Messaggio

numero	data	Dipartimento
6677	5 settembre 2012	SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Approvazione del Rapporto annuale 2011 sulla gestione dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC)

INDICE Pagina

1. CONSIDERAZIONI GENERALI 4
2. ANALISI DEL CONTRIBUTO DELLO STATO PER L'ANNO 2011 5
2.1 Dati finanziari 5
2.1.1 In generale 5
2.1.2 Prestazioni stazionarie a pazienti ticinesi di camera comune 7
2.1.3 Il costo totale dei reparti 12
2.1.4 Prestazioni di pronto soccorso 14
2.1.5 Costi di formazione 15
2.1.6 Centri di pianificazione familiare 15
2.1.7 Interessi passivi 16
2.1.8 Ammortamenti 17
2.2 Dati di attività 19
2.2.1 Giornate di cura totali 19
2.2.2 Giornate di cura dei pazienti ticinesi di camera comune 20
2.2.3 Pazienti totali 20
2.2.4 Degenza media 21
2.2.5 Tasso di occupazione 22
3. FINANZIAMENTO DELLE DEGENZE IN CAMERA PRIVATA E SEMIPRIVATA 22
4. RISULTATO D'ESERCIZIO E FONDO DI COMPENSAZIONE DEI RISCHI 23
5. MISURAZIONE E PROMOZIONE DELLA QUALITÀ 24
5.1 Indicatori di risultato previsti dal contratto di prestazione 24
5.1.1 Qualità delle codifiche delle diagnosi e delle operazioni 24
5.1.2 Riammissioni potenzialmente evitabili 24
5.1.3 Tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali 25
5.1.4 Tasso di incidenza delle infezioni del sito chirurgico 25
5.2 Indicatori di risultato previsti dal contratto ANQ 25
5.2.1 Soddisfazione secondo questionario breve ANQ 25

1.0063

5.2.2 Misura della prevalenza delle lesioni da pressione (decubiti) e delle cadute 26
5.3 Altri indicatori di risultato 26
5.4 Indicatori di struttura 27
5.5 Promozione della qualità 27
6. BENCHMARKING 28
7. CONCLUSIONI 28
DECRETO LEGISLATIVO 29

Allegato 1: Definizioni
Allegato 2: EOC 2011 - Confronto dati per il calcolo del contributo e dati per il consuntivo
Allegato 3: Rapporto annuale EOC 2011

INDICE DELLE TABELLE

Pagina

TABELLA 1: PRESTAZIONI NEL SETTORE STAZIONARIO ACUTO, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 8

TABELLA 2: PRESTAZIONI NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 9

TABELLA 3: PRESTAZIONI NEL SETTORE STAZIONARIO ACUTO, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 10

TABELLA 4: PRESTAZIONI NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 11

TABELLA 5: COSTI TOTALI E COSTI DEI REPARTI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 12

TABELLA 6: COSTI TOTALI E COSTI DEI REPARTI, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 12

TABELLA 7: COSTI DEL PERSONALE E COSTO DEL FABBISOGNO MEDICO, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 12

TABELLA 8: COSTI DEL PERSONALE E COSTO DEL FABBISOGNO MEDICO, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 13

TABELLA 9: EFFETTIVO DEL PERSONALE SECONDO I GIORNI PAGATI, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 13

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 2011 ... 14

TABELLA 11: PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO: COSTI, RICAVI, COSTO NETTO TOTALE, NUMERO VISITE E COSTO NETTO PER VISITA, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 14

TABELLA 12: COSTI DI FORMAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 15

TABELLA 13: COSTI DI FORMAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 15

TABELLA 14: CENTRI DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE: FABBISOGNO, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 16

TABELLA 15: CENTRI DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE: FABBISOGNO, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 16

TABELLA 16: COSTO PER INTERESSI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 16

TABELLA 17: COSTO PER INTERESSI, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 16

TABELLA 18: COSTO PER AMMORTAMENTI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 17

TABELLA 19: COSTO PER AMMORTAMENTI, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 17

TABELLA 20: SOSTANZA FISSA E AMMORTAMENTI AL 31.12.2011 ... 18

TABELLA 21: GIORNATE DI CURA TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 19

TABELLA 22: GIORNATE DI CURA TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 19

TABELLA 23: GIORNATE DI PAZIENTI TICINESI DI CAMERA COMUNE, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 20

TABELLA 24: GIORNATE DI PAZIENTI TICINESI DI CAMERA COMUNE, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 20

TABELLA 25: PAZIENTI TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO E DATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO 2011 ... 20

TABELLA 26: PAZIENTI TOTALI, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 21

TABELLA 27: DEGENZA MEDIA, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 21

TABELLA 28: TASSO DI OCCUPAZIONE, DATI DI CONSUNTIVO 2011 E 2010 ... 22

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 2011 ... 23

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

ci pregiamo sottoporvi per approvazione il Rapporto annuale 2011 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.

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, saranno pure evidenziati gli aspetti qualitativi che hanno contraddistinto le prestazioni e l'attività dell'Ente per il 2011.
Il messaggio è corredato dal confronto tra i dati di consuntivo 2011 e i dati considerati per il calcolo del contributo 2011 (Allegato 2), nonché dal Rapporto annuale 2011 dell'EOC (Allegato 3).

1. CONSIDERAZIONI GENERALI

Con la presentazione del consuntivo 2011 si chiude un'esperienza iniziata nel 2001/2002 quando fu introdotto per la prima volta lo strumento del contratto di prestazione nell'ambito del finanziamento ospedaliero. Nel messaggio n. 5178 del 27 novembre 2001 "Approvazione del contributo globale 2002 dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC)", si argomentava tale decisione con la necessità di "*passare da una gestione tradizionale fondata sulle risorse investite in materia di personale, beni e servizi ad una gestione più imprenditoriale basata sulle prestazioni e sui risultati*". A tutt'oggi si può affermare che il passaggio dalla copertura del fabbisogno a un finanziamento per prestazioni, tramite lo stanziamento di un contributo globale, è stato lungimirante, visto il consolidamento che l'EOC ha potuto operare in termini di risorse umane, tecniche e finanziarie. È infatti innegabile che la trasformazione dell'EOC in ospedale multisito con i relativi cambiamenti (come ad esempio la concentrazione di alcune prestazioni, l'acquisizione della Clinica di riabilitazione di Novaggio, la centralizzazione dei servizi generali: amministrazione, contabilità, informatica, laboratorio, farmacia, lavanderia e sterilizzazione) è stata possibile anche grazie al grado di autonomia operativa e gestionale garantito dal cambiamento di sistema (si veda messaggio n. 4965 del 5.12.2000 concernente la modifica della LEOC).
Dal 1° gennaio 2012 le regole di finanziamento sono dettate dalle modifiche della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 21 dicembre 2007 e della Legge di applicazione cantonale (LCAMal) del 17 marzo 2011. L'EOC è giunto preparato a questo appuntamento dal punto di vista dello strumentario, anche grazie all'acquisizione di questa esperienza. Infatti, la contabilità analitica e quella degli investimenti, nonché la fatturazione per prestazioni, sono già implementate da anni, ciò che costituisce una premessa indispensabile per la commisurazione del finanziamento da parte degli assicuratori malattia da una parte e dallo Stato, dall'altra.

