

Rapporto (annulla e sostituisce quello precedentemente distribuito)

numero

5844 R

data

28 novembre 2006

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione della gestione e delle finanze sul messaggio 3 ottobre 2006 concernente l'approvazione del contributo globale 2007 dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e del finanziamento delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semi- privati

1. SINTESI

Per l'anno 2007 il Consiglio di Stato chiede un contributo globale di Fr. 162'220'200.- con un aumento dello 0.6% pari a Fr. 1'220'700.- rispetto all'anno precedente. Questo importo corrisponde al 16.5% del gettito cantonale stimato per il 2006 in Fr. 982.9 milioni di franchi.

Contemporaneamente il Consiglio di Stato chiede un contributo di Fr. 25'200'000.- per il finanziamento delle rette dei pazienti degenti nei reparti privati e semi-privati degli ospedali pubblici.

2. CONSIDERAZIONI DELLA COMMISSIONE

Dalla discussione congiunta dei conti consuntivi del 2005 e del preventivo per l'anno 2007 sono emerse alcune considerazioni, riportate nei punti seguenti.

2.1 Pianificazione ospedaliera 2004

L'aggiornamento della pianificazione ospedaliera del 2004, approvato dal Gran Consiglio lo scorso dicembre 2005, non è ancora entrato in vigore a causa di due ricorsi ancora pendenti concernenti le cliniche Humaine SA di Sementina e Alabardia di San Nazzaro. Nel frattempo la chiusura della clinica di Sementina è diventata effettiva a partire dal 1° novembre 2006. Il messaggio indica le modalità di presa a carico di questi pazienti di riabilitazione cardiaca da parte dell'EOC. I costi corrispondenti potranno essere assorbiti nell'ambito dell'oscillazione del $\pm 5\%$ dei volumi di attività (vedi art. 12 del contratto di prestazione annuale 2007). La chiusura della clinica Alabardia di San Nazzaro non avrà nessun effetto sul contributo globale dell'EOC, essendo questa clinica dedicata alla psichiatria. La diminuzione dei posti letto dell'EOC sarà effettiva a partire dal momento della messa in vigore della nuova pianificazione ospedaliera.

A proposito dei potenziali risparmi a seguito della nuova pianificazione ospedaliera, il rapporto di maggioranza sul messaggio 5606 del 7 novembre 2005 della Commissione speciale pianificazione ospedaliera, indicava quanto segue:

«Il messaggio o meglio il pre-rapporto della speciale Commissione del Consiglio di Stato accenna poi solo brevemente alla prevista incidenza finanziaria della pianificazione in discussione; in particolare a pagina 14 sono fornite valutazioni che lasciano più di un dubbio. I

dati menzionativi, secondo i quali la riduzione dei costi - o meglio: il contenimento dell'aumento dei costi - a carico dell'assicurazione malattia per il settore ospedaliero acuto, è valutabile in circa 24,1 milioni di franchi, non convincono pienamente. Altrettanto dicasi per il breve complemento d'informazione fornito dal Consiglio di Stato alla Commissione. La somma menzionata deriva infatti sostanzialmente dal computo delle giornate di cura "risparmiate" non essendone più possibili, né alla Clinica di riabilitazione di Sementina, né all'Alabardia di S. Nazzaro e neppure nei letti "tagliati" nelle altre strutture. Ma come credere che nessuno dei pazienti che avrebbe occupato uno dei letti che spariranno, non venga comunque curato, seppur diversamente, in un'altra struttura ospedaliera oppure ambulatorialmente, oppure ancora a casa, tramite il suo medico di famiglia?»

Il risparmio per lo Stato, conseguente alla riduzione dei letti all'EOC, è quindi difficile da quantificare al momento attuale. L'evoluzione dei costi viene attentamente seguita dall'Unità di contrattualizzazione della sezione sanitaria sulla base dei dati trimestrali forniti dall'EOC. L'influsso sul contributo globale dello Stato all'EOC, tenuto conto che non può essere modificato durante l'anno, se non con i parametri indicati nel contratto stesso, verrà dunque considerato in occasione della determinazione dei contributi globali per gli anni successivi.

