

Rapporto (annulla e sostituisce quello precedentemente distribuito)

numero	data	Dipartimento
4738 R	28 maggio 1998	OPERE SOCIALI

**della Commissione della gestione e delle finanze
sul messaggio 8 aprile 1998 concernente l'approvazione dei conti
consuntivi 1997 dell'Ente ospedaliero cantonale**

1. ATTIVITÀ DEGLI OSPEDALI DELL'EOC

Si conferma la flessione del numero di pazienti degenti, registrata per la prima volta nel 1996. Dai 35'771 pazienti del 1995 si è passati ai 35'714 del 1996, ai 35'236 del 1997. Pure le giornate di cura denotano una diminuzione non indifferente, passando dalle 355'863 del 1996 alle 338'460 del 1997 (-4.9%), equivalenti ad un minor fatturato agli assicuratori di circa 7 mio fr. Nel periodo 1984-1997 le giornate di cura sono diminuite di ben 87'000 unità. La lieve diminuzione del numero di pazienti e l'importante riduzione delle giornate di cura hanno determinato un'ulteriore contrazione della degenza media: dalle 10.0 giornate del 1996 alle 9.6 del 1997. Negli ospedali regionali la media complessiva è scesa per la prima volta al disotto dei 9 giorni (8.95 giorni); mentre negli ospedali di zona è risultata di 15.69 giorni, con una riduzione di 12 giorni rispetto al 1984. Anche nel 1997 il 90% dei pazienti è stato curato negli ospedali regionali, il 10% in quelli di zona.

Si è registrata la seguente ripartizione per reparto di degenza:

- medicina	37.9%
- chirurgia	31.5%
- ginecologia e ostetricia	10.6%
- neonatologia	4.6%
- pediatria	6.3%
- cure intense	9.1%

La tendenza già riscontrata nel 1996 di una diminuzione dei ricoveri nei reparti privati e semiprivati, in linea con la tendenza alla diminuzione delle coperture complementari, è confermata nel 1997. I ricoveri nel reparto comune sono stati infatti del 72% (contro 67% del 1996), quelli nel privato dell'11% (contro il 13% nel 1996) e quelli nel semi-privato del 17% (contro il 20% nel 1996). Da prime indicazioni sembra che l'erosione sopra indicata sarà molto meno marcata nel 1998.

Riunendo le diagnosi d'entrata in grandi gruppi, si constata che le malattie dell'apparato circolatorio occupano tanto a livello generale (14.4% del totale delle diagnosi) quanto a livello dei singoli istituti la prima posizione, seguite dalle lesioni traumatiche (11.1%), dai tumori (10.4%), dalle malattie dell'apparato digerente (8.9%), da quelle dell'apparato urogenitale (6.6%) e da quelle dell'apparato respiratorio (6.1%).

A conferma del continuo trasferimento di attività stazionarie verso attività di tipo ambulatoriale, queste ultime, misurate in termini di punti, hanno registrato nel 1997 un incremento del 6.1% rispetto al 1996. Il totale delle visite in pronto soccorso ha registrato un ulteriore incremento fissandosi in 104'547 unità (+1.2% rispetto al 1996).

2. ASPETTI FINANZIARI

2.1 Il fabbisogno

Il fabbisogno d'esercizio del 1997, ossia la differenza tra i costi, esclusi gli ammortamenti, e i ricavi, diminuisce leggermente rispetto al 1996 (- 0.5%) e più marcatamente rispetto al preventivo 1997 (- 13.2%), valutato in 115.5 mio fr contro i 100.2 mio fr accertati. Tenendo conto degli ammortamenti a carico della gestione corrente per l'anno 1996, il fabbisogno totale si eleva a 141.1 mio rispetto ai 145.8 mio del preventivo (- 3.2%), ciò che rappresenta il 16.1% (l'anno precedente il 15.9%) del gettito d'imposta cantonale per i Comuni (879 mio) previsto per il 1996 (anno di riferimento). Anche per il 1997 è stata dunque confermata la capacità dell'EOC di rispettare il limite legale del 18% del gettito d'imposta cantonale. Per gli anni futuri tutto dipenderà dagli oneri supplementari che verranno caricati all'EOC, da eventuali risparmi conseguenti al contenimento dei posti letto e dall'andamento del gettito fiscale, per il quale ci sono notoriamente indicazioni di stagnazione o addirittura di diminuzione.

