioni concernono i salari lordi e sono in relazione al potenziamento dell'organico (+77.5 unità a tempo pieno, si veda la tabella 9), agli scatti di anzianità e al carovita. Il resto dell'aumento (5.80 milioni di franchi) si riferisce sia agli oneri sociali, sia agli onorari medici che sono passati da 19.50 milioni di franchi nel 2009 a 23.85 milioni di franchi nel 2010 a seguito di un cambiamento di prassi contabile che considera gli onorari medici soggetti ad oneri sociali (medici dipendenti) come costi del personale. Questi onorari medici sono compensati da una corrispondente diminuzione del fabbisogno medico.

Effettivo del personale secondo i giorni pagati (effettivo medio)	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Differenze
Medici e altri professionisti	461.8	450.3	11.5
Personale di cura	1783.4	1746.5	36.9
Personale amministrativo e dei segretariati medici	486.8	467.7	19.1
Personale di cucina, dei trasporti e dell'economia domestica	426.1	417.2	8.9
Artigiani e tecnici	58.9	57.8	1.1
Totale	3'217.0	3'139.5	77.5

Tabella 9: Effettivo del personale secondo i giorni pagati, dati di consuntivo 2010 e 2009

La voce **fabbisogno medico** presenta a consuntivo 2010 uno scostamento dello 0.8% in meno rispetto al calcolo del contributo (-0.74 milioni di franchi), mentre la variazione rispetto all'anno precedente si situa a -9.5%, pari a -9.83 milioni di franchi. Per la prima volta dopo diversi anni il costo del fabbisogno medico è in diminuzione. Ciò è dovuto ad importanti acquisti di materiale sanitario (strumenti e utensili ad uso ripetuto) avvenuti nel 2009 nonché al menzionato cambiamento di prassi contabile per la delimitazione tra onorari dei medici dipendenti e onorari dei medici indipendenti.

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 il contributo globale. Lo stesso vale per i costi del fabbisogno medico commentati più avanti.

2.1.3 Prestazioni di pronto soccorso

Le visite di pronto soccorso (pari a 142'729) sono inferiori dell'1.0% a quanto preventivato nel contratto di prestazione (- 1'371 visite) e dell'1.5% rispetto all'attività svolta nel 2009 (- 2'125 visite).

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 (casce malati e altri finanziatori).

Illustriamo qui di seguito l'evoluzione 2010 dei costi, dei ricavi e del costo netto per visita, confrontato a quanto calcolato nel contributo 2010 e, nella tabella successiva, al consuntivo 2009.

Importi totali in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo dell'attività di pronto soccorso	29'038.3	26'844.5	2'193.8	8.2%
Ricavi dell'attività di pronto soccorso	23'417.1	22'232.8	1'184.3	5.3%
Costo netto totale	5'621.20	4'611.70	1'009.50	21.9%
Numero di visite	142'729	144'100	-1'371	-1.0%
Costo netto per visita	39.38	32.00	7.38	23.1%

Tabella 10: 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 2010

Importi totali in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo dell'attività di pronto soccorso	29'038.30	28'655.30	383.00	1.3%
Ricavi dell'attività di pronto soccorso	23'417.10	23'394.50	22.60	0.1%
Costo netto totale	5'621.20	5'260.80	360.40	6.9%
Numero di visite	142'729	144'854	-2'125	-1.5%
Costo netto per visita	39.38	36.32	3.07	8.4%

Tabella 11: Prestazioni di pronto soccorso: costi, ricavi, costo netto totale, numero visite e costo netto per visita, dati di consuntivo 2010 e 2009

Il costo netto per visita a consuntivo 2010 ammonta a CHF 39.38 ed è superiore sia al dato del contributo, sia al dato dell'anno precedente, rispettivamente + CHF 7.38 (+23.1%) e + CHF 3.07; +8.4%). Nel primo caso si rileva il marcato aumento dei costi, non compensato da altrettanti ricavi (la revisione del tariffario delle analisi di laboratorio ha comportato una flessione dei punti per prestazione fatturabile). Nel secondo caso i costi sono aumentati in modo più contenuto e i ricavi sono pressoché identici. In entrambi i casi il costo netto per visita è influenzato in modo determinante dalla diminuzione del numero delle visite (-2'125 visite tra il consuntivo 2010 e il consuntivo 2009).

2.1.4 Costi di formazione

A tutt'oggi 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 d'esercizio o del personale e differenziate secondo il tipo di ospedale. 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

A contare dal 2010 l'EOC nelle trattative con gli assicuratori malattia e nei confronti dell'Ufficio federale di statistica è considerato ospedale unico multisito. Ne consegue che, contrariamente agli anni precedenti, la distinzione tra ospedali regionali (>125 letti) e ospedali di zona (<75 letti) non è più possibile.