L'esercizio 2011 si è chiuso positivamente con un risultato globale complessivo di CHF 11'405'556.97, rispettivamente, CHF 5'223'200.- di perdita per la gestione finanziata con contributo globale e CHF 16'628'756.97 di utile per quella di pertinenza dell'EOC. Questi risultati sono commentati nel dettaglio a pagina 23, al capitolo 4. Risultato d'esercizio e fondo di compensazione dei rischi.

2. ANALISI DEL CONTRIBUTO DELLO STATO PER L'ANNO 2011

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 2011, unitamente al confronto tra il consuntivo 2011 e il consuntivo 2010.

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 In generale

Il contributo stanziato per l'anno 2011 ammonta a CHF 172'740'800, così suddiviso:

Prestazioni stazionarie per i pazienti di camera comune, domiciliati in Ticino	CHF	127'946'600.00
Coordinatrice organizzazione espianti	CHF	45'300.00
Differenza a carico del Fondo di compensazione dei rischi	CHF	-500'000.00
Totale contributo per prestazioni stazionarie		127'491'900.00
Prestazioni per le degenze ad alto contenuto sanitario dell'Istituto di cura Valmaggese (Cevio)	CHF	268'700.00
Prestazioni di pronto soccorso	CHF	6'331'700.00
Costi della formazione e della ricerca	CHF	16'756'900.00
Fabbisogno dei centri di pianificazione familiare	CHF	994'700.00
Interessi	CHF	1'226'500.00
Ammortamenti	CHF	19'670'400.00
Totale contributo secondo contratto	**CHF**	**172'740'800.00**

Dal 2002 (primo anno di introduzione del contributo globale) al 2011 (ultimo anno prima delle modifiche LAMal), lo Stato ha versato all'EOC 1'638.22 milioni di franchi.

Un esame dell'evoluzione del contributo a carico dello Stato dal 2002 al 2011 evidenzia che la somma stabilita nel 2011 per rapporto a quanto stanziato nel 2002, è aumentata percentualmente meno del tasso di rincaro e più precisamente:

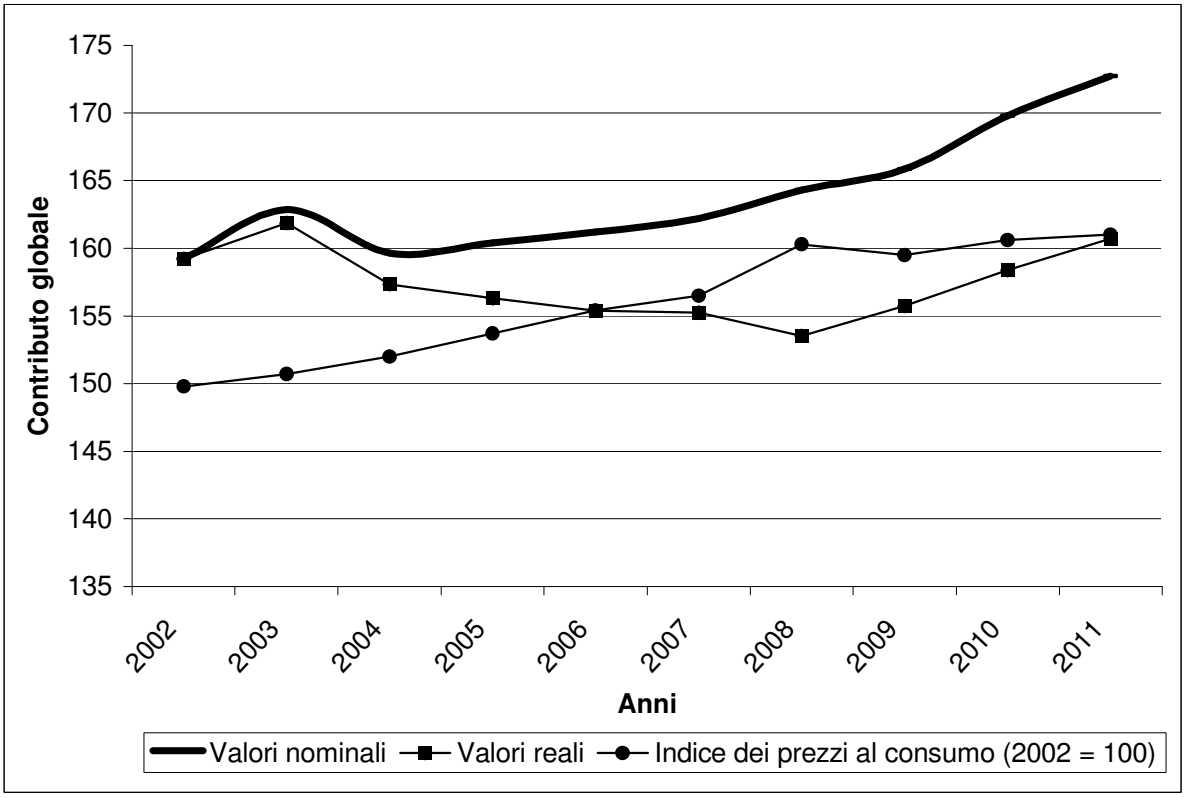
indice rincaro	2002	149.80	
indice rincaro	2011	161.00	+7.5%
contributo (valore nominale)	2002	CHF 159.24 milioni	
contributo (valore nominale)	2011	CHF 172.74 milioni	+8.5%

Se confrontiamo il contributo a carico dello Stato in termini reali, quest'ultimo è aumentato di poco.

contributo (valore reale)	2002	CHF 152.97 milioni[1]	
contributo (valore reale)	2011	CHF 154.39 milioni	+0.9%

Si tratta di un risultato notevole, raggiunto non già a scapito della qualità, ma, come già evidenziato più volte, attraverso una rigorosa gestione delle risorse.

Di seguito illustriamo con un grafico l'evoluzione del contributo dal 2002 al 2011.



[1] Contributo indicizzato, valore reale = valore nominale nell'anno 2002.

2.1.2 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), con largo anticipo rispetto al 1° gennaio 2012, momento in cui le modifiche della LAMal del 21 dicembre 2007 sono entrate in vigore e hanno sancito l'obbligo di implementare la struttura tariffale SwissDRG per tutti gli istituti, pubblici e privati, autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, art. 39 cpv. 1.
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.
Nell'allegato 1 si riportano le definizioni essenziali per facilitare la lettura dei commenti sull'esercizio 2011.

Si illustrano qui di seguito dapprima gli scostamenti tra i dati di consuntivo 2011 e quelli considerati per il calcolo del contributo 2011, distinguendo tra settore stazionario acuto e riabilitazione. Successivamente si commenteranno gli stessi dati di consuntivo 2011 a confronto con i dati di consuntivo 2010.