2.2 Pronto soccorso

Nell'ambito del consuntivo 2005 si è constatato come in questi ultimi anni vi sia stato un miglioramento del servizio con un caposervizio a tempo pieno per ogni pronto soccorso e una struttura medica tale da garantire un servizio ottimale dal punto di vista medico 24 ore su 24. Questo miglioramento ha però il suo prezzo: la quota media fissa per ogni visita per il 2007 è fissata a Fr. 58.33 che, con il numero di visite previste di 144'200 porta il costo totale a carico dello Stato di Fr. 8'410'600.-. L'evoluzione della spesa per il servizio di pronto soccorso negli ultimi anni è stata la seguente:

Anno	Costo totale		Numero di visite		Costo per visita	
2002	4'106.52 mio	100%	130'381	100%	31.50	100%
2003	5'444.60 mio	133%	137'165	105%	39.69	126%
2004	5'942.10 mio	145%	132'683	102%	44.78	142%
2005	6'341.90 mio	154%	136'700	105%	45.86	146%
2006 ¹	6'609.00 mio	161%	142'700	109%	46.31	147%
2007 ²	8'411.00 mio	205%	144'200	111%	58.33	185%

L'evoluzione dei costi di questo servizio è dunque importante: da una parte vi è un aumento del costo complessivo che nel periodo 2002-2007 è più che raddoppiato. A fronte di un incremento delle visite dell'11%, l'aumento del costo per visita nel 2007 è dell'85% rispetto al 2002.

È vero, il pronto soccorso è un servizio pubblico importantissimo e già in passato ne è stato lodato positivamente il potenziamento qualitativo. Tuttavia questa esplosione dei costi non può lasciare indifferenti. Si invita dunque il Consiglio di Stato e l'Ente Ospedaliero Cantonale a chinarsi su questa voce di spesa che in futuro dovrà rientrare nei medesimi parametri di evoluzione degli altri elementi di costo del contributo globale.

¹ Preventivo 2006

² Preventivo 2007

È stato chiesto di fare un confronto fra il costo delle singole prestazioni del pronto soccorso, con riferimento al valore differenziato del punto Tarmed nel settore privato e nel settore pubblico. Vista la fondamentale differenza di impostazione, il confronto non è possibile in alcun modo. In effetti il costo per visita a carico dello Stato corrisponde al costo totale secondo i dati della contabilità analitica, dedotte le entrate degli assicuratori, diviso per il numero di visite. La fatturazione Tarmed è diversa sostanzialmente per due motivi: il primo è che il valore del punto Tarmed è calcolato in modo da coprire il 100% dei costi, il secondo è che viene moltiplicato per i punti di ogni prestazione che il medico effettua durante una visita. Un confronto è quindi impossibile.

2.3 Conformità del contributo globale all'art. 30 cpv. 3 LEOC³

La verifica della conformità è riassunta nella tabella seguente:

Gettito dell'imposta cantonale stimato	982'900'000.-	
Contributo all'EOC secondo contratto di prestazione	162'220'200.-	16.5%
Finanziamento delle rette dei pazienti degenti in camera privata e semi-privata	25'200'000.-	2.6%
Totale	187'420'200.-	19.1%

Il contributo globale all'EOC in senso stretto del termine porta ad una percentuale di riferimento del 16.5%, inferiore al limite prescritto dalla legge del 18%. Tuttavia, sommando il finanziamento delle rette dei pazienti degenti in camera privata e semi-privata al contributo, la percentuale di riferimento si porta al 19.1%. L'attuale Legge sull'Ente ospedaliero cantonale è del 19 dicembre 2000, ma il limite del 18% risale ai tempi della creazione dell'Ente ospedaliero stesso, quando il parametro di riferimento era dato dalla somma delle partecipazioni cantonali e comunali.

