

Messaggio

numero

7511

data

21 marzo 2018

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Rapporto del Consiglio di Stato sulla mozione 18 settembre 2017 presentata da Matteo Pronzini “Progetto «case manager»: la direzione EOC apre alla volpe la porta del pollaio?”

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

la mozione in oggetto prende spunto dall’iniziativa dell’Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) che prevede all’interno delle sedi di Lugano (Ospedale Civico) e Bellinzona (Ospedale San Giovanni), la figura del “*case manager*”, un infermiere finanziato congiuntamente dall’EOC e dalle casse malati, con il compito di valutare le cure e la durata delle degenze dei pazienti. A suo modo di vedere si tratta di un’ingerenza nella sfera di competenza dei medici. Il deputato muove critiche pesanti all’operato della direzione dell’EOC e del suo Consiglio di amministrazione che a suo dire prendono decisioni che travalicano le loro competenze, favorendo gli assicuratori e il settore privato animato da logiche e interessi diversi e chiede al Consiglio di Stato di:

1. intervenire immediatamente per bloccare il progetto “*case manager*” e impedire che in futuro analoghi progetti abbiano diritto di cittadinanza all’interno dell’EOC;
2. avviare una discussione politica, con relative proposte, che possa permettere di ridefinire ruolo e competenze del CdA dell’EOC per il tramite di un dibattito pubblico nel quale verificare le possibilità di una partecipazione popolare alla gestione di un sistema ospedaliero che la popolazione sente come un servizio pubblico di prossimità e importante;
3. iniziare il processo di sostituzione degli attuali membri del CdA con delle personalità che siano disponibili ad impegnarsi per uno sviluppo e un rafforzamento di un sistema ospedaliero inteso come servizio pubblico di prossimità e importante.

Il Consiglio di Stato, prima di entrare nel merito delle richieste formulate, ritiene importante chiarire alcuni concetti.

1. PREMESSA

Case management: in generale

Il “*case management*” è un approccio sviluppato in Canada, Stati Uniti d’America e in Gran Bretagna per la gestione delle persone nell’ambito sanitario e sociale. L’obiettivo è di offrire al paziente un accompagnamento globale e progressivo fino alla normalizzazione

del suo stato di salute. Uno studio condotto dalla società Deloitte definisce il “*case management*” nel modo seguente¹:

“Il case management è un processo di gestione olistica ed integrata che permette di organizzare, coordinare e ottimizzare le risorse (umane, finanziarie e materiali) e le cure ed i servizi richiesti dai pazienti nonché dai loro famigliari al fine di:

- soddisfare i loro bisogni specifici in materia di salute e di supporto psicologico e sociale;*
- migliorare la qualità della loro presa a carico;*
- migliorare la loro qualità di vita.*

In altre parole si tratta di avere le persone adeguate, fornendo i servizi e le cure più appropriate, al buon momento, nel luogo più indicato ed al miglior prezzo.”

Il modello di “*case management*” esiste da tempo anche in strutture ospedaliere oltralpe. Nella Clinica Rehab Basel è presente una collaboratrice della cassa malati CSS responsabile dell’accompagnamento e del supporto dei pazienti e dei loro famigliari². Quest’ultima si occupa in particolare di coordinare i vari operatori sanitari e/o servizi sociali per rendere la presa in carico del paziente il più lineare ed efficace possibile. Un altro esempio di applicazione del modello “*case management*” lo si trova presso l’Ospedale di Zofingen³ e l’Ospedale cantonale di Uri⁴. Questa particolare forma di collaborazione tra strutture e assicuratori è una risposta alla necessità di una sempre maggiore integrazione dei servizi socio-sanitari in un contesto di invecchiamento demografico, di aumento dei malati cronici e di sgretolamento del tessuto familiare.

Appropriatezza delle cure e sopportabilità economica

Il settore sanitario si trova confrontato con grosse sfide, in particolare vi è la necessità di prestare sempre maggiore attenzione ai principi sanciti dall’art. 32 LAMal, ovvero, all’erogazione di cure efficaci, appropriate ed economiche. L’ambito acuto stazionario è particolarmente sollecitato a elaborare processi sempre più virtuosi che supportino una degenza media in calo oltre che un procedimento decisionale sempre più rapido e complesso.

Garantire un sistema di qualità a costi sostenibili nell’interesse del cittadino, paziente e assicurato, non può prescindere dall’esistenza di buone relazioni tra gli attori (Cantone, Fornitori di prestazioni, Assicuratori e Pazienti) al fine di condividere obiettivi e le modalità per raggiungerli. La fiducia reciproca permette di mantenere il paziente al centro dell’attenzione, di ottimizzare i processi e di conseguenza offrire al paziente e ai suoi famigliari le migliori prestazioni.