A. Settore stazionario acuto

Settore stazionario acuto Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti acuti, al netto dei costi di formazione e degli onorari medici*	312'368.3	309'925.0	2'443.3	0.8%
Caseload totale (numero casi moltiplicato per il coefficiente di *casemix*)	34'982	35'693	-711	-2.0%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Caseload pazienti ticinesi di camera comune	25'303	25'483	-180	-0.7%
Percentuale sul totale del caseload	72.3%	71.4%		1.3%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	225'430.2	220'450.1	4'980.1	2.3%
% rispetto al totale dei costi	72.2%	71.1%		1.5%
Costo medio ponderato di un punto APDRG	8'909.2	8'650.9	258.4	3.0%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	98'057.2	98'570.3	-513.1	-0.5%
Tariffa media ponderata per punto APDRG	3'875.3	3'868.1	7.2	0.2%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	43.5%	44.7%		-2.7%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	127'373.0	121'879.8	5'493.2	4.5%
Costo medio ponderato di un punto APDRG, finanziato con contributo globale	5'033.9	4'782.8	251.1	5.3%
% teorica di copertura del costo totale a carico dello Stato	56.5%	55.3%		2.2%
Contributo versato come da contratto	121'425.1	121'425.1		
% effettiva di copertura del costo totale	53.9%	55.1%		-2.2%

*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 2011*

Il costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune a consuntivo risulta superiore del 2.3% (+ 4.98 milioni di franchi) ai dati per il calcolo del contributo, aumento più pronunciato rispetto all'andamento generale del costo dei reparti acuti (+0.8%; +2.44 milioni di franchi), del quale rappresenta il 69.8%. In ragione della contemporanea diminuzione del tasso di copertura dei costi da parte degli assicuratori (-2.7%), il costo delle degenze finanziato con contributo globale è aumentato del 4.5% (+5.49 milioni di franchi). Il contributo versato dallo Stato è però rimasto invariato come da contratto e ammonta a 121.43 milioni di franchi.

L'attività, misurata in termini di *caseload*, è inferiore a consuntivo del 2.0% per quanto riguarda il totale delle degenze e dello 0.7% se consideriamo i soli pazienti ticinesi di camera comune.

B. Riabilitazione

Riabilitazione Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti di riabilitazione, al netto dei costi di formazione	14'121.1	15'099.6	-978.5	-6.5%
Totale giornate di cura riabilitazione	25'971	26'800	-829	-3.1%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Giornate di cura riabilitazione	18'424	18'027	397	2.2%
Percentuale sul totale delle giornate	70.9%	67.3%		5.5%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	10'023.6	10'162.6	-139.0	-1.4%
% rispetto al totale dei costi	71.0%	67.3%		5.5%
Costo medio ponderato per giornata di cura	544.0	563.7	-19.7	-3.5%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	4'164.0	4'095.8	68.2	1.7%
Tariffa media ponderata per giornata di cura a carico degli assicuratori	226.0	227.2	-1.2	-0.5%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	41.5%	40.3%		3.1%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	5'859.6	6'066.8	-207.2	-3.4%
Costo medio ponderato per giornata di cura finanziata con contributo globale	263.9	336.5	-72.6	-21.6%
% teorica di copertura del costo totale a carico dello Stato	48.5%	59.7%		-18.7%
Contributo versato come da contratto	6'066.8	6'066.8		
% effettiva di copertura del costo totale	60.5%	59.7%		1.4%

***Tabella 2**: Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

Il costo totale dei reparti di riabilitazione e il costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune sono entrambi inferiori al calcolo del contributo; rispettivamente -6.5%; - 0.98 milioni di franchi e -1.4%; - 0.14 milioni di franchi.
Grazie al leggero aumento delle giornate di riabilitazione dei pazienti ticinesi di camera comune rispetto ai dati del contributo (+2.2%; +397 giornate) le entrate dagli assicuratori sono state un po' più alte del previsto (+1.7%; +0.07 milioni di franchi). Di conseguenza il costo delle degenze finanziato con contributo globale risulta ancora più contenuto (-3.4%; -0.21 milioni di franchi). Quanto versato dallo Stato è rimasto invariato come da contratto ed ammonta a 6.07 milioni di franchi.
Di seguito esponiamo i dati dei consuntivi 2011 e 2010, distinguendo tra settore stazionario acuto e riabilitazione.

C. Settore stazionario acuto

Settore stazionario acuto Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti acuti, al netto dei costi di formazione e degli onorari medici	312'368.3	302'374.8	9'993.5	3.3%
Caseload totale (numero casi moltiplicato per il coefficiente di *casemix*)	34'982	35'078	-96	-0.3%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Caseload pazienti ticinesi di camera comune	25'303	24'277	1'026	4.2%
Percentuale sul totale del caseload	72.3%	69.2%		4.5%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	225'430.2	216'210.9	9'219.3	4.3%
% rispetto al totale dei costi	72.2%	71.5%		0.9%
Costo medio ponderato di un punto APDRG	8'909.2	8'906.0	3.2	0.0%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	98'057.2	96'585.8	1'471.4	1.5%
Tariffa media ponderata per punto APDRG	3'875.3	3'978.5	-103.2	-2.6%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	43.5%	44.7%		-2.6%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	127'373.0	119'625.1	7'747.9	6.5%
Costo medio ponderato di un punto APDRG, finanziato con contributo globale	5'033.9	4'927.5	106.4	2.2%
% teorica di copertura del costo totale a carico dello Stato	56.5%	55.3%		2.1%
Contributo versato come da contratto	121'425.1	123'319.3	-1'894.2	-1.5%
% effettiva di copertura del costo totale	53.9%	57.0%		-5.6%

***Tabella 3**: Prestazioni nel settore stazionario acuto, dati di consuntivo 2011 e 2010*

Il confronto tra i due consuntivi evidenzia un importante aumento del costo totale dei reparti acuti del 3.3% (+10.00 milioni di franchi) e una leggera flessione del *caseload* pari allo 0.3%. Stesso andamento per i costi delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune, +4.3% (+9.22 milioni di franchi), da mettere in relazione con l'analogo aumento del *caseload* (+4.2%).

Aumenta di 1.47 milioni di franchi (+1.5%) l'importo totale a carico degli assicuratori. Il costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale supera del 6.5% lo stesso dato dell'anno precedente (+7.75 milioni di franchi).

Il contributo globale diminuisce dell'1.5% (-1.89 milioni di franchi) e, di conseguenza, la percentuale effettiva di copertura dei costi passa dal 57.0% al 53.9% (-5.6%).

D. Riabilitazione

Riabilitazione Dati finanziari totali in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale dei reparti di riabilitazione, al netto dei costi di formazione	14'121.1	13'981.3	139.7	1.0%
Totale giornate di cura riabilitazione	25'971	28'329	-2'358	-8.3%
Pazienti ticinesi di camera comune				
Giornate di cura riabilitazione	18'424	19'367	-943	-4.9%
Percentuale sul totale delle giornate	70.9%	68.4%		3.8%
Costo totale dei pazienti ticinesi di camera comune	10'023.6	9'479.2	544.4	5.7%
% rispetto al totale dei costi	71.0%	67.8%		4.7%
Costo medio ponderato per giornata di cura	544.0	489.5	54.6	11.2%
Costo ponderato a carico degli assicuratori	4'164.0	4'320.3	-156.3	-3.6%
Tariffa media ponderata per giornata di cura a carico degli assicuratori	226.0	223.1	2.9	1.3%
% di copertura del costo totale a carico degli assicuratori	41.5%	45.6%		-8.9%
Costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale	5'859.6	5'158.9	700.7	13.6%
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	48.5%	53.9%		-10.0%
Contributo versato come da contratto	6'066.8	5'458.0	608.8	11.2%
% effettiva di copertura del costo totale	60.5%	57.6%		5.1%

***Tabella 4**: Prestazioni nel settore della riabilitazione, dati di consuntivo 2011 e 2010*

Il costo totale delle giornate di riabilitazione risulta leggermente superiore all'anno precedente (+1.0%; +0.14 milioni di franchi). Le giornate di riabilitazione totali e quelle dei pazienti ticinesi di camera comune sono entrambe diminuite rispettivamente dell'8.3% (-2'358 giornate) e del 4.9% (-943 giornate).