A proposito di questo limite, il messaggio 4965 del 19 gennaio 2000, concernente appunto la revisione della legge ospedaliera, così si esprimeva:

«Da parte sua lo Stato deve garantire il proprio impegno fissando il limite massimo al 18% del gettito d'imposta. Evidentemente, qualora i mandati all'EOC dovessero cambiare in modo sostanziale rispetto alla situazione attuale, il limite del 18% dovrebbe essere rivisto. In particolare questo limite dovrebbe essere rivisto qualora la LAMal dovesse in futuro prevedere una partecipazione del Cantone al costo delle ospedalizzazioni nei reparti privati e semi-privati degli ospedali pubblici.». Questa impostazione è stata ripresa senza commenti nel rapporto di questa commissione della gestione e delle finanze. Anche il plenum del Gran Consiglio ha approvato senza obiezioni questo limite. Nel corso della discussione è stata relativizzata l'importanza del limite 18% con il nuovo metodo del contributo globale, visto che, una volta fissato, il margine di manovra finanziario rimane estremamente limitato. Tuttavia il limite è stato mantenuto per mantenere quella sorta di pressione psicologica atta a contenere i costi del settore ospedaliero.

La decisione di allora è stata dunque molta chiara: il limite del 18% andrebbe rivisto qualora il Cantone dovesse partecipare al costo delle ospedalizzazioni nei reparti privati e semi-privati degli ospedali pubblici. Ci si potrebbe dunque chiedere se non sia opportuno modificare la LEOC in questo senso.

³ L' ammontare del contributo globale non può superare il 18% del gettito dell' imposta cantonale dell' anno precedente e stabilito nei modi fissati dal Consiglio di Stato.

La partecipazione in questione poggia sulla «*Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie*» del 21 giugno 2002. Questa legge, dichiarata urgente dall'assemblea federale, è già stata prorogata nel 2004 e scadrà il 31 dicembre 2006. Il DSS ipotizza che questo decreto verrà prolungato di un ulteriore anno, dunque fino al 31 dicembre 2007 e, basandosi su questa assunzione, ha previsto il contributo cantonale di Fr. 25'200'000.-.

Per il futuro è prevista un'ulteriore modifica della LAMal che dovrebbe regolare in modo diverso il finanziamento del settore ospedaliero, sia pubblico, sia privato. Queste nuove modalità di finanziamento dovrebbero portare – stando a quanto è emerso in un incontro tra la Deputazione ticinese alle Camere federali e il Consiglio di Stato – ad un aumento del contributo di almeno 45 milioni di franchi annui. Non essendo queste nuove modalità discusse e decise dai competenti organi federali, è prematuro commentare questa cifra: occorrerà per contro osservare con attenzione l'evoluzione a livello federale e, se del caso, intervenire in modo che il nostro Cantone non venga penalizzato a causa della sua particolare situazione.

È dunque lecito attendere con la discussione politica dei parametri stabiliti nella LEOC fintanto che la situazione a livello federale non si sarà stabilizzata.

2.4 Ammortamenti effettuati nell'esercizio 2005

Nell'esercizio del 2005 sono stati effettuati ammortamenti ordinari (quindi previsti dal contributo globale) per Fr. 24 milioni e straordinari (completamente a carico dell'EOC) di Fr. 10.4 milioni. Il beneficio di questo ammortamento straordinario si ripercuote anche sul contributo globale dello Stato, visto che la sostanza ammortizzabile è diminuita di pari importo e quindi i futuri ammortamenti ordinari saranno minori.

L'effetto sugli interessi è solo indiretto e non immediato, visto che l'ammortamento si ripercuote sulla liquidità generale dell'azienda che potrà, a seconda dell'evoluzione, portare ad una diminuzione dei prestiti a lunga scadenza che al 31.12.2005 ammontavano a 90 milioni di franchi.

2.5 Formazione del personale

La scrivente commissione, nel suo rapporto numero 5701 del 29 novembre 2005 concernente il contributo globale del 2006 ha constatato che l'art. 49 della LAMal impedisce che i costi di formazione siano computati nella quota a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. Una parte della commissione sosteneva la linea del Consiglio di Stato secondo cui questi costi sono interamente a carico del Cantone, mentre per altri membri questi costi potrebbero essere finanziati anche tramite una parte del ricavo delle prestazioni fatturate.

