

# Rapporto

numero	data	Dipartimento
<b>4897 R</b>	16 settembre 1999	<b>OPERE SOCIALI</b>
Concerne		

## **della Commissione della gestione e delle finanze sul messaggio 26 maggio 1999 concernente l'approvazione dei conti consuntivi 1998 dell'Ente ospedaliero cantonale**

### **1. ATTIVITÀ DEGLI OSPEDALI DELL'EOC**

Il numero dei pazienti degenti si è stabilizzato poco al di sopra delle 35'000 unità. Nel 1998 si sono registrati infatti 35'455 pazienti contro i 35'236 del 1997. Le giornate di cura invece continuano a diminuire: dalle 355'863 del 1996 si è passati alle 338'460 del 1997 (-4.9%), alle 337'383 del 1998 (-0.3%). Nel periodo 1984-1998 le giornate di cura sono diminuite di ben 88'000 unità, con un risparmio valutabile per gli assicuratori di circa fr. 35 mio all'anno. La degenza media negli ospedali regionali è diminuita anche nel 1998, fissandosi in 8.76 giorni (1997: 8.95 giorni). Negli ospedali di zona si è registrato invece un aumento rispetto alla situazione del 1997 (dai 15.69 giorni ai 18.45 giorni), pur considerando che la diminuzione rispetto al 1984 è stata di 9.2 giorni. Quest'evoluzione negativa è determinata dalla chiusura dei reparti di chirurgia e ginecologia-ostetricia di Faido. Il 92% dei pazienti è stato curato negli ospedali regionali; solamente l'8% negli ospedali di zona.

Si è registrata la seguente ripartizione per reparto di degenza, che ricalca in pratica quella dell'anno precedente:

- medicina	38.4%
- chirurgia	31.0%
- ginecologia e ostetricia	10.0%
- neonatologia	4.6%
- pediatria	6.8%
- cure intense	9.2%

L'erosione riscontrata negli anni precedenti dei ricoveri nei reparti privati e semiprivati, in linea con la tendenza alla diminuzione delle coperture complementari, non si è più confermata nel 1998. Difatti i ricoveri nel reparto comune sono risultati il 72% del totale come nel 1997 (1996: 67%), quelli nel reparto privato sono passati dall'11% al 12% (1996: 13%) e quelli nel reparto semiprivato sono diminuiti dal 17% al 16% (1996: 20%).

Non si esclude tuttavia che nei prossimi anni l'erosione summenzionata possa nuovamente manifestarsi.

Dalla ripartizione delle ospedalizzazioni secondo la provenienza si evince che il 91.5% dei pazienti ricoverati negli ospedali dell'EOC sono domiciliati in Ticino; il 4.6% proviene da altri Cantoni e il 3.9% dall'estero. Nelle sale operatorie dell'EOC sono stati eseguiti complessivamente 21'605 interventi, di cui il 23.4% in regime ambulatoriale.

Nel 1998 le attività ambulatoriali hanno registrato un ulteriore incremento dell'8% rispetto all'anno precedente, a conferma del continuo trasferimento di attività stazionarie verso attività ambulatoriali. Nei vari servizi ambulatoriali sono stati curati complessivamente più di 170'000 pazienti. Solo nell'ambito del pronto soccorso le visite sono state 106'990 (+2.3% rispetto al 1997). L'attività ambulatoriale rappresenta attualmente circa un quarto di tutta l'attività ospedaliera.

## **2. ASPETTI FINANZIARI**

### **2.1 Il fabbisogno**

Il fabbisogno d'esercizio del 1998, ossia la differenza tra i costi e i ricavi diminuisce rispetto al 1997 (-0.5%), confermando dunque il trend dell'anno precedente. Rispetto al preventivo il minor fabbisogno è stato addirittura del 12.4% (113.8 mio fr. a preventivo contro i 99.7 mio fr. a consuntivo).

Tenendo conto degli ammortamenti a carico della gestione corrente, il fabbisogno totale si eleva a 140.0 mio fr. rispetto ai 145.4 mio fr. di preventivo (-3.7%), ciò che rappresenta il 16.0% (l'anno precedente il 16.1%) del gettito d'imposta cantonale per i Comuni (874 mio fr.) previsto per il 1997 (anno di riferimento).

### **2.2 Costi d'esercizio**

Rispetto all'anno precedente si è registrato un aumento dei costi d'esercizio che sono passati dai 321.8 mio fr. del 1997 ai 329.3 mio fr. del 1998, con un aumento di 7.5 mio fr. pari al 2.3%.

Purtroppo non si è potuta confermare l'inversione di tendenza registrata lo scorso anno con una diminuzione dei costi rispetto all'anno precedente.

Comunque rispetto al preventivo i minori costi sono stati di 8.4 mio fr. In termini reali gli stipendi sono diminuiti dello 0.2% mentre sono aumentati gli altri costi d'esercizio a seguito dell'aumento dell'attività ambulatoriale e dell'adeguamento delle tariffe dei trasporti di pazienti fra ospedali che la LAMal pone completamente a carico di quest'ultimi. Le unità lavorative sono passate da 2'449.5 al 31 dicembre 1997 a 2'406.2 al 31 dicembre 1998.