Il costo totale delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune supera del 5.7% (0.54 milioni di franchi) lo stesso dato dell'anno precedente. Questo fatto, unito alla diminuzione del costo a carico degli assicuratori (-3.6%; -0.16 milioni di franchi) comporta un aumento del costo delle degenze dei pazienti ticinesi di camera comune finanziato con contributo globale del 13.6% (+0.70 milioni di franchi).

Il contributo globale è aumentato da un anno all'altro di 0.61 milioni di franchi, ossia dell'11.2%, portando la percentuale effettiva di copertura dei costi dal 57.6% al 60.5% (+5.1%).

2.1.3 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 2011 il 60.8% del totale dei costi (nel 2010: 60.4%).

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi totali secondo la contabilità analitica (senza interessi e ammortamenti)	537'287.00	529'802.20	7'484.80	1.4%
Costo dei reparti al netto dei costi di formazione e degli onorari medici per i pazienti di prima e seconda classe	326'489.37	319'981.10	6'508.27	2.0%
Costo dei reparti in % dei costi totali	60.8%	60.4%		1%

***Tabella 5**: Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi totali secondo la contabilità analitica (senza interessi e ammortamenti)	537'287.00	514'547.00	22'740.00	4.4%
Costo dei reparti al netto dei costi di formazione e degli onorari medici per i pazienti di prima e seconda classe	326'489.37	316'260.71	10'228.66	3.2%
Costo dei reparti in % dei costi totali	60.8%	61.5%		-1%

***Tabella 6**: Costi totali e costi dei reparti, dati di consuntivo 2011 e 2010*

Sia i costi totali, sia i costi dei reparti rilevano scostamenti importanti nei due confronti. Gli stessi possono essere spiegati estrapolando le due principali voci di spesa (personale e fabbisogno medico), riferite a tutta l'attività dell'EOC.

L'analisi degli scostamenti di queste due voci di spesa si presenta nel modo seguente:

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi del personale	381'336.45	381'317.10	19.35	0.0%
Fabbisogno medico	98'347.97	91'699.60	6'648.37	7.3%

***Tabella 7**: Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costi del personale	381'336.45	363'815.13	17'521.32	4.8%
Fabbisogno medico	98'347.97	93'160.79	5'187.18	5.6%

***Tabella 8**: Costi del personale e costo del fabbisogno medico, dati di consuntivo 2011 e 2010*

I **costi del personale**[2] a consuntivo 2011 rappresentano il 70.4% dei costi totali al netto di interessi e ammortamenti e superano di soli 0.02 milioni di franchi i dati del contributo.

Per rapporto al consuntivo 2010 l'aumento di spesa è del 4.8%, pari 17.52 milioni di franchi e sono imputabili al consistente potenziamento dell'organico, come illustrato nella tabella seguente.

Effettivo del personale secondo i giorni pagati (effettivo medio)	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Differenze
Medici e altri professionisti	492.3	461.8	30.5
Personale di cura	1'830.9	1'783.4	47.5
Personale amministrativo e dei segretariati medici	509.4	486.8	22.6
Personale di cucina, dei trasporti e dell'economia domestica	425.3	426.1	-0.8
Artigiani e tecnici	62.2	58.9	3.3
Totale	**3'320.1**	**3'217.0**	**103.1**

***Tabella 9**: Effettivo del personale secondo i giorni pagati, dati di consuntivo 2011 e 2010*

La voce **fabbisogno medico** presenta a consuntivo 2011 uno scostamento del 7.3% in più rispetto al calcolo del contributo (+6.65 milioni di franchi), mentre la variazione rispetto all'anno precedente si situa a +5.6% pari a 5.19 milioni di franchi.

La causa alla base dell'aumento dei costi è da ricercare in particolare nella modifica di prassi contabile delle vendite dei medicamenti e del materiale sanitario che, fino al 2010, permetteva la registrazione delle stesse in diminuzione dei costi, con un impatto di 1.8 milioni di franchi. Inoltre l'aumento di attività del settore ambulatoriale, 279'985 pazienti (2010: 257'907) si riflette sul fatturato di medicamenti e di materiale sanitario per 1.5 milioni di franchi e sugli onorari medici per 1 milione di franchi.

[2] I 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.

2.1.4 Prestazioni di pronto soccorso

Le visite di pronto soccorso (pari a 141'859) sono inferiori del 3.5% a quanto preventivato nel contratto di prestazione (- 5'141visite) e dello 0.6% rispetto all'attività svolta nel 2010 (-870 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 (casse malati e altri finanziatori).

Illustriamo qui di seguito l'evoluzione 2011 dei costi, dei ricavi e del costo netto per visita, confrontato a quanto calcolato nel contributo 2011 e, nella tabella successiva, al consuntivo 2010.

Importi totali in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo dell'attività di pronto soccorso	29'676.1	30'627.6	-951.5	-3.1%
Ricavi dell'attività di pronto soccorso	23'804.2	24'295.9	-491.7	-2.0%
Costo netto totale	5'871.90	6'331.70	-459.80	-7.3%
Numero di visite	141'859	147'000	-5'141	-3.5%
Costo netto per visita	41.39	43.07	-1.68	-3.9%

***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 2011*

Importi totali in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo dell'attività di pronto soccorso	29'676.10	29'038.10	638.00	2.2%
Ricavi dell'attività di pronto soccorso	23'804.20	23'417.10	387.10	1.7%
Costo netto totale	5'871.90	5'621.00	250.90	4.5%
Numero di visite	141'859	142'729	-870	-0.6%
Costo netto per visita	41.39	39.38	2.01	5.1%

***Tabella 11**: Prestazioni di pronto soccorso: costi, ricavi, costo netto totale, numero visite e costo netto per visita, dati di consuntivo 2011 e 2010*

Il costo netto per visita a consuntivo 2011 ammonta a CHF 41.39 ed è inferiore al dato del contributo e superiore al dato dell'anno precedente, rispettivamente - CHF 1.68; -3.9% e + CHF 2.01; +5.1%. Nel primo caso, i costi sono diminuiti in misura maggiore dei ricavi (-0.46 milioni di franchi). Nel secondo caso, l'aumento dei ricavi di CHF 0.39 milioni (+1.7%) non è bastato a coprire i CHF 0.64 milioni di franchi di costi in più sostenuti nel 2011 (+2.2%). Si rileva che le visite sono diminuite da un anno all'altro dello 0.6% (-870 visite).

2.1.5 Costi di formazione

Fino ad ora, il calcolo dei costi di formazione è stato fatto 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 per l'anno 2011 è di CHF 16.73 milioni di franchi, importo pressoché identico a quanto previsto per il calcolo del contributo (- 0.02 milioni di franchi) e superiore del 5.0% allo stesso dato del 2010 (+ 0.79 milioni di franchi). 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 13.

	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	16733.60	16756.90	-23.30	-0.1%

***Tabella 12**: Costi di formazione, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	16733.60	15943.10	790.50	5.0%

***Tabella 13**: Costi di formazione, dati di consuntivo 2011 e 2010*

2.1.6 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; -9.0%), sia rispetto al consuntivo dell'anno precedente (- 0.04 milioni di franchi; -3.9%).