Il presente messaggio indica che per il 2007 il meccanismo è stato mantenuto uguale agli anni precedenti e cioè che «*la formazione è valutata al 5% del costo degli stipendi lordi del personale, dedotti gli onorari medici, per gli ospedali regionali e all'1% per gli ospedali di zona*». Per contro «*le spese di ricerca, non legate alla formazione e al perfezionamento e non comprese nelle percentuali sopraccitate, sono per contro totalmente finanziate dall'EOC tramite fondi esterni*».

Se si analizzano i dati consuntivi degli anni precedenti, si può anche ricavare l'impressione che la disputa sui costi della formazione sia un semplice esercizio contabile: sia esso finanziato dal contributo dello Stato, sia esso finanziato dall'EOC, la copertura dei costi sarà comunque a carico dello Stato, perché è difficilmente immaginabile che le prestazioni di formazione possano essere fatturate a terzi. Qualora le prestazioni a terzi per servizi diversi generino introiti cospicui e portino a eccedenze positive come nel caso del consuntivo del 2005, i benefici vanno comunque a favore dello Stato.

Piuttosto, in occasione della futura discussione sulla LEOC, come ipotizzato nel punto 2.3 di questo rapporto, si potrà riprendere politicamente la questione per definire chiaramente come devono venire computati i costi per la formazione.

La Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha formato un gruppo di lavoro incaricato di trovare delle soluzioni per meglio quantificare i costi di formazione e per proporre delle soluzioni sostenibili per il loro finanziamento.

2.6 Disease management

Il rendiconto 2005 dell'EOC riferisce di un esperimento in atto all'Ospedale regionale di Locarno e concernente l'adozione del modello "disease management" per la gestione della collaborazione fra l'ospedale "la Carità" e la clinica di riabilitazione privata "Hildenbrand" di Brissago.

Il concetto "disease management" potrebbe essere tradotto in "gestione di malattia" anche se nel linguaggio tecnico medico si è affermata la definizione anglosassone. La gestione della malattia di un paziente comprende tutti gli elementi che compongono l'evoluzione della malattia, ovvero il paziente stesso, ma anche tutti i medici e i servizi coinvolti per la sua guarigione, in modo da assicurare una cura integrata e coordinata a tutti i livelli di intervento. Questo è ancora più importante se le cliniche coinvolte sono più di una, come è nel caso del ricorso ad una clinica di riabilitazione esterna. Questo coinvolgimento è tale che la consulenza riabilitativa dei medici e dei fisioterapisti della clinica Hildenbrand inizia già in reparto presso l'ospedale regionale per continuare senza interruzione di continuità nella clinica di riabilitazione.

Questo metodo di gestione permette di ottimizzare le cure e di conseguenza accelerare il processo di guarigione del paziente e di sfruttare in modo ottimale le strutture ospedaliere.

2.7 Contratto di prestazione annuale 2007

Si segnala che l'art. 12 si riferisce al contributo dell'anno **2007** e non al **2006**, come erroneamente scritto. L'articolo 12 del contratto deve dunque essere letto così:

Art. 12 - Adeguamento del contributo globale

Come previsto dall'articolo 19 del contratto quadro, il contributo globale 2007 è fisso, salvo variazioni superiori a +/- 5% dei seguenti volumi di attività:

- *case-load dei pazienti di camera comune domiciliati in Ticino,*
- *giornate di camera comune dei pazienti domiciliati in Ticino per la riabilitazione e*
- *visite di pronto soccorso.*

Le variazioni sono calcolate sulla media di due anni (2007/2008) e sono moltiplicate per il costo marginale dell'anno 2007 (pari al 20% del costo totale), come indicato nella Tabella 3 allegata al presente contratto.

3. CONCLUSIONE

In conclusione la Commissione della gestione e delle finanze invita il Gran Consiglio ad approvare il decreto legislativo allegato al messaggio n. 5844, concernente il contributo globale 2007 dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e del finanziamento delle rette per i pazienti degenti nei reparti privati e semi-privati degli ospedali pubblici.

Per la Commissione gestione e finanze:

Thomas Arn, relatore

Bacchetta-Cattori - Beltraminelli -

Carobbio Guscetti - Croce -

Dell'Ambrogio - Ghisletta R. -

Lepori Colombo (per le conclusioni) -

Lombardi - Righinetti - Robbiani