Per il calcolo dei costi di formazione l'EOC ha quindi applicato la percentuale del 5% sulla massa salariale, dedotti gli onorari medici. Il costo totale a carico dello Stato per l'anno 2010 è di CHF 15'943'200.-, importo inferiore dell'1.8% rispetto a quanto previsto per il calcolo del contributo (- CHF 285'400.-) e superiore del 7.8% allo stesso dato del 2009 (+ CHF 1'152'500.-). Questo incremento non è dovuto al solo cambio di percentuale per gli ospedali di zona, ma riflette anche i potenziamenti di organico commentati a pagina 11.

	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	15'943.20	16'228.60	-285.40	-1.8%

Tabella 12: Costi di formazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	15'943.20	14'790.70	1'152.50	7.8%

Tabella 13: Costi di formazione, dati di consuntivo 2010 e 2009

2.1.5 Centri di pianificazione familiare

Il risultato globale dei quattro centri di pianificazione familiare evidenzia minori costi (si tratta comunque di importi molto contenuti), sia rispetto al calcolo del contributo (- 0.09 milioni di franchi), sia rispetto al consuntivo dell'anno precedente (-0.01 milioni di franchi).

	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Fabbisogno (in fr. 1'000)	941.80	1'027.20	-85.40	-8.3%

Tabella 14: Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Fabbisogno (in fr. 1'000)	941.80	953.40	-11.60	-1.2%

Tabella 15: Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo 2010 e 2009

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

- gli utenti che hanno usufruito dei servizi offerti sono stati 2'710 (2009: 2'960);
- le consulenze prestate 6'094 (2009: 6'380);
- le animazioni nelle scuole hanno coinvolto 226 classi e 3'337 allievi (2009: 156 classi e 2'872 allievi);
- come già avvenuto per il 2009, non vi sono state animazioni con adulti;
- le consulenze a operatori socio sanitari sono state 478 (2009: 350).

2.1.6 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. Dal 2002 al 2010 la voce mutui e prestiti obbligazionari è globalmente diminuita da 139.96 a 51.63 milioni di franchi.

L'evoluzione della voce interessi è stata la seguente:

	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	1'225.50	1'376.50	-151.00	-12.3%

Tabella 16: Costo per interessi, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	1'225.50	1'294.50	-69.00	-5.3%

Tabella 17: Costo per interessi, dati di consuntivo 2010 e 2009

L'importo a consuntivo 2010 è inferiore sia al dato ritenuto per il contributo (-12.3%; -0.15 milioni di franchi), sia al dato di consuntivo 2009 (-5.3%; -0.07 milioni di franchi). in ragione dei tassi d'interesse favorevoli.

2.1.7 Ammortamenti

L'evoluzione della voce ammortamenti è stata la seguente:

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo a carico dello Stato	18'516.80	18'516.80	0.00	0.0%

Tabella 18: Costo per ammortamenti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo a carico dello Stato	18'516.80	18'373.70	143.10	0.8%

Tabella 19: Costo per ammortamenti, dati di consuntivo 2010 e 2009

Secondo la LAMal, e prima dell'entrata in vigore del nuovo regime di finanziamento ospedaliero in base alla modifica del 21 dicembre 2007 - entrata in vigore fissata per il 1° gennaio 2012 - le spese d'investimento degli ospedali pubblici e pertanto anche il costo per gli ammortamenti - sono per principio completamente a carico dello Stato. Per questo, a tutt'oggi, il Cantone ha sempre sostenuto e finanziato gli ammortamenti per tutta la sostanza ammortizzabile dell'EOC (si vedano messaggi precedenti concernenti il contributo globale e il rapporto annuale dall'anno di gestione 2002).

Questo indirizzo, come noto, ha permesso all'EOC di procedere sia ad una adeguata politica d'investimento e di rinnovo delle proprie strutture ed infrastrutture ospedaliere, sia a un forte contenimento dell'indebitamento, inizialmente (al momento della costituzione dell'EOC) alquanto elevato ed in seguito a una sostenuta politica di prefinanziamento analogamente a quanto operato per le finanze del Cantone.

Oltre a ciò, a partire dal 2004, l'EOC ha registrato ammortamenti supplementari a carico della gestione finanziaria di sua pertinenza, ciò che ha permesso - come sottolineato nei messaggi degli ultimi anni - di incrementare il suo prefinanziamento e di ridurre ulteriormente gli ammortamenti e gli interessi passivi che lo Stato avrebbe assunto in futuro tramite il contributo globale.

Per l'anno 2010, d'intesa con il Consiglio di Stato, l'EOC ha rinunciato a registrare ammortamenti a consuntivo a carico della gestione di sua pertinenza. Questa rinuncia - che si ripercuote positivamente e, anzi, spiega l'entità del risultato d'esercizio complessivo 2010 - si giustifica essenzialmente con l'opportunità di non procedere ad una ulteriore riduzione della sostanza ammortizzabile in questi anni di transizione, prima che entrino in vigore le nuove norme di finanziamento. In effetti, la modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 sopra richiamata, ha introdotto il principio della remunerazione della cura ospedaliera attraverso importi forfettari basati su strutture tariffarie uniformi per tutta la Svizzera e comprendenti la remunerazione degli investimenti attraverso il riconoscimento dei rispettivi ammortamenti e interessi calcolatori (cosiddetti "costi annui d'utilizzazione delle immobilizzazioni"). Siccome a partire dal 1° gennaio 2012 lo Stato finanzia assieme agli assicuratori malattia, e nella misura del 55%, le prestazioni in base alle suddette strutture tariffarie, inclusi i costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni e poiché a tutt'oggi non sono ancora stati chiariti tutti gli aspetti legati a questa complessa problematica, occorre procedere secondo un principio di prudenza. Che la questione è ancora aperta ne fa stato