	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Fabbisogno (in fr. 1'000)	905.30	994.70	-89.40	-9.0%

***Tabella 14**: Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Fabbisogno (in fr. 1'000)	905.30	941.80	-36.50	-3.9%

***Tabella 15**: Centri di pianificazione familiare: fabbisogno, dati di consuntivo 2011 e 2010*

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

- gli utenti che hanno usufruito dei servizi offerti sono stati 2'624 (2010: 2'710);
- le consulenze prestate 6031 (2010: 6'094);
- le animazioni nelle scuole hanno coinvolto 205 classi e 2'974 allievi (2010: 226 classi e 3'337 allievi);
- le animazioni con adulti hanno coinvolto 36 gruppi e 267 persone (2010: nessuna animazione con adulti);
- sono state prestate 1'120 consulenze a medici assistenti (2010:1'417);
- le consulenze a operatori socio sanitari sono state 632 (2010: 478).

2.1.7 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 nel tempo. Dal 2002 al 2011 la voce mutui e prestiti obbligazionari è globalmente diminuita da 139.96 a 50.53 milioni di franchi.

L'evoluzione della voce interessi è stata la seguente:

	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	1'233.20	1'226.50	6.70	0.5%

***Tabella 16**: Costo per interessi, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo totale (in fr. 1'000)	1'233.20	1'225.50	7.70	0.6%

***Tabella 17**: Costo per interessi, dati di consuntivo 2011 e 2010*

L'importo degli interessi passivi è costante sia rispetto al calcolo del contributo, sia per rapporto al consuntivo dell'anno precedente.

2.1.8 Ammortamenti

L'evoluzione della voce ammortamenti è stata la seguente:

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo a carico dello Stato	19'670.40	19'670.40	0.00	0.0%

***Tabella 18**: Costo per ammortamenti, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Costo a carico dello Stato	19'670.40	18'516.80	1'153.60	6.2%

***Tabella 19**: Costo per ammortamenti, dati di consuntivo 2011 e 2010*

Prima dell'entrata in vigore del nuovo regime di finanziamento ospedaliero in base alla modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 - entrata in vigore il 1° gennaio 2012 - le spese d'investimento degli ospedali pubblici e pertanto anche il costo per gli ammortamenti - erano per principio completamente a carico dello Stato. Per questo 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 ridurre ulteriormente gli ammortamenti e gli interessi passivi che lo Stato avrebbe assunto in futuro tramite il contributo globale.
Come per l'anno 2010, anche per il 2011, 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 2011 - si giustifica essenzialmente con l'opportunità di non procedere ad un'ulteriore riduzione della sostanza ammortizzabile e consolidare così il capitale proprio.
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"). 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.

La seguente tabella riassume i valori della sostanza fissa e degli ammortamenti al 31.12.2011.

Sostanza fissa al 31.12.2011		Importi parziali	Importi totali
Terreni al 31.12.2011			17'869'671.15
Stabili			
Valore d'acquisto al 01.01.2011		586'292'081.64	
+ Investimenti netti 2011		18'286'393.94	
= Valore d'acquisto al 31.12.11	1	604'578'475.58	
Fondo ammortamenti al 01.01.2011	2	511'017'140.09	
+ Ammortamenti 2011 10% di (1-2)		9'357'300.00	
= Fondo ammortamenti al 31.12.11	3	520'374'440.09	
Valore residuo degli stabili al 31.12.11 (1-3)			84'204'035.49
Mobili			
Valore d'acquisto al 01.01.2011		5'028'137.73	
+ Investimenti netti 2011		2'865'081.92	
= Valore d'acquisto al 31.12.2011	4	7'893'219.65	
Fondo ammortamenti al 01.01.2011	5	4'069'626.53	
+ Ammortamenti 2011 20% di (4-5)		764'700.00	
= Fondo ammortamenti al 31.12.11	6	4'834'326.53	
Valore residuo dei mobili al 31.12.11 (4-6)			3'058'893.12
Attrezzature			
Valore d'acquisto al 01.01.2011		119'033'740.35	
+ Investimenti netti 2011		17'373'352.23	
= Valore d'acquisto al 31.12.2011	7	136'407'092.58	
Fondo ammortamenti al 01.01.2011	8	104'579'031.07	
+ Ammortamenti 2011 30% di (7-8)		9'548'400.00	
= Fondo ammortamenti al 31.12.11	9	114'127'431.07	
Valore residuo delle attrezzature al 31.12.11 (7-9)			22'279'661.51
Totale sostanza fissa materiale al 31.12.11			**127'412'261.27**
Totale ammortamenti a carico Stato		19'670'400.00	

***Tabella 20**: Sostanza fissa e ammortamenti al 31.12.2011*

2.2 Dati di attività[3]

2.2.1 Giornate di cura totali

Giornate di cura totali	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	270'131	265'764	4'367	1.6%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	27'614	27'600	14	0.1%
Riabilitazione	25'971	26'800	-829	-3.1%
Totali (neonati esclusi)	**323'716**	**320'164**	**3'552**	**1.1%**
Neonatologia	8'466	8'136	330	4.1%
Totali (neonati compresi)	**332'182**	**328'300**	**3'882**	**1.2%**

***Tabella 21**: Giornate di cura totali, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

Giornate di cura totali	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	270'131	266'596	3'535	1.3%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	27'614	25'923	1'691	6.5%
Riabilitazione	25'971	28'329	-2'358	-8.3%
Totali (neonati esclusi)	**323'716**	**320'848**	**2'868**	**0.9%**
Neonatologia	8'466	8'552	-86	-1.0%
Totali (neonati compresi)	**332'182**	**329'400**	**2'782**	**0.8%**

***Tabella 22**: Giornate di cura totali, dati di consuntivo 2011 e 2010*

Il numero effettivo di giornate di cura totali del 2011, pari a 332'182, è superiore sia a quanto calcolato per il contributo (+3'882 giornate; +1.2%), sia allo stesso dato riferito all'anno precedente (+2'782 giornate; +0.8%).

Nei due confronti all'interno delle varie categorie, si evidenziano movimenti di segno opposto tra ospedali regionali/di zona e riabilitazione, Nei primi le giornate aumentano sia in rapporto ai dati del contributo (+ 4'381 giornate; +1.5%), sia rispetto al 2010 (+5'226 giornate; +1.8%), mentre le giornate di riabilitazione sono inferiori sia ai dati del contributo (-829 giornate; -3.1%), sia ai dati di consuntivo 2010 (-2'358 giornate; -8.3%). Le giornate di neonatologia superano di 330 (+4.1%) il dato del contributo, mentre sono inferiori di 86 (-1.0%), rispetto al dato di consuntivo 2010.

[3] 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 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	194'865	190'091	4'774	2.5%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	21'546	20'863	683	3.3%
Riabilitazione	18'425	18'027	398	2.2%
Totali (neonati esclusi)	**234'836**	**228'981**	**5'855**	**2.6%**

***Tabella 23**: Giornate di pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

Giornate di cura pazienti ticinesi di camera comune	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	194'865	190'657	4'208	2.2%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	21'546	20'099	1'447	7.2%
Riabilitazione	18'425	19'367	-942	-4.9%
Totali (neonati esclusi)	**234'836**	**230'123**	**4'713**	**2.0%**

***Tabella 24**: Giornate di pazienti ticinesi di camera comune, dati di consuntivo 2011 e 2010*

L'andamento delle giornate di cura dei pazienti ticinesi di camera comune ricalca quello delle giornate totali, con la sola eccezione delle giornate di riabilitazione nel confronto consuntivo 2011 - dati del contributo, dove si registra un aumento (+398 giornate; +2.2%).

In particolare le giornate di cura degli ospedali regionali e di zona risultano complessivamente superiori al dato del contributo (+5'457 giornate; +2.6%) e al dato di consuntivo 2010 (+5'655 giornate; +2.7%); le giornate di riabilitazione diminuiscono rispetto al consuntivo 2010 (-942 giornate; -4.9%).