### **2.3 I ricavi**

I ricavi d'esercizio, oltre che dal volume di attività, risultano direttamente influenzati dalla politica tariffale. Comparati con il preventivo essi risultano superiori del 2.6% mentre in rapporto al consuntivo 1997, l'aumento è stato del 3.6%, determinato soprattutto dal notevole incremento dell'attività ambulatoriale.

### **2.4 Investimenti e ammortamenti**

Nel 1998 gli investimenti netti ammontano a 26.8 mio fr., con un aumento del 15% rispetto all'anno precedente e determinato in particolare dall'apertura di nuovi cantieri. Per l'edilizia ospedaliera si sono investiti, al netto, 19.5 mio fr., ripartiti principalmente nei cantieri di Bellinzona, Lugano (sede Ospedale Italiano e autosilo all'Ospedale Civico), Locarno e

Faido. La quota d'ammortamento permette di autofinanziare totalmente gli investimenti netti e di avere un'eccedenza di autofinanziamento di 13.5 mio fr.

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 1983-1998	<u>380.9</u>
Totale	546.8
Ammortamenti 1983-1998	<u>396.4</u>
Valore allibrato al 31.12.1998	150.4

Nel periodo considerato (1983-1998) gli ammortamenti superano gli investimenti netti realizzati (104.1%). Si aggiunga poi che, sullo stesso periodo, sono stati addebitati agli esercizi anche gli ammortamenti delle perdite riportate dal 1982 per un importo di 62.2 mio fr. Pertanto il tasso di autofinanziamento complessivo sugli investimenti iniziali (assunzione ospedali) e su quelli netti effettuati dall'EOC raggiunge, al 31 dicembre 1998, l'83.9%. Se consideriamo solamente gli investimenti netti dal 1983, senza l'ammortamento delle perdite riportate, il tasso di autofinanziamento raggiunge il 120.4%.

### **3. LA RETE OSPEDALIERA PER LA REGIONE BELLINZONA E TRE VALLI**

Il 18 novembre 1998 l'EOC informava che si era avviato, in collaborazione con i rispettivi consigli ospedalieri, lo studio per la costituzione di una rete ospedaliera comprendente gli ospedali di Bellinzona, Acquarossa e Faido, in vista di accrescere la cooperazione e la complementarietà tra i tre istituti. Con quest'operazione sarà possibile salvaguardare il ruolo e valorizzare le funzioni dei piccoli ospedali, minacciati da regimi di concorrenza e da rarefazioni delle risorse. La costituzione di un'entità ospedaliera di circa 400 posti letto, con un potenziale di 10'000 pazienti accresce inoltre la complementarietà e migliora la forza competitiva di questi istituti, che potranno anche sviluppare positive sinergie con il previsto istituto di ricerca in biomedica di Bellinzona.

Il 24 giugno 1999 si comunicava che l'analisi delle opzioni di collaborazione era ultimata e che dalla stesa era scaturito un concetto di collaborazione che si pone i seguenti obiettivi:

- la creazione di un ospedale unico multisito, con le tre strutture complementari l'una all'altra;
- il miglioramento della qualità delle prestazioni;
- l'affermazione di un polo concorrenziale sia dal punto di vista sanitario che da quello economico;
- lo sviluppo dell'attività nei tre ospedali.

Il progetto condiviso e modellato dal corpo medico ed elaborato in collaborazione con la Atag di Losanna, privilegia la presa a carico multidisciplinare del paziente, la specificità degli istituti e il rafforzamento dei servizi di pronto soccorso, mantenendo sicurezza medica ottimale e cure di prossimità nelle tre regioni. Accanto alla collaborazione medica, vi sarà pure un'integrazione dei servizi infermieristici, alberghieri e amministrativi che opereranno con modalità di approccio comuni.

Con questa unione organizzativa dei tre istituti si punta a migliorare la cura e il servizio al paziente, assicurando nel contempo la presenza di strutture efficienti in periferia e salvaguardando posti di lavoro vitali per l'economia regionale.

I pazienti vengono ripartiti nella struttura più idonea: gli acuti a Bellinzona, i subacuti e le medio/lungo degenze negli ospedali di zona, con una concentrazione della geriatria ad Acquarossa e della riabilitazione a Faido. Gli spazi di risparmio generati da un'organizzazione di questo genere non sono indifferenti. Diverse funzioni, che non si giustificerebbero per piccoli ospedali, possono venire centralizzate e servire i tre nosocomi. La rete costituita da Bellinzona, Faido e Acquarossa ha forti probabilità di essere anche una sorta di laboratorio per la costituzione di altri poli ospedalieri, ben più ampi e impegnativi. Si pensi ad esempio all'eventuale integrazione nella rete in questione dell'ospedale di Locarno, così da costituire un unico polo Sopracenerino.