il mancato accordo tra le parti (ospedali e casse malati) sul piano nazionale, che si sono bloccate su una soluzione transitoria 2012-2014, unitamente a quello della trasmissione dei dati e della neutralità dei costi. Al momento attuale sussistono ancora parecchie incertezze. Alcune di esse (in particolare investimenti e neutralità dei costi) sono state regolate dal Consiglio Federale tramite la modifica dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) del 2 novembre 2011.

D'altra parte le nuove modalità di finanziamento degli ospedali, che entreranno in vigore il 1° gennaio 2012, comporteranno per l'EOC maggiori responsabilità a livello finanziario. Pertanto, come si dirà di seguito, al fine di rafforzare la sua autonomia, è opportuno preventivamente favorire il consolidamento del suo capitale proprio. Anche per questa ragione si giustifica la rinuncia ad ulteriori ammortamenti supplementari.

Sostanza fissa al 31.12.2010	Importi parziali	Importi totali
Terreni al 31.12.2010		17'866'682.00
Stabili		
Valore d'acquisto al 01.01.2010	594'366'936.84	
- Rettifica del valore d'acquisto in base alla contabilità dei cespiti	-26'524'563.05	
+ Investimenti netti 2010	18'449'707.85	
= Valore d'acquisto al 31.12.10	1 586'292'081.64	
Fondo ammortamenti al 01.01.2010	529'246'903.14	
- Rettifica del valore ammortizzato in base alla contabilità dei cespiti	-26'524'563.05	
+ Ammortamenti 2010	8'294'800.00	
= Fondo ammortamenti al 31.12.10	2 511'017'140.09	
Valore residuo degli stabili al 31.12.10 (1-2)		75'274'941.55
Mobili		
Valore d'acquisto al 01.01.2010	50'281'37.73	
+ Investimenti netti 2010	78'932.00	
= Valore d'acquisto al 31.12.2010	3 51'070'69.73	
Fondo ammortamenti al 01.01.2010	40'696'26.53	
+ Ammortamenti 2010	207'600.00	
= Fondo ammortamenti al 31.12.10	4 42'772'26.53	
Valore residuo dei mobili al 31.12.10 (3-4)		829'843.20
Attrezzature		
Valore d'acquisto al 01.01.2010	119'033'740.35	
+ Investimenti netti 2010	14'158'124.25	
= Valore d'acquisto al 31.12.2010	5 133'191'864.60	
Fondo ammortamenti al 01.01.2010	104'579'031.07	
+ Ammortamenti 2010	100'14'400.00	
= Fondo ammortamenti al 31.12.10	6 114'593'431.07	
Valore residuo delle attrezzature al 31.12.10 (5-6)		18'598'433.53
Totale sostanza fissa materiale al 31.12.10		112'569'900.28
Totale ammortamenti a carico Stato	18'516'800.00	

Tabella 20: Sostanza fissa e ammortamenti al 31.12.2010

2.2 DATI DI ATTIVITÀ²

2.2.1 Giornate di cura totali

Giornate di cura totali	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	266'596	262'280	4'316	1.6%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	25'923	28'300	-2'377	-8.4%
Riabilitazione	28'329	26'200	2'129	8.1%
Totali (neonati esclusi)	320'848	316'780	4'068	1.3%
Neonatologia	8'552	8'920	-368	-4.1%
Totali (neonati compresi)	329'400	325'700	3'700	1.1%

Tabella 21: Giornate di cura totali, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Giornate di cura totali	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	266'596	264'024	2'572	1.0%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	25'923	27'215	-1'292	-4.7%
Riabilitazione	28'329	28'564	-235	-0.8%
Totali (neonati esclusi)	320'848	319'803	1'045	0.3%
Neonatologia	8'552	8'812	-260	-3.0%
Totali (neonati compresi)	329'400	328'615	785	0.2%

Tabella 22: Giornate di cura totali, dati di consuntivo 2010 e 2009

Il numero effettivo di giornate di cura totali del 2010, pari a 329'400, è superiore a quanto calcolato per il contributo (+1.1%; +3'700 giornate) ed è per contro stabile rispetto all'anno 2009 (+0.2%; +785 giornate).

Nei due confronti all'interno delle varie categorie, si evidenziano un leggero incremento delle giornate negli ospedali regionali (+1.6% e +1.0%) e una diminuzione importante delle giornate negli ospedali di zona (-8.4% e -4.7%) e nella neonatologia (-4.1% e -3.0%). Le giornate di riabilitazione aumentano in modo considerevole nel confronto consuntivo 2010/contributo (+8.1%), ma diminuiscono tra il 2009 e il 2010 (-0.8%).