2.2 Costi d'esercizio

L'anno appena concluso segna un importante passo nel contenimento dei costi d'esercizio degli ospedali pubblici ticinesi. Si è assistito ad un'inversione di tendenza, passando da continui incrementi (comunque sempre meno consistenti) ad una diminuzione (- 0.4%) dei costi d'esercizio rispetto al consuntivo dell'anno precedente.

I costi del personale rappresentano il 70.6% dei costi d'esercizio e sono aumentati in termini nominali rispetto al consuntivo dell'anno precedente dello 0.2%. Considerando però il rincaro concesso sugli stipendi, pari allo 0.68%, in termini reali la massa salariale è diminuita dello 0.5%. Gli altri costi d'esercizio sono risultati inferiori rispetto all'anno precedente dell'1.7%, in termini reali del 2.3%. Le unità lavorative sono passate da 2479.9 nel 1996 a 2449.5 al 31.12.1997 (- 30.4), adeguandosi dunque alla leggera flessione del numero dei pazienti, a quella delle giornate di cura e alla degenza media, anche se va sottolineato da un lato l'aumento delle attività ambulatoriali e dall'altro il fatto che il carico maggiore per il personale è determinato dai primi giorni di cura ospedaliera, mentre la fase conclusiva di un ricovero, prima che il paziente venga dimesso, è meno impegnativa.

2.3 I ricavi

I ricavi sono direttamente influenzati dal volume d'attività, dalla riduzione della degenza media, come pure dalla diminuzione delle coperture assicurative complementari e dalla politica tariffale. Rispetto al consuntivo 1996 vi è stata una diminuzione in termini nominali dello 0.4%, in termini reali dello 0.9%.

In particolare, sono diminuiti i ricavi per le cure stazionarie (riduzione della degenza media), mentre hanno registrato un ulteriore incremento quelli per le cure ambulatoriali.

2.4 Investimenti e ammortamenti

Nel 1997 gli investimenti netti sono diminuiti del 22.6% rispetto al 1996, fissandosi a 23.3 mio; questo è stato determinato dall'apertura posticipata di nuovi cantieri (in particolare la sede dell'Ospedale Italiano di Lugano).

Grazie all'oculata politica di gestione aziendale perseguita dall'EOC, anche per il 1997 gli ammortamenti contabilizzati sono stati ampiamente superiori a quelli preventivati. Il tasso medio applicato è stato del 19.9% rispetto al valore residuo della sostanza ammortizzabile. Per gli stabili il tasso ha raggiunto il 16%; per i "mobili e attrezzature" il 47.7%.

La quota d'ammortamento permette di autofinanziare totalmente gli investimenti netti e di creare un'eccedenza di autofinanziamento di 17.6 mio.

L'evoluzione degli ammortamenti e degli investimenti (esclusi i terreni) dall'entrata in funzione dell'EOC nel 1983 è stata la seguente (in mio):

Valore al 31.12.1982	165.9
Investimenti netti 1983-1997 (mobili, immobili e attrezzature)	<u>354.1</u>
Totale	520 0
Ammortamenti 1983-1997	<u>356.1</u>
Valore allibrato al 31.12.97	163.9

Nel periodo considerato (1983-1997) gli ammortamenti superano addirittura gli investimenti netti realizzati (100.6%). Si aggiunga poi che, nello stesso periodo, sono stati addebitati agli esercizi anche gli ammortamenti delle perdite riportate dal 1982 per un importo di 62.2 mio. Pertanto il tasso di autofinanziamento complessivo sugli investimenti iniziali (assunzione ospedali) e su quelli netti effettuati dall'EOC raggiunge, al 31.12.1997, l'80.4%. Se consideriamo solamente gli investimenti netti dal 1983 e l'ammortamento delle perdite riportate, il tasso di autofinanziamento raggiunge il 118.1%.