2.2.3 Pazienti totali

Pazienti totali	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	35'453	34'540	913	2.6%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	2'113	2'120	-7	-0.3%
Riabilitazione	1'199	1'200	-1	-0.1%
Totali (neonati esclusi)	**38'765**	**37'860**	**905**	**2.4%**
Neonati	1'731	1'710	21	1.2%
Totali (neonati compresi)	**40'496**	**39'570**	**926**	**2.3%**

***Tabella 25**: Pazienti totali, dati di consuntivo e dati per il calcolo del contributo 2011*

Pazienti totali	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	35'453	34'647	806	2.3%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	2'113	1'981	132	6.7%
Riabilitazione	1'199	1'261	-62	-4.9%
Totali (neonati esclusi)	**38'765**	**37'889**	**876**	**2.3%**
Neonati	1'731	1'738	-7	-0.4%
Totali (neonati compresi)	**40'496**	**39'627**	**869**	**2.2%**

***Tabella 26**: Pazienti totali, dati di consuntivo 2011 e 2010*

I pazienti registrati nel 2011 superano i dati del contributo (+926 pazienti; +2.3%) e i dati di consuntivo 2010 (+869 pazienti; +2.2%). I maggiori scostamenti si verificano negli ospedali regionali (+913 pazienti, +2.6% e +806 pazienti; +2.3%), mentre i pazienti degli ospedali di zona superano il dato di consuntivo 2010 di 132 unità (+6.7%), ma sono stabili nel confronto con i dati del contributo. Per la riabilitazione si rileva allineamento tra i dati di consuntivo 2012 e i dati del contributo e una diminuzione di 62 pazienti (-4.9%) rispetto al consuntivo 2010. I neonati sono leggermente superiori nel confronto con il dato del contributo (+21 neonati; +1.2%) e sono diminuiti di 7 unità (-0.4%) per rapporto al consuntivo 2010.

2.2.4 Degenza media

Degenza media	Consuntivo 2011	Consuntivo 2010	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Ospedali regionali (neonati esclusi)	7.49	7.56	-0.07	-0.9%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	13.07	13.09	-0.02	-0.1%
Riabilitazione	21.66	22.47	-0.80	-3.6%
Totali (neonati esclusi)	8.20	8.31	-0.11	-1.3%

***Tabella 27**: Degenza media, dati di consuntivo 2011 e 2010*

La degenza media globale (pari a 8.20 giornate) è leggermente inferiore rispetto all'anno precedente -0.11 giorni). Si evidenzia la differenza importante della degenza media fra gli ospedali regionali (7.49 giornate), gli ospedali di zona, senza la riabilitazione di Faido (13.07 giornate) e il reparto di riabilitazione di Faido e la Clinica di riabilitazione di Novaggio (21.66 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)	2011		2010		Scostamento medio annuo
	Letti in esercizio*		Letti in esercizio*		
Ospedali regionali - neonati inclusi	852	89.6%	849	88.8%	0.9%
Ospedali di zona (senza riabilitazione Faido)	83	91.2%	83	85.6%	6.5%
Riabilitazione	80	88.9%	83	93.5%	-4.9%
Totale - neonati inclusi	1015	89.7%	1015	88.9%	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 2011 e 2010*

Il tasso d'occupazione medio totale dei posti letto dell'EOC pari all'89.7% è aumentato leggermente rispetto al 2010 (+0.8%). Gli scostamenti di dettaglio sono significativi negli ospedali di zona (+6.5%) e nel settore della riabilitazione (-4.9%), mentre c'è sostanziale stabilità negli ospedali regionali (+0.9%).

3. FINANZIAMENTO DELLE DEGENZE IN CAMERA PRIVATA E SEMIPRIVATA

Il 30 novembre 2001 il Tribunale federale delle assicurazioni aveva 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 2011 l'onere complessivo per il Cantone è stato di CHF 26'348'707.10, che l'EOC ha contabilizzato nei suoi ricavi d'esercizio. Esso è inferiore sia all'importo di Preventivo del Cantone per il 2011 (CHF 27'301'500.00), sia all'importo versato nel 2010 (CHF 27'007'090.20). Le giornate di prima classe del 2011 (36'109) sono leggermente inferiori rispetto al 2010 (36'292), mentre quelle di seconda classe sono diminuite in modo più rilevante da 36'271 a 33'990.

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 2011 si è chiuso con una perdita per la gestione finanziata con contributo globale e con un utile per quella di pertinenza dell'EOC, come illustrato nella tabella che segue:

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011	Contributo 2011	Scostamenti	
			In termini assoluti	In %
Di pertinenza dello Stato				
Costi d'esercizio	284'321.66	280'535.12	3'786.54	1.3%
Ammortamento stabili e attrezzature	19'670.40	19'670.40	0.00	0.0%
Ricavi d'esercizio	126'028.06	126'964.72	-936.66	-0.7%
Contributo globale	172'740.80	172'740.80	0.00	
Risultato d'esercizio	**-5'223.20**	**-500.00**	**-4'723.20**	
Di pertinenza dell'EOC		**Previsione 2011**		
Costi d'esercizio	254'198.54	250'493.58	3'704.96	1.5%
Ammortamento stabili e attrezzature	0.00	12'059.30	-12'059.30	-100.0%
Ricavi d'esercizio	270'827.34	262'649.28	8'178.06	3.1%
Risultato d'esercizio	**16'628.80**	**96.40**	**16'532.40**	
Globale				
Costi d'esercizio	538'520.20	531'028.70	7'491.50	1.4%
Ammortamento stabili e attrezzature	19'670.40	31'729.70	-12'059.30	-38.0%
Ricavi d'esercizio	396'855.40	389'614.00	7'241.40	1.9%
Contributo globale	172'740.80	172'740.80	0.00	
Risultato globale d'esercizio	**11'405.60**	**-403.60**	**11'809.20**	

***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 2011*

Il risultato d'esercizio conseguito nell'attività finanziata con contributo globale ammonta a CHF -5'223'200.00 ed è peggiore di quanto prospettato per il 2011, in particolare per l'aumento dei costi di 3.8 milioni di franchi (+1.3%) e la diminuzione dei ricavi di 0.94 milioni di franchi (-0.7%).

Il risultato d'esercizio della gestione di pertinenza dell'EOC è stato positivo ed ammonta a CHF 16'628'756.97. Esso è la conseguenza della rinuncia ad effettuare ammortamenti supplementari (previsti per 12.1 milioni di franchi) come già evidenziato al punto 2.1.7 a pag. 17, nonché dell'aumento dei ricavi di 8.2 milioni di franchi che supera di 4.5 milioni di franchi l'aumento dei costi di 3.7 milioni di franchi.

La decisione di non effettuare ammortamenti 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.

In ragione di quanto precede, contrariamente a quanto previsto dall'articolo 18 del Contratto quadro di prestazione, l'EOC ha deciso di attribuire al Fondo di compensazione dei rischi della parte di pertinenza dello Stato 10.4 milioni di franchi; pertanto il saldo del fondo al 31.12.2011 ammonta a CHF 21'072'653.30 e rappresenta il 6.9% dei costi totali relativi (interessi e ammortamenti inclusi). Il resto del risultato globale d'esercizio, CHF 1'005'556.97 è stato contabilizzato nel Fondo di competenza di pertinenza dell'EOC, che al 31.12.2011 ammonta quindi a CHF 31'801'312.89.