² Tutti i dati sono indicati per categoria medica

2.2.2 Giornate di cura dei pazienti ticinesi di camera comune

Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	190'657	191'920	-1'263	-0.7%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	20'099	21'756	-1'657	-7.6%
Riabilitazione	19'367	17'291	2'076	12.0%
Totali (neonati esclusi)	230'123	230'967	-844	-0.4%

Tabella 23: Giornate di pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	190'657	188'660	1'997	1.1%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	20'099	21'094	-995	-4.7%
Riabilitazione	19'367	19'227	140	0.7%
Totali (neonati esclusi)	230'123	228'981	1'142	0.5%

Tabella 24: Giornate di pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo 2010 e 2009

Il confronto dei dati di consuntivo 2010 con i dati del contributo evidenziano un andamento generale delle giornate di cura dei pazienti ticinesi di camera comune che si scosta leggermente da quello delle giornate di cura totali. Infatti, sia il totale, sia le giornate degli ospedali regionali, sono inferiori a consuntivo, rispettivamente dello 0.4% e dello 0.7%. Per contro, gli scostamenti negli ospedali di zona (-7.6%) e nella riabilitazione (+12.0%) sono in linea con quanto rilevato per l'insieme EOC.

Nel confronto tra i due consuntivi risultano coerenti con la tendenza generale gli ospedali regionali (+1.1%) e gli ospedali di zona (-4.7%), mentre per la riabilitazione si osserva un leggero aumento (+0.7%).

2.2.3 Pazienti totali

Pazienti totali	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	34'647	33'880	767	2.3%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	1'981	2'120	-139	-6.6%
Riabilitazione	1'261	1'180	81	6.9%
Totali (neonati esclusi)	37'889	37'180	709	1.9%
Neonati	1'738	1'820	-82	-4.5%
Totali (neonati compresi)	39'627	39'000	627	1.6%

Tabella 25: Pazienti totali, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2010

Pazienti totali	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	34'647	34'673	-26	-0.1%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	1'981	2'055	-74	-3.6%
Riabilitazione	1'261	1'335	-74	-5.5%
Totali (neonati esclusi)	37'889	38'063	-174	-0.5%
Neonati	1'738	1'738	0	0.0%
Totali (neonati compresi)	39'627	39'801	-174	-0.4%

Tabella 26: Pazienti totali, dati di consuntivo 2010 e 2009

Il numero di pazienti degenti registrati durante l'anno 2010 (39'627) è aumentato in rapporto con quanto stabilito nel contratto di prestazione (+1.6%) ed è leggermente inferiore al risultato ottenuto nel 2009 (-0.4%). Da evidenziare, in particolare, l'andamento del numero dei pazienti negli ospedali di zona, in diminuzione in entrambi i confronti (-6.6% e -3.6%), mentre i pazienti di riabilitazione risultano in aumento nel confronto tra consuntivo 2010 e contributo (+6.9%) e inferiori rispetto al consuntivo dell'anno precedente del 5.5%.

2.2.4 Degenza media

Degenza media	Consuntivo 2010	Consuntivo 2009	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	7.56	7.49	0.07	0.9%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	13.09	13.24	-0.16	-1.2%
Riabilitazione	22.47	21.40	1.07	5.0%
Totali (neonati esclusi)	8.31	8.26	0.06	0.7%

Tabella 27: Degenza media, dati di consuntivo 2010 e 2009

La degenza media globale (pari a 8.31 giornate) è praticamente invariata rispetto all'anno precedente (+0.06 giorni). Si evidenzia la differenza importante della degenza media fra gli ospedali regionali (7.56 giornate), gli ospedali di zona, senza la riabilitazione di Faido (13.09 giornate) e il reparto di riabilitazione di Faido e la Clinica di riabilitazione di Novaggio (22.47 giornate) che conferma la distribuzione funzionale 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.

2.2.5 Tasso di occupazione

Tasso di occupazione (giornate totali/numero dei letti/365)	2010		2009		Scostamento medio annuo
	Letti in esercizio*		letti in esercizio		
Ospedali regionali - neonati inclusi	849	88.8%	852	87.5%	1.5%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	83	85.6%	83	89.6%	-4.5%
Riabilitazione	83	93.5%	83	94.0%	-0.6%
Totale - neonati inclusi	1015	88.9%	1018	88.2%	0.8%

*I letti in esercizio possono differire da quelli pianificati e cambiare da un anno all'altro, a seguito di chiusure temporanee di reparti, necessarie per permettere lavori di ristrutturazione e/o manutenzione. Si rileva inoltre che, ai sensi della pianificazione ospedaliera, i letti di cure intense riconosciuti dalla Società svizzera di medicina intensiva e le culle per neonati non sono conteggiati

Tabella 28: Tasso di occupazione, dati di consuntivo 2010 e 2009

Il tasso d'occupazione medio totale dei posti letto dell'EOC (88.9%) è aumentato leggermente rispetto al 2009 (+0.8%). Da evidenziare in particolare la diminuzione importante del tasso di occupazione registrato negli ospedali di zona (-4.5%), che unita a quella più contenuta nel settore della riabilitazione (-0.6%) è stata compensata negli ospedali regionali che registrano un leggero aumento dell'1.5%.