3. OBIETTIVO QUALITÀ NEGLI OSPEDALI

3.1 Il sistema di gestione per obiettivi per il personale

A partire dal 1° gennaio 1996 gli otto istituti dell'EOC e il loro personale lavorano secondo un sistema di gestione per obiettivi, passando gradualmente da una direzione per compiti ad una direzione per obiettivi. Il sistema è un elemento importante di una politica del personale che punta alla valorizzazione e allo sviluppo dei collaboratori e che permette anche l'oggettivazione del rapporto di lavoro con l'introduzione di obiettivi di team e individuali misurabili.

La forte integrazione di questi obiettivi con quelli settoriali e aziendali porta in primo piano l'importanza della motivazione dei collaboratori e la loro identificazione con l'organizzazione. La finalità di tutta l'operazione è quella di aumentare la qualità e l'efficienza delle prestazioni ai pazienti. Non è comunque possibile misurare in modo preciso quale è l'influenza di questo sistema sull'evoluzione dei costi e sulla soddisfazione dei pazienti poiché ad esse concorrono elementi diversi.

Come indicato nel capitolo dedicato agli aspetti finanziari, nel corso del 1997 i costi d'esercizio sono diminuiti dello 0.4%; a questo risultato ha sicuramente contribuito la motivazione del personale.

Per quanto attiene alla qualità, l'EOC procede regolarmente ad una valutazione della soddisfazione dei pazienti attraverso organismi esterni indipendenti.

La soddisfazione globale si presenta nei seguenti termini:

	EOC 1995	EOC 1997	Benchmark 97*
Eccellente	73.6%	73.6%	56.0%
Buono e molto buono	20.8%	20.9%	35.0%
Cattivo e discreto	5.6%	5.5%	9.0%

* = media Nashville Consulting Group

La soddisfazione globale 1997 è quindi rimasta sugli elevati livelli registrati nel 1995.

3.2 Gli obiettivi aziendali e settoriali di qualità

La promozione della qualità è prescritta dalla LAMal (art. 58) e dall'ordinanza di applicazione che fa riferimento alle convenzioni tra fornitori di prestazioni e assicuratori. L'associazione degli ospedali svizzeri H+ ha elaborato un piano che pone come obiettivo strategico la promozione continua della qualità. A questo concetto ha pure aderito il CAMS (Concordato svizzero degli assicuratori malattia).

Ne è scaturito un contratto fra i due enti, che rappresenta la base di partenza per la promozione della qualità negli ospedali svizzeri. L'EOC, che deve pure rispettare l'articolo menzionato della legge federale, è stato senza dubbio un precursore in questo campo poiché già nel 1994 ha elaborato un piano strategico di promozione della qualità negli ospedali, fissando degli obiettivi precisi nei tre campi "cure, servizi, relazioni", il cui raggiungimento è misurabile con degli indicatori. L'implementazione degli obiettivi avviene attraverso dei progetti operativi. Un primo esempio di progetto operativo nell'area delle cure è appunto quello relativo alla rilevazione della soddisfazione dei pazienti, sulla base di un questionario oggettivo, elaborato e gestito a livello internazionale da una società indipendente (vedi indicazione al punto 3.1). Un altro esempio di progetto in quest'area prevede che le prescrizioni di analisi di laboratorio prima di un intervento chirurgico vengano attentamente valutate e soppesate; si parla di "medicina su prove di documentata efficacia".

Nell'area dei servizi si è proceduto con un progetto operativo che ha permesso la certificazione della lavanderia di Biasca, secondo le norme ISO 9001. Per i prossimi anni sono previsti altri interventi, come ad esempio una valutazione della soddisfazione dei partner sanitari nei confronti delle prestazioni fornite dall'EOC.

Evidentemente non si tratta di adottare dei criteri finalizzati semplicemente ed esclusivamente alla produttività e dunque al risparmio, ma si tratta piuttosto di utilizzare al meglio le risorse disponibili, eliminando possibilmente le disfunzioni e ingenerando nel personale dell'EOC una cultura del miglioramento, che soddisfi il cliente/paziente, i suoi familiari, ecc..

Per seguire questo piano strategico vi è stata finora una sola assunzione da parte dell'EOC presso l'Ospedale Civico di Lugano. Lo specialista in questione funge pure da consulente, sempre nell'ambito delle strategie di qualità, per gli altri ospedali dell'EOC.