Fornitori di prestazioni e assicuratori condividono anche la responsabilità di contenere i costi sanitari. Ed è in questo senso che nel caso in esame, EOC e assicuratori intendono collaborare per ridurre al minimo inefficienti contrapposizioni.

¹ Deloitte, Fondo Sociale Europeo, Istituto Universitario Internazionale del Lussemburgo (IUIL), “*Case management - coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes*”, febbraio 2013, p. 15.

² Dr. M. Hund-Georgiadis e C. Schmidlin, *Der Behandlungspfad in der Praxis. Fallbeispiel Fallsteuerung: Zusammenarbeit Rehab Basel und CSS Versicherung*, Congresso del 4 aprile 2017 a Berna.

³ www.spitalzofingen.ch/leistungen/pflege0/case-management.html

⁴ <https://www.ksuri.ch/de/aufenthalt/betreuung/case-management/>

2. IL PROGETTO “CASE MANAGER”

Obiettivi

L'EOC e due delle maggiori casse malati svizzere (Helsana e CSS) hanno implementato un progetto pilota che prevede l'assunzione condivisa di un "case manager", ossia, un infermiere che accosti alle competenze cliniche anche quelle di ordine giuridico-amministrativo nell'ambito delle assicurazioni sociali.

I compiti del "case manager" possono essere così riassunti:

- collaborare con l'insieme del personale sanitario allo scopo di ridurre il numero di richieste di trasferimento errate o rifiutate (soprattutto in ambito riabilitativo), valutando l'adeguatezza della proposta in funzione del potenziale riabilitativo del paziente;
- pianificare il miglior percorso post-acuto per il paziente: cure a domicilio, reparto acuto di minor intensità (RAMI), reparto di cure acute e transitorie (CAT), casa per anziani;
- diminuire i giorni d'attesa per i trasferimenti o le dimissioni in ambito protetto, aiutando il personale curante a riflettere, sin dall'inizio dell'ospedalizzazione, sulla necessità di progettare una presa in carico post-acuta;
- instaurare dei canali di comunicazione privilegiati tra ospedale e assicuratori grazie alla buona conoscenza di entrambe le realtà e all'eliminazione di inutili pregiudizi;
- mantenere rapporti privilegiati con le altre strutture sanitarie.

Lo scopo del progetto pilota è quello di ottimizzare la presa in carico globale del paziente con una particolare attenzione al miglioramento del procedimento di dimissione e di trasferimento.

Organizzazione

Il "case manager" è integrato nel servizio sociale EOC e collabora con il personale sanitario nonché con i servizi di gestione letti e pazienti. Egli partecipa alle riunioni del mattino del personale di reparto o assiste direttamente alle visite al paziente. È di regola presente nei reparti più soggetti a trasferimenti verso altre strutture sanitarie, stando a diretto contatto con i pazienti è in grado di meglio valutarne il fabbisogno di cure.

La maggior parte dell'attività svolta dal "case manager" riguarda le mansioni di supporto ai curanti relative alla valutazione dei percorsi di cura più adatti e nella preparazione della documentazione da trasmettere agli assicuratori. Liberati dai compiti burocratici, medici e infermieri possono riappropriarsi del proprio ruolo e concentrarsi maggiormente sul paziente.

Per l'assicuratore malattia partner (CSS e Helsana), il "case manager" si occupa soprattutto di rilasciare, con l'accordo del medico fiduciario, le garanzie di pagamento dei pazienti seguiti direttamente in ospedale e può supportare il paziente nella scelta della copertura assicurativa più idonea al suo stato di salute.

Per gli altri assicuratori egli è un interlocutore privilegiato e prezioso all'interno dell'ospedale in ragione delle sue competenze sia sanitarie sia amministrative e gestionali.

Conclusione

Il "case manager" non decide né il tipo, né la durata della terapia, che resta una prerogativa del medico curante. I compiti che gli sono attribuiti sono compatibili con la regolamentazione federale e cantonale e ne sono una concretizzazione pratica, nella prospettiva finale che è quella di operare per il bene del paziente, agendo da "facilitatore" nei rapporti tra operatori sanitari, assicuratori, amministratori, pazienti e rete familiare e

sociale, garantendo un impiego ottimale delle risorse strutturali, umane e finanziarie a disposizione.