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, il 1° gennaio 2012, del nuovo regime di finanziamento approvato dal Parlamento il 21 dicembre 2007.

In base alla Legge federale del 21 giugno 2002 si tratta di una spesa obbligatoria per i Cantoni. La partecipazione del Cantone è stata determinata in modo progressivo 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% dal 2004).

Per il 2010 l'onere complessivo per il Cantone è stato di CHF 27'007'090.20, che l'EOC ha contabilizzato nei suoi ricavi d'esercizio. Esso è superiore all'importo di Preventivo del Cantone per il 2010 (CHF 26'880'000.-), ma risulta inferiore all'importo versato nel 2009 (CHF 27'252'237.85). Le giornate di prima classe del 2010 (36'292) sono diminuite rispetto al 2009 (37'795), mentre quelle di seconda classe sono passate da 34'910 a 36'271.

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 giugno 2002.

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

L'esercizio 2010 si è chiuso positivamente sia per la gestione finanziata con contributo globale, sia per quella di pertinenza dell'EOC, come illustrato nella tabella che segue:

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2010	Contributo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Di pertinenza dello Stato				
Costi d'esercizio	273'112.20	274'673.20	-1'561.00	-0.6%
Ammortamento stabili e attrezzature	18'516.80	18'516.80	0.00	0.0%
Ricavi d'esercizio	124'327.80	122'383.60	1'944.20	1.6%
Contributo globale	169'806.40	169'806.40	0.00	
Risultato d'esercizio	2'505.20	-1'000.00	3'505.20	
Di pertinenza dell'EOC				
		Previsione 2010		
Costi d'esercizio	242'660.30	241'902.30	758.00	0.3%
Ammortamento stabili e attrezzature	0.00	11'662.40	-11'662.40	-100.0%
Ricavi d'esercizio	261'863.70	253'674.60	8'189.10	3.2%
Risultato d'esercizio	19'203.40	109.90	19'093.50	
Globale				
Costi d'esercizio	515'772.50	516'575.50	-803.00	-0.2%
Ammortamento stabili e attrezzature	18'516.80	30'179.20	-11'662.40	-38.6%
Ricavi d'esercizio	386'191.50	376'058.20	10'133.30	2.7%
Contributo globale	169'806.40	169'806.40	0.00	
Risultato globale d'esercizio	21'708.60	-890.10	22'598.70	

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 2010

Il risultato d'esercizio conseguito nell'attività finanziata con contributo globale ammonta a CHF +2'505'200.- ed è superiore a quanto prospettato per il 2010 grazie alla crescita degli introiti (+1.6%; +1.94 milioni di franchi) e alla diminuzione dei costi (-0.6%; - 1.56 milioni di franchi). Esso va interamente a beneficio del Fondo di compensazione dei rischi, come previsto dall'art. 18 del Contratto quadro di prestazione per il periodo 2010-2011, che al 31.12.2010 ammonta così a CHF 10'672'653.30 e rappresenta il 3.7% dei relativi costi totali (interessi e ammortamenti inclusi).

Il risultato d'esercizio della gestione di pertinenza dell'EOC ammonta a CHF +19'203'438.29 ed è la conseguenza della rinuncia ad effettuare ammortamenti supplementari come già evidenziato al punto 2.1.7, nonché dell'aumento dei ricavi d'esercizio - in particolare ricavi da pazienti degenti (+ 2 milioni di franchi) e ricavi da pazienti ambulatoriali (+ 3 milioni di franchi) - proporzionalmente maggiore rispetto all'incremento dei costi (+ 2 milioni di franchi). Questa decisione è legata all'incertezza delle conseguenze finanziarie del nuovo sistema di finanziamento ed è quindi improntata

alla prudenza. Essa permette di rafforzare il capitale proprio e di conseguenza di favorire una maggiore autonomia dell'EOC anche nell'eventualità di risultati d'esercizio negativi in futuro. Si tratta di riconoscere all'EOC la capacità di affrontare responsabilità accresciute di gestione finanziaria a seguito delle nuove modalità di finanziamento degli ospedali.

Il risultato d'esercizio dell'attività di pertinenza dell'EOC è stato devoluto interamente al relativo Fondo di competenza, che al 31.12.2010 ammonta quindi a CHF 30'795'755.92.

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.

5. INDICATORI DI QUALITÀ

Il contratto quadro e il contratto annuale di prestazione prevedono, rispettivamente agli articoli 13 e 3, la promozione continua della qualità, secondo quanto definito a livello svizzero nell'ambito della convenzione H+/*santésuisse* e il rilevamento di quattro indicatori: qualità delle codifiche delle diagnosi e delle operazioni, riammissioni potenzialmente evitabili, tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali, tasso di incidenza delle infezioni del sito chirurgico.