Evidentemente la funzione è a carattere definitivo, proprio nel rispetto del mandato conferito dalla legislazione federale (art. 58 LAMal), ed è completamente disgiunta dalle attività di controlling presenti in ogni singolo ospedale. I controller si occupano infatti di questioni finanziarie (preventivo-consuntivo). A questo tipo di attività, indispensabile per una seria gestione delle finanze dei nostri ospedali, va aggiunta quella del "controller sanitario", presente solamente all'Ospedale Civico di Lugano, che si preoccupa di stabilire un ponte fra l'attività sanitaria e gli aspetti economici della gestione ospedaliera.

A questa funzione competono in particolare i seguenti compiti:

- attività di supporto ai settori amministrativi e di collegamento tra l'area sanitaria e quella amministrativa;
- definizione dei centri di costo e raccolta informazioni di attività e costi;
- determinazione dei carichi di lavoro;
- determinazione costi standard prestazioni diagnostiche e terapeutiche e loro aggiornamento;
- contabilità analitica per centro di costo e contabilità industriale/contabilità di prodotto;
- elaborazione reportistica di attività (attività di degenza mediante DRG ed attività ambulatoriale);
- analisi degli scostamenti;
- analisi dei costi; elaborazione conti economici consuntivi per responsabile e per centro di costo e stesura reportistica relativa;
- analisi di redditività dei servizi;
- formulazione budget dei reparti, dei servizi di diagnosi e cura degli ambulatori;
- technology assesment. Valutazione acquisti attrezzature sanitarie e prodotti sanitari di consumo (valutazione, motivi delle specifiche richieste, congruenza con obiettivi di budget, impatto sui costi standard).

4. CONCLUSIONI

Va messa in evidenza la seppur minima diminuzione del fabbisogno totale a carico degli enti pubblici. Questo è determinato dall'attenta e professionale gestione finanziaria da parte della direzione dell'EOC come pure dal promovimento della qualità effettuato con precise strategie all'interno dell'EOC. Gli spazi di manovra finanziari sono indubbiamente assai contenuti, mentre sussistono, a nostro giudizio, ancora spazi nell'ambito del miglioramento della qualità. La presenza di un operatore cui sono affidate importanti mansioni nell'ambito dei piani strategici è dunque indispensabile e raccoglie la piena approvazione della Commissione della gestione e delle finanze.

La direzione dell'EOC non si limita dunque ad un'attenta gestione finanziaria, ma persegue anche una moderna politica di gestione aziendale, in consonanza con concetti e principi, sviluppati in base alle più recenti teorie elaborate nel campo dell'economia d'impresa ed applicati con successo anche nel settore privato. E' auspicabile che gli sforzi in questo ambito vengano intensificati.

La Losp prevede all'art. 8d che l'EOC deve presentare al Parlamento ogni 4 anni una pianificazione degli istituti da lui gestiti. Il termine di presentazione della stessa scadeva il 31.12.1997. Il Consiglio di amministrazione dell'EOC ha già allestito il rapporto in questione, che sarebbe dunque pronto per essere discusso dal Gran Consiglio.

Considerato tuttavia che contro la pianificazione ospedaliera prevista dalla LAMal e discussa in Parlamento nel dicembre 1997 è pendente un ricorso al Consiglio federale, la Commissione della gestione e delle finanze ritiene opportuno attendere l'esito di tale ricorso, prima di affrontare una discussione in Parlamento sulla pianificazione ospedaliera prevista dalla Losp. Una procedura diversa, con un'anticipazione della discussione sulla pianificazione EOC, non permetterebbe infatti di tenere nella giusta considerazione le osservazioni del Consiglio federale sul ricorso pendente.

* * * * *

Con queste considerazioni, la Commissione della gestione e delle finanze propone di approvare i conti dell'EOC per l'esercizio 1997.

Per la Commissione della gestione e delle finanze:

Daniele Lotti, relatore
Beltraminelli - Bignasca - Bonoli - Brenni -
Carobbio Guscelli - Ferrari Mario -
Gendotti - Lombardi - Merlini - Pezzati -
Simoneschi-Cortesi - Verda