Il progetto è comunque più complesso a causa dei doppioni esistenti soprattutto con il San Giovanni di Bellinzona. Si pensi in particolare alla questione della pediatria.

Qualche riflessione si sta facendo pure per il Sottoceneri, nel senso di integrare in rete gli ospedali regionali di Lugano e Mendrisio. Si è ancora al livello di riflessioni generali. Tuttavia si è coscienti che ospedali multisito rappresenterebbero un potenziale di risparmio non indifferente e un punto di forza indiscutibile al cospetto del settore privato. La Commissione della gestione condivide l'impostazione data dalla direzione dell'EOC.

Prende atto con piacere che i Consigli ospedalieri di Bellinzona, Faido e Acquarossa condividano questo progetto, che entrerà tra poco nella fase realizzativa e invita l'EOC ad approfondire e possibilmente concretizzare ulteriormente il discorso delle reti ospedaliere.

#### **4. QUALITÀ NEGLI OSPEDALI DELL'EOC**

L'EOC opera nel quadro di un suo piano strategico che comprende le aree delle cure, del servizio e delle relazioni.

Ad eccezione della lavanderia dell'EOC, che rappresenta pur sempre un piccolo contesto industriale, nell'ambito degli ospedali dell'EOC non si punta sulla certificazione ISO. Questo poiché i processi di qualità ISO si concentrano sulla descrizione puntuale dei processi lavorativi, senza chiedersi tuttavia se tali processi sono necessari o meno. Pertanto nel settore sanitario si è scelta l'opzione "Evidence-Based medicine" o "Medicina basata sulle prove di efficacia". Si tratta di una ricerca sistematica di tutto quanto non è ritenuto necessario e che dunque va eliminato. Di conseguenza vi è anche un riflesso economico non indifferente.

L' "Evidence-Based medicine" consiste sostanzialmente nell'utilizzo coscienzioso e giudizioso dell'evidenza scientifica migliore nelle decisioni che concernono la cura di ogni paziente. Essa comporta l'integrazione dei migliori risultati scientifici di interventi di documentata efficacia con la competenza clinica individuale. Questa necessità deriva in particolare dal fatto che ogni anno in campo medico sono pubblicati, nel mondo, circa due milioni di articoli scientifici. È stato stimato che un medico – per rimanere ad un livello di informazione tale da mantenersi al passo con le più recenti novità ed evidenze relative al proprio campo – dovrebbe leggere all'incirca 19 articoli originali al giorno, per 365 giorni all'anno, ed effettuare sintesi coerenti.

Al fine di far fronte a questa importante sfida, numerose iniziative si stanno attualmente mettendo in atto per assicurare che gli interventi medici diagnostici, terapeutici, riabilitativi o preventivi proposti ai pazienti siano più solidamente e più sistematicamente sostenuti da

prove di documentata efficacia. La promozione di questo movimento è assicurata dal Gruppo Evidence-Based Medicine, all'origine di un giornale che ne porta il nome, e tramite la International Cochrane Collaboration che mette a disposizione dei clinici i risultati prodotti dai diversi Centri Cochrane.

Gli obiettivi generali della International Cochrane Collaboration concernono la preparazione, l'aggiornamento e la diffusione di revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria.

La necessità di passare da una medicina basata sulle opinioni ad una medicina fondata sulle prove di documentata efficacia sembra oggi rappresentare, nel campo sanitario, una risposta valida nell'adeguare le prestazioni ai bisogni del paziente e al contenimento della spesa sanitaria, garantendo nel contempo una qualità costante delle prestazioni fornite. Negli ospedali dell'EOC la realizzazione di questo obiettivo è stata possibile tramite, tra l'altro, la conduzione di una formazione specifica dei medici (in particolare medici primari, vice-primari e capi-servizio) su questa necessità e sugli aspetti metodologici che sottostanno alla sua applicazione.

Le ripercussioni di questo sistema sul carico di lavoro del personale sono positive, considerato che con l'eliminazione di interventi inutili, l'impegno professionale del personale sanitario si dovrebbe ridurre.

## **5. CONCLUSIONI**

Rileviamo l'ulteriore diminuzione del fabbisogno totale, determinata da una continua ricerca da parte dell'EOC sia di contenimenti di costi sia di riorganizzazioni aziendali, atte a diminuire la spesa, pur migliorando il servizio (vedi rete ospedaliera). La Commissione della gestione non può che condividere questa politica e auspica un impegno costante dell'EOC a sviluppare ulteriormente il discorso della rete ospedaliera.

\* \* \* \* \*

Con queste considerazioni, la Commissione della gestione e delle finanze propone di approvare i conti dell'EOC per l'esercizio 1998.

Per la Commissione gestione e finanze:

Daniele Lotti, relatore  
Beltraminelli - Bignasca - Bonoli - Brenni -  
Carobbio Guscelli - Ferrari Mario -  
Gendotti - Lepori Colombo - Lombardi -  
Merlini - Pezzati - Sadis - Verda