5.1 Attività di promozione della qualità

All'inizio del 2010 tutti gli istituti acuti EOC sono stati sottoposti ad un *audit* condotto da esperti della *Joint Commission International* (JCI), con l'obiettivo di valutare la situazione in relazione ai criteri stabiliti dal modello *International Essentials per la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza del paziente*, sviluppato da JCI stessa. Il modello definisce 5 aree di rischio sulle quali le organizzazioni ospedaliere dovrebbero concentrare gli sforzi per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Per ogni area, JCI ha definito 10 criteri che rappresentano le strategie di riduzione del rischio per quella specifica area. La messa in atto di queste strategie, permette di avere sotto controllo il rischio ospedaliero.

I risultati di questo *audit* hanno dato avvio a diverse azioni di miglioramento, quali ad esempio l'introduzione del braccialetto identificativo del paziente dall'ammissione alla dimissione o la verifica periodica delle cartelle cliniche, che saranno consolidate nel corso del 2011.

Approfittando della presenza dei consulenti JCI, è stato eseguito anche un *audit* in riferimento ai criteri di accreditamento pertinenti per i blocchi operatori, sui quali era stato messo l'accento negli scorsi anni, attuando tutti i passi previsti per scongiurare il rischio di errore, aderendo in tal senso alle campagne *Safe Surgery Saves Lives* dell'OMS e *Chirurgia sicura* della Fondazione per la sicurezza dei pazienti svizzera.

La rete REHA TICINO è stata impegnata nell'attività di creazione del sistema qualità basato sulla norma ISO 9001, mentre il servizio centrale di farmacia (EOFARM) si è concentrato sull'applicazione del *Référentiel qualité pour la pharmacie hospitalière* (RQPH), sistema di riferimento che ha le sue basi nella certificazione ISO 9001. Sempre secondo questa norma, ha ottenuto la ricertificazione il servizio di Medicina nucleare, mentre i Servizi centrali di Biasca hanno superato l'*audit* di mantenimento delle certificazioni ISO 9001, ISO 14001 e ISO 13485.

Il Centro di senologia della Svizzera Italiana dal canto suo ha ottenuto la *full accreditation* della Società Europea di Senologia EUSOMA, diventando in tal modo il secondo centro accreditato in Svizzera.

Infine, il Dipartimento di chirurgia EOC, ha aderito al monitoraggio svizzero promosso dall'*Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie* (AQC), ottenendo a fine anno i risultati dei primi indicatori. Gli stessi sono attualmente in fase di analisi.

5.2 Qualità delle codifiche delle diagnosi e delle operazioni

Il controllo della qualità delle codifiche delle diagnosi e delle procedure operatorie è avvenuto considerando gli incarti selezionati a campione dei pazienti degenti nei 4 ospedali regionali dell'EOC e dimessi nel corso del mese di marzo del 2010 (con fatturazione APDRG).

La selezione aleatoria si è ottenuta usando un programma informatico di statistica. Il campione di incarti considerati è stato di 405 casi. I risultati scaturiti dalla verifica evidenziano che la percentuale delle codifiche relative alla diagnosi principale e alla prima operazione valutate come "sbagliato" (= scelta adeguata del capitolo, ma non della categoria) o "sbagliato grave" (= scelta inadeguata del capitolo = codice completamente errato e diverso da quello che si sarebbe dovuto scegliere) sono molto contenute, ovvero:

- diagnosi principale: 2.5%
- intervento principale: 0.4%

Sulla base di questi risultati possiamo affermare che complessivamente la codifica effettuata negli ospedali EOC nel 2010 ha mantenuto (e per quanto concerne gli interventi, ulteriormente migliorato) l'eccellente livello qualitativo presente nel 2009.

5.3 Riammissioni potenzialmente evitabili

L'indicatore, misurato tramite l'algoritmo SQLape®, sviluppato dai ricercatori dell'*Institut universitaire de médecine sociale et préventive* (IUMSP) di Losanna, considera le riammissioni potenzialmente evitabili a 30 giorni dalla dimissione. L'indicatore figura tra le misure raccomandate dall'ANQ per il 2010. Il tasso di riammissione osservato per l'EOC è di 6.39%, che situandosi all'interno dell'intervallo minimo e massimo previsto (5.69% - 6.61%) è considerato nella norma.

5.4 Tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali

Nel corso del mese di giugno 2010 si è svolto lo studio di prevalenza delle infezioni nosocomiali, denominato SNIP10. Il tasso delle infezioni nosocomiali e i fattori ad esse collegati non rappresentano soltanto un valido indicatore per la qualità delle cure, ma anche e soprattutto uno strumento indispensabile per individuare aspetti su cui focalizzare gli sforzi di prevenzione delle infezioni ospedaliere. Come per le ultime tre edizioni, lo studio è stato coordinato dall'*Infection Control Program* degli ospedali universitari di Ginevra e vi hanno partecipato complessivamente 9 ospedali. I pazienti inclusi nello studio per l'EOC sono stati 619; tra questi, 30 pazienti avevano un'infezione nosocomiale. Il tasso di prevalenza evidenziato è pertanto stato pari al 4.8%. Questo risultato mostra un'ulteriore diminuzione del tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali all'EOC: negli ultimi due anni, sono stati registrati i tassi di prevalenza più bassi da quando si effettuano queste misure. Il tasso EOC è inoltre sensibilmente più basso di quello (pur molto buono) della media di tutti gli ospedali partecipanti (6.7%). Quest'ottimo risultato è la conseguenza delle diverse attività messe in atto per ridurre le infezioni nosocomiali in ospedale (*in primis*, la corretta igiene delle mani).