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. MISURAZIONE E PROMOZIONE DELLA QUALITÀ

Il contratto quadro e il contratto annuale di prestazione prevedono, rispettivamente agli articoli 13 e 3, le rilevazioni di indicatori di risultato: 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 e di indicatori di struttura: unità a tempo pieno di infermiere diplomate nei reparti di cura e per giornata di cura, unità a tempo pieno di medici per giornata di cura e numero medio di ore di formazione continua annuali del personale curante. Il contratto sottoscritto con l'Associazione nazionale della qualità (ANQ) prevede la raccolta di indicatori supplementari quali: reinterventi potenzialmente evitabili; grado di soddisfazione secondo il questionario breve ANQ e la misura della prevalenza delle lesioni da pressione (decubiti) e delle cadute. L'EOC ha inoltre misurato il grado di soddisfazione dei pazienti di Pronto soccorso.

5.1 Indicatori di risultato previsti dal contratto di prestazione

5.1.1 Qualità delle codifiche delle diagnosi e delle operazioni

Nel 2011 la prevista attività di verifica della qualità delle codifiche non ha potuto essere condotta a causa di problematiche organizzative contingenti del servizio preposto. Dal 1° gennaio 2012, con l'introduzione della struttura tariffale SwissDRG e coerentemente con l'art. 59d dell'OAMal del 27 giugno 1995, l'attività di verifica diventa un'attività obbligatoria e la stessa sarà eseguita da un organo indipendente, accreditato dall'Ufficio federale di statistica.

5.1.2 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 2011 e ha dovuto essere adattato a seguito della modifica delle regole di codifica connessa all'introduzione della struttura tariffale SwissDRG. Pertanto i risultati, al momento della presentazione del presente messaggio, non sono ancora disponibili.

5.1.3 Tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali

Nel corso del mese di maggio 2011 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 quattro edizioni, lo studio è stato coordinato dall'*Infection Control Program* degli ospedali universitari di Ginevra e vi hanno partecipato complessivamente solo sei ospedali, cinque sedi EOC (Ospedali Civico, Italiano, San Giovanni, La Carità e Beata Vergine) e un altro ospedale svizzero di piccole dimensioni (<200 letti). Per questo motivo lo studio non fornisce più un tasso di prevalenza di riferimento svizzero con cui paragonare i risultati. I pazienti EOC inclusi nello studio sono stati 642; tra questi, 38 pazienti avevano un'infezione nosocomiale. Il tasso di prevalenza evidenziato è pertanto stato pari al 5.9%. Si tratta di un valore più elevato rispetto a quello molto basso dell'indagine 2010 (4%), ma globalmente soddisfacente. Gli ultimi tassi disponibili a livello svizzero sono relativi al periodo 2002-2004 ed erano compresi tra il 7% e l'8%.

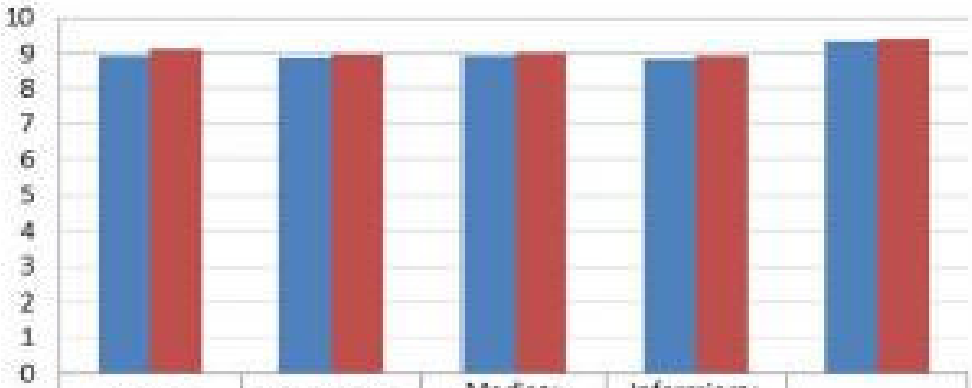
5.1.4 Tasso di incidenza delle infezioni del sito chirurgico

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 2011 è stato del 4.8%, Non sono ancora disponibili i risultati del *benchmarking* svizzero promosso da ANQ.

5.2 Indicatori di risultato previsti dal contratto ANQ

5.2.1 Soddisfazione secondo questionario breve ANQ

L'indagine si è svolta nei mesi di dicembre 2011 e gennaio 2012 e ha coinvolto tutti i pazienti degenti nel mese di novembre 2011 presso gli istituti acuti con età superiore a 18 anni, sono stati esclusi i pazienti senza fissa dimora in Svizzera. Il tasso complessivo di risposta è stato il 40.8%. I risultati sono riassunti nel grafico seguente.



	Ritorno all'ospedale	Qualità della cura	Medico: risposte comprensibili	Infermiere: risposte comprensibili	Rispetto
EOC	8.94	8.9	8.94	8.84	9.33
CH	9.12	8.98	9.03	8.95	9.36

I risultati sono espressi tramite una scala da 0 (per nulla soddisfatto) a 10 (completamente soddisfatto). L'EOC ha ottenuto un risultato in media con gli altri istituti svizzeri.

5.2.2 Misura della prevalenza delle lesioni da pressione (decubiti) e delle cadute

La misura è stata eseguita l'8 novembre 2011, applicando il metodo LPZ (Università di Maastricht). Sono stati coinvolti 654 pazienti, con un tasso di partecipazione pari all'88.8%.
I dati più significativi sono riportati nella tabella seguente:

	EOC	CH
Lesioni da pressione		
Lesioni da pressione insorte durante la degenza (incluso grado 1)[1]	2.9%	5.7%.
Lesioni da pressione insorte durante la degenza (escluso grado 1)	1.0%	2.1%
Cadute		
Cadute avvenute prima dell'attuale ricovero	15.3%	14.8%
Cadute avvenute durante l'attuale ricovero	5.0%	4.3%

Il risultato delle lesioni da pressione evidenzia che la tematica è gestita correttamente all'interno dell'EOC. per quanto concerne le cadute, si evidenzia la necessità di riflettere su modalità per contenere le cadute in ospedale, come ad esempio l'introduzione di uno screening di valutazione del rischio di caduta al momento dell'ammissione.

5.3 Altri indicatori di risultato

Nel 2011 l'EOC ha espletato anche un'indagine di soddisfazione dei pazienti di Pronto soccorso. Il questionario prevedeva 19 domande, suddivise in 5 dimensioni (ammissione, relazione medico-paziente, relazione infermiere-paziente, organizzazione, informazioni, impressioni generali) orientate al rating (scala di valutazione), 2 domande orientate al reporting (descrizione del vissuto) e cinque domande concernenti le informazioni generali sulla visita di pronto soccorso. Il questionario è stato inviato a un campione rappresentativo di pazienti e il tasso di risposta è stato del 48.12%.

I risultati complessivi per area, espressi in *score* medi di soddisfazione, sono stati i seguenti:

- ammissione: 70.28
- relazione medico-paziente: 85.94
- relazione infermiere – paziente: 82.59
- organizzazione: 81.97
- informazioni: 78.01
- impressioni generali: 80.58
- processo totale: 80.99
- soddisfazione generale: 87.61

I risultati attestano una buona percezione complessiva dei servizi di PS. Tra gli aspetti che necessitano di maggiore attenzione, a livello di ammissione è stata evidenziata la necessità di lavorare ulteriormente sulla figura dell'infermiere di accoglienza e di triage e sulle sue competenze e responsabilità in termini di comunicazione. In particolare, è necessario insistere ulteriormente sul ruolo di comunicazione degli eventuali tempi di attesa e dell'evoluzione degli stessi.