Il progetto pilota si concluderà tra qualche mese e l'EOC ne farà un bilancio. E' quindi giudizioso attendere quel momento per tirare le conclusioni su questa esperienza, che comunque si sta rivelando positiva contrariamente a quanto affermato nell'atto parlamentare.

3. LE COMPETENZE DELLA DIREZIONE GENERALE E DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELL'EOC, RISPETTIVAMENTE DEL CONSIGLIO DI STATO E DEL GRAN CONSIGLIO

Breve istoriato

La legge sull'EOC del 19 dicembre 2000 è stata voluta essenzialmente per accrescere l'efficienza dell'EOC e per farne uno strumento ancora più efficace di sostegno e risposta ai bisogni dei pazienti e della popolazione ticinese.

Nel rapporto della Commissione gestione e finanze del 5 dicembre 2000, n. 4965R si trovano riassunti i presupposti alla base della nascita della LEOC che giova qui ricordare, riprendendo il testo integrale da pagina 2:

“9. Ci sembra opportuno segnalare tre elementi:

- a) la decisione del Gran Consiglio **del 16 dicembre 1997**, dando seguito a un'iniziativa del PPD e approvando la **Legge sull' assistenza e cura a domicilio** (Spitex) di **esentare i Comuni dalla partecipazione al finanziamento dell'EOC**, fino allora prevista nella misura di un terzo.

Una discussione iniziata nel clima di finanze dello Stato risanate dei primi anni novanta, destinata a avere ripercussioni ben oltre i confini della politica ospedaliera, essendo stata la prima reale e incisiva semplificazione dei flussi finanziari tra Cantone e Comuni.

- b) L'entrata in vigore il **1° gennaio 1996** della **LAMal**, la cui reale portata non è ancora stata totalmente scoperta, ma che sta rivoluzionando la politica sanitaria svizzera e ticinese.

In particolare importa qui rilevare come in questo contesto sia emersa l'importanza di una specificità, per una volta realmente tutta ticinese, e cioè **l'esistenza di un settore ospedaliero non sussidiato (le cliniche private) che copre il 50% del fabbisogno di letti** del Cantone.

Contrariamente a quanto si pensa anche in altri cantoni gli ospedali sono organizzati in forma privata, alcuni beneficiano però di un ampio sussidiamento statale (copertura del deficit).

A titolo di esempio basti citare l'Inselspital di Berna, che è una fondazione.

Occorre però rilevare che la sovradotazione di strutture del nostro Cantone è maggiore rispetto a quella del resto della Svizzera.

- c) Il terzo cambiamento fondamentale è l'emergere anche in Svizzera e in Ticino, a partire dalla metà degli anni novanta, di quei nuovi metodi di gestione della cosa pubblica che vanno genericamente sotto il nome di **New Public Management**.

Caratteristica principale di questi metodi è una chiara suddivisione tra i livelli strategici e quelli operativi.

All'autorità politica spetta il compito di definire gli obiettivi, mentre che ai manager deve essere concessa la massima autonomia nella loro realizzazione concreta. Principali strumenti di queste politiche sono il **mandato di prestazioni** e la **contabilità analitica**, indispensabile per permettere un controllo della congruità dei risultati con gli obiettivi.

10. Con la LOsp del 1982 la gestione degli ospedali in Ticino è diventata un servizio autonomo del Cantone. Nonostante il conferimento di personalità giuridica propria all'EOC, sono però rimasti numerosi elementi tipici di un'amministrazione pubblica di tipo tradizionale. Il doppio finanziamento pubblico da parte del cantone e dei comuni ha poi imposto la creazione di una struttura complicata, poco coerente e certamente fonte di disfunzioni amministrative.
11. Scopo della nuova legge è invece la trasformazione dell'EOC in una vera e propria azienda pubblica, dotata di una grande autonomia operativa e gestionale. Per fare un paragone con il diritto privato, la nuova legge sarà l'equivalente per un ente di diritto pubblico dello statuto di una società anonima.
12. Tutti gli elementi strategici e politici sono invece trasferiti altrove e saranno regolati da altre leggi, segnatamente della LCaMal e dalla LSan. **L'autorità politica definirà infatti gli obiettivi nell'ambito della pianificazione ospedaliera, che sarà il luogo dove bisognerà mediare tutti gli interessi. Il mandato di prestazioni sarà poi lo strumento di raccordo con le aziende."**

Dall'adozione della LEOC è importante ricordare che il 5 giugno 2001 è stata modificata anche la legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), assoggettando la pianificazione secondo la LAMal a formale decisione del Parlamento: quest'ultimo la riceve infatti tramite messaggio governativo ed in seguito la approva, la respinge o la modifica sulla base di un rapporto commissionale, sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione (art. 65 LCAMal).