5.5 Tasso di incidenza delle infezioni del sito chirurgico

Tra le 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'*Institut Central des Hôpitaux Valaisans* (ICHV) di Sierre, ripresa dal 2009 dall'ANQ, sotto l'egida di SwissNOSO. All'EOC il monitoraggio avviene sugli interventi di appendicectomia, di colecistectomia, sugli interventi al colon e sugli interventi di posa di protesi dell'anca. Il tasso complessivo di infezioni per il 2010 è stato del 5.4%, perfettamente in linea con i risultati del *benchmarking* svizzero promosso da ANQ.

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° gennaio 2009 e le ordinanze di applicazione del nuovo finanziamento ospedaliero, dovrebbero colmare queste lacune. L'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero dovrebbe inoltre facilitare l'implementazione di comparazioni sistematiche fra istituti ospedalieri di diversi cantoni. A questo scopo, diversi gremii nazionali stanno valutando l'implementazione di un modello nazionale che permetta di attuare delle procedure di *benchmarking* sull'insieme del territorio svizzero. Da segnalare, in particolare, i lavori attuati in seno alla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, attraverso la riflessione comune di rappresentanti di una decina di cantoni, fra cui il Canton Ticino.

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.

Come già evidenziato nel messaggio sul Rapporto annuale 2009, occorre ricordare 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 e dei ricavi ambulatoriali.

Sulla base dei dati disponibili nel 2010 per gli anni 2008 e 2009, 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.)	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008
ORL	7.76	8.27	93.30	93.90	1'318.04	1'259.03	10'232.13	10'407.96
ORBV sede di Bellinzona	7.26	7.76	88.90	90.40	1'234.46	1'183.87	8'957.89	9'185.88
Media CH ¹⁾	7.77	7.97	88.51	89.71	1'403.44	1'318.60	10'898.79	10'507.72
ODL	7.73	7.87	98.30	99.30	1'056.32	1'007.33	8'163.31	7'925.79
Media CH	7.28	7.36	88.19	87.85	1'406.26	1'370.03	10'242.81	10'079.16
OBV	7.76	7.69	88.70	88.90	1'184.34	1'158.66	9'188.30	8'905.01
Media CH	6.49	6.57	86.19	87.08	1'379.93	1'325.43	8'955.46	8'712.31

¹⁾ Fonte: Ufficio federale di statistica (7 giugno 2011)

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

Il confronto nei due anni di riferimento evidenzia che in tutti gli ospedali regionali dell'EOC la **degenza media** è diminuita (pressoché costante per l'Ospedale Beata Vergine) e, ad eccezione dell'Ospedale San Giovanni nei due anni e dell'Ospedale Regionale di Lugano nel 2009, è ancora superiore alla media svizzera della categoria di riferimento, ma con una tendenza alla diminuzione.

Il **tasso d'occupazione** è leggermente diminuito dal 2008 al 2009, ma si mantiene comunque alto ed è superiore alla media svizzera in tutte le categorie.

Il **costo per giornata di cura** risulta essere inferiore alla media nazionale per tutti gli ospedali acuti dell'EOC.

Il **costo per paziente** risulta generalmente inferiore alle medie svizzere nel biennio considerato, eccezion fatta per l'Ospedale della Beata Vergine di Mendrisio che, nel 2009, registra un costo leggermente superiore alla media nazionale, di ca. il 2.6%.

7. CONCLUSIONI

Le prestazioni erogate dall'EOC nel 2010 e finanziate dallo Stato, rientrano nei parametri quantitativi e qualitativi stabiliti dal contratto di prestazione. Considerato il risultato d'esercizio relativo a quest'attività, unitamente ai risultati complessivi della gestione dell'Ente, visto quanto precede, vi proponiamo di approvare il Rapporto annuale 2010 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:

La Presidente, L. Sadis
Il Cancelliere, G. Gianella

Allegato 1: Definizioni

Allegato 2: EOC 2010 - Confronto dati per il calcolo del contributo e dati di consuntivo

Allegato 3: Rapporto annuale dell'EOC

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente l'approvazione del Rapporto annuale 2010 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 9 novembre 2011 n. 6560 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Articolo 1

Il Rapporto annuale 2010 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.

Il gruppo di diagnosi (DRG)*

Ogni paziente di un ospedale è attribuito a gruppo di diagnosi omogeneo previsto dal sistema di raggruppamento. In un determinato gruppo di diagnosi si ritrovano quindi pazienti con analoghe caratteristiche cliniche e analogo impegno di trattamento previsto.