5.4 Indicatori di struttura

Le unità a tempo pieno (UTP) d'infermiere diplomate nei reparti di cura sono state 1'254.5 (1'216.8), che, come per l'anno scorso, corrispondono a 0.7 UTP per giornata di cura. Le UTP di medici sono state 440.5 (441.2), con un rapporto di 0.23 UTP per giornata di cura (come per l'anno precedente).
L'EOC ha offerto al personale curante (infermieri, personale medico tecnico e assistenti di cura diplomati) 32.16 ore di formazione procapite (36.34).

5.5 Promozione della qualità

Anche nel 2011 è stata data massima priorità alla sicurezza dei pazienti. Sono in tal senso continuate le attività di attuazione dei criteri previsti dal programma "*International Essentials per la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza dei pazienti*" di *Joint Commission International*. Il programma, iniziato nel 2010, permette di integrare e unire maggiormente la qualità organizzativa (già promossa con le ceritifcazioni ISO 9001) con quella tecnico professionale, ponendo particolare attenzione alla gestione del rischio e alla sicurezza dei pazienti. Le attività principali condotte nel 2011 sono state le seguenti.

- Identificazione dei pazienti, braccialetto identificativo del paziente introdotto in tutti gli istituti;
- reingenerizzazione del sistema di segnalazione interna (CIRS);
- unificazione della modalità di gestione dei reclami;
- *audit* di verifica dello stato di attuazione del *primary nursing*;
- rivalutazione e aggiornamento delle descrizioni di funzione e dei percorsi introduttivi.

Certificazioni e accreditamenti sono stati ottenuti dai seguenti servizi: rete REHA TICINO, medicina nucleare, cure palliative, Centro di senologia della Svizzera Italiana (CSSI), farmacia EOC (EOFARM) e servizi centrali di Biasca (lavanderia e sterilizzazione).

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. I risultati di questi lavori sono attesi entro l'estate.

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. Purtroppo i dati 2010 che avrebbero permesso di aggiornare i confronti, a tutt'oggi non sono ancora disponibili. Ci si riserva la possibilità di presentarli in sede di discussione parlamentare.

7. CONCLUSIONI

Le prestazioni erogate dall'EOC nel 2011 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 2011 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, M. Borradori
Il Cancelliere, G. Gianella

Allegato 1: Definizioni

Allegato 2: EOC 2011 - 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 2011 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 dicembre 2000;
- visto il messaggio 5 settembre 2012 n. 6677 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Articolo 1

Il Rapporto annuale 2011 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

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 [comorbilità 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 2011 - Confronto dati per il calcolo del contributo e dati di consuntivo

Allegato 2

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011			Dati per il calcolo del contributo 2011			Differenze tra consuntivo 2011 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	101'933.34	235'499.06	337'432.40	106'521.14	230'657.96	337'179.10	-4'587.80	4'841.10	253.30
Ambulanti	114'355.00		114'355.00	108'822.40		108'822.40	5'532.60	0.00	5'532.60
Pronto soccorso		29'676.10	29'676.10		30'627.60	30'627.60	0.00	-951.50	-951.50
Formazione		16'733.60	16'733.60		16'756.90	16'756.90	0.00	-23.30	-23.30
Centri di pianificazione familiare		907.70	907.70		997.50	997.50	0.00	-89.80	-89.80
Centri di costo estranei[3]	37'910.30	268.70	38'179.00	35'148.20	268.70	35'416.90	2'762.10	0.00	2'762.10
Differenze di arrotondamento	-0.10	3.30	3.20	1.84	-0.04	1.80	-1.94	3.34	1.40
Costi d'esercizio	**254'198.54**	**283'088.46**	**537'287.00**	**250'493.58**	**279'308.62**	**529'802.20**	**3'704.96**	**3'779.84**	**7'484.80**
Interessi	0.00	1'233.20	1'233.20	0.00	1'226.50	1'226.50	0.00	6.70	6.70
Ammortamenti	0.00	19'670.40	19'670.40	12'059.30	19'670.40	31'729.70	-12'059.30	0.00	-12'059.30
Costi totali	**254'198.54**	**303'992.06**	**558'190.60**	**262'552.88**	**300'205.52**	**562'758.40**	**-8'354.34**	**3'786.54**	**-4'567.80**
Ricavi									
Reparti di degenza - contributo dello Stato	26'348.71	127'991.90	154'340.61	27'301.50	127'991.90	155'293.40	-952.79	0.00	-952.79
Reparti di degenza - correzione contributo dello Stato		-500.00	-500.00		-500.00	-500.00			
Reparti di degenza - casse malati e altri finanziatori	83'393.43	102'221.06	185'614.49	84'269.28	102'666.12	186'935.40	-875.85	-445.06	-1'320.91
Ambulanti	125'322.30		125'322.30	120'100.80		120'100.80	5'221.50	0.00	5'221.50
Pronto soccorso - contributo dello Stato		6'331.70	6'331.70		6'331.70	6'331.70	0.00	0.00	0.00
Pronto soccorso - casse malati e altri finanziatori		23'804.20	23'804.20		24'295.90	24'295.90	0.00	-491.70	-491.70
Formazione - contributo dello Stato		16'756.90	16'756.90		16'756.90	16'756.90	0.00	0.00	0.00
Centri di pianificazione familiare - contributo dello Stato		994.70	994.70		994.70	994.70	0.00	0.00	0.00
Centri di pianificazione familiare - casse malati e altri finanziatori		2.80	2.80		2.70	2.70	0.00	0.10	0.10
Centri di costo estranei	35'762.90	268.70	36'031.60	30'977.70	268.70	31'246.40	4'785.20	0.00	4'785.20
Ricavi d'esercizio	**270'827.34**	**277'871.96**	**548'699.30**	**262'649.28**	**278'808.62**	**541'457.90**	**8'178.06**	**-936.66**	**7'241.40**
Interessi		1'226.50	1'226.50		1'226.50	1'226.50	0.00	0.00	0.00
Ammortamenti		19'670.40	19'670.40		19'670.40	19'670.40	0.00	0.00	0.00
Ricavi totali	**270'827.34**	**298'768.86**	**569'596.20**	**262'649.28**	**299'705.52**	**562'354.80**	**8'178.06**	**-936.66**	**7'241.40**

Importi in fr. 1'000	Consuntivo 2011			Dati per il calcolo del contributo 2011			Differenze tra consuntivo 2011 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	**16'628.80**	**-5'216.50**	**11'412.30**	**12'155.70**	**-500.00**	**11'655.70**	**4'473.10**	**-4'716.50**	**-243.40**
Interessi	0.00	-6.70	-6.70	0.00	0.00	0.00	0.00	-6.70	-6.70
Ammortamenti	0.00	0.00	0.00	-12'059.30	0.00	-12'059.30	12'059.30	0.00	12'059.30
Risultato globale 1	**16'628.80**	**-5'223.20**	**11'405.60**	**96.40**	**-500.00**	**-403.60**	**16'532.40**	**-4'723.20**	**11'809.20**

Totale contributo stanziato **172'740.80** **172'740.80**

[1]Attività autofinanziate

[2]Attività con partecipazione finanziaria del Cantone

[3]I 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.