Conclusione

Gli elementi sopradescritti permettono di dimostrare che LEOC e LCAMal separano, specificano, rafforzano e determinano i compiti strategici e operativi dei quattro livelli decisionali menzionati nel titolo.

In generale, il Cantone deve rispettare l'autonomia aziendale di una società parastatale (questo vale anche per l'Azienda elettrica ticinese, l'Azienda cantonale dei rifiuti e la Banca dello Stato del Canton Ticino). L'interferenza del Cantone nelle scelte strategiche dell'EOC (come nel caso specifico oggetto della presente mozione) comprometterebbe la dinamicità aziendale indispensabile in un mercato concorrenziale che è in costante evoluzione.

Il Gran Consiglio, oltre ad approvare la pianificazione ospedaliera, ha l'occasione di discutere della relazione annuale dell'EOC, nella quale sono ben descritte e motivate le scelte strategiche e le modalità operative per realizzarle.

Visto quanto precede, il Consiglio di Stato non ritiene necessario né avviare un'ulteriore discussione politica per ridefinire il ruolo e le competenze del Consiglio di amministrazione dell'EOC, né ricercare delle modalità di potenziamento della partecipazione popolare nella gestione del sistema ospedaliero, già sufficientemente garantita, attraverso i propri rappresentanti eletti democraticamente.

4. LA PROGRESSIVA SOSTITUZIONE DEI MEMBRI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELL'EOC

Il Gran Consiglio nomina i membri del Consiglio di amministrazione dell'EOC, su proposta del Consiglio di Stato (art. 13 LEOC) per un periodo di quattro anni. Il mandato in essere terminerà nel 2019.

In aggiunta, l'art. 11 LEOC esclude l'eleggibilità di:

- dipendenti dell'EOC e i loro rappresentanti;
- funzionari dello Stato;
- amministratori, azionisti, proprietari di stabili, medici e il personale di strutture ospedaliere concorrenti;
- rappresentanti dei grossi fornitori.

Il 16 ottobre 2017, il Gran Consiglio ha deciso di vietare anche la presenza di deputati nei consigli di amministrazione delle aziende parastatali, onde evitare conflitti d'interesse.

L'auspicio del deputato Pronzini di avviare un processo di sostituzione degli attuali membri del Consiglio di amministrazione dell'EOC, non può essere condiviso. Le persone attualmente in carica già corrispondono alle caratteristiche richieste dal deputato, sono competenti, consapevoli di difendere il servizio pubblico e coesi nel perseguire lo sviluppo e il rafforzamento del sistema ospedaliero rappresentato dall'EOC multisito.

In base agli elementi illustrati il Consiglio di Stato propone di respingere la mozione per le motivazioni addotte.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, Manuele Bertoli

Il Cancelliere, Arnoldo Coduri

Annessa: Mozione 18 settembre 2017

MOZIONE

Progetto “case manager”: la direzione EOC apre alla volpe la porta del pollaio?

del 18 settembre 2017

Teleticino ha dato notizia, in data 18 agosto 2017, dell'ennesima iniziativa autolesionista e contraria agli interessi della popolazione del Canton Ticino presa dagli organi dirigenti dell'EOC.

Da alcuni mesi, all'interno degli ospedali di Lugano e Bellinzona, l'EOC ha permesso alle casse malati di installare una loro testa di ponte: un infermiere finanziato da casse malati e EOC che valuta (e decide?) le cure e la durata delle degenze dei pazienti. Una prima a livello svizzero di cui la direzione dell'EOC va addirittura fiera.

Si tratta di una chiara ingerenza da parte delle casse malati le quali, come dimostrato in più occasioni, non hanno sicuramente a cuore né la salute dei pazienti né gli interessi della popolazione e degli ospedali dell'EOC.

Ancora più grave il comportamento della direzione dell'EOC che permette alle casse malati un'intromissione nella sfera di competenza del personale medico. Decidere il tipo e la durata di una cura deve essere e deve rimanere di competenza del personale medico.

Non è la prima volta che gli organi dirigenti dell'EOC prendono decisioni che vanno al di là delle loro competenze e contrarie agli interessi e alla salute dei pazienti. Durante il dibattito sulla pianificazione ospedaliera gli organi dell'EOC avevano spudoratamente preso posizione a favore del progetto poi sconfessato in votazione popolare. Altri esempi, la decisione dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona di “cedere” a un investitore privato parte delle operazioni