L'EOC ha sperimentato a partire dal 2005 il sistema APDRG (*All Patients Diagnosis Related Groups*); dal 1° gennaio 2012 tutti gli istituti ospedalieri svizzeri (pubblici e privati) dovranno adottare il sistema swissDRG.

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), misurato in punti, che indica l'impegno medio di trattamento per pazienti del gruppo. Gli indici utilizzati dall'EOC per il 2010 sono quelli della versione 6.0 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 1.2680 punti.

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

Addizionando tutti i CW di un ospedale otteniamo il *caseload* (CL) e dividendo il CL per il numero di casi dell'ospedale in questione troviamo il grado di gravità delle affezioni dell'ospedale, vale a dire il cosiddetto *case-mix-index* (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.

* DRG= *Diagnosis Related Group*

EOC 2010 - Confronto dati per il calcolo del contributo e dati di consuntivo

Allegato 2

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2010			Dati per il calcolo del contributo 2010			Differenze tra consuntivo 2010 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	Pazienti di camera privata e semiprivata + non ticinesi di camera comune	Pazienti ticinesi di camera comune		Pazienti di camera privata e semiprivata + non ticinesi di camera comune	Pazienti ticinesi di camera comune		Pazienti di camera privata e semiprivata + non ticinesi di camera comune	Pazienti ticinesi di camera comune	
Reparti di degenza	102'110.6	225'690.1	327'800.7	101'992.1	228'925.9	330'918.0	118.5	-3'235.8	-3'117.3
Ambulanti	105'901.0		105'901.0	105'824.7		105'824.7	76.3	0.0	76.3
Pronto soccorso		29'038.3	29'038.3		26'844.5	26'844.5	0.0	2'193.8	2'193.8
Formazione		15'943.2	15'943.2		16'228.6	16'228.6	0.0	-285.4	-285.4
Centri di pianificazione familiare (CPF)		946.4	946.4		1'029.5	1'029.5	0.0	-83.1	-83.1
Centri di costo estranei ³	34'640.1	268.7	34'908.8	34'083.6	268.7	34'352.3	556.5	0.0	556.5
Differenze di arrotondamento	8.6		8.6	1.9	-0.5	1.4	6.7	0.5	7.2
Costi d'esercizio	242'660.3	271'886.7	514'547.0	241'902.3	273'296.7	515'199.0	758.0	-1'410.0	-652.0
Interessi	0.0	1'225.5	1'225.5	0.0	1'376.5	1'376.5	0.0	-151.0	-151.0
Ammortamenti	0.0	18'516.8	18'516.8	11'662.4	18'516.8	30'179.2	-11'662.4	0.0	-11'662.4
Costi totali	242'660.3	291'629.0	534'289.3	253'564.7	293'190.0	546'754.7	-10'904.4	-1'561.0	-12'465.4
Ricavi									
Reparti di degenza - contributo dello Stato	27'007.1	128'777.3	155'784.4	26'880.0	128'777.3	155'657.3	127.1	0.0	127.1
Reparti di degenza - correzione contributo dello Stato		-1'000.0	-1'000.0		-1'000.0	-1'000.0			
Reparti di degenza - casse malati e altri finanziatori	85'553.4	100'906.1	186'459.5	82'719.4	100'148.6	182'868.0	2'834.0	757.5	3'591.5
Ambulanti	117'854.3		117'854.3	113'290.3		113'290.3	4'564.0	0.0	4'564.0
Pronto soccorso - contributo dello Stato		4'611.3	4'611.3		4'611.3	4'611.3	0.0	0.0	0.0
Pronto soccorso - casse malati e altri finanziatori		23'417.1	23'417.1		22'232.8	22'232.8	0.0	1'184.3	1'184.3
Formazione - contributo dello Stato		16'228.6	16'228.6		16'228.6	16'228.6	0.0	0.0	0.0
CPF - contributo dello Stato		1'027.2	1'027.2		1'027.2	1'027.2	0.0	0.0	0.0
CPF - casse malati e altri finanziatori		4.6	4.6		2.2	2.2	0.0	2.4	2.4
Centri di costo estranei	31'448.9	268.7	31'717.6	30'784.9	268.7	31'053.6	664.0	0.0	664.0
Ricavi d'esercizio	261'863.7	274'240.9	536'104.6	253'674.6	272'296.7	525'971.3	8'189.1	1'944.2	10'133.3
Interessi		1'376.5	1'376.5		1'376.5	1'376.5	0.0	0.0	0.0
Ammortamenti		18'516.8	18'516.8		18'516.8	18'516.8	0.0	0.0	0.0
Ricavi totali	261'863.7	294'134.2	555'997.9	253'674.6	292'190.0	545'864.6	8'189.1	1'944.2	10'133.3
Risultato totale	19'203.4	2'505.2	21'708.6	109.9	-1'000.0	-890.1	19'093.5	3'505.2	22'598.7

Totale contributo stanziato **169'806.40**¹Attività autofinanziate²Attività con partecipazione finanziaria del Cantone³I centri di costo estranei si riferiscono in particolare alla gestione degli alloggi del personale, dei posteggi, degli studi medici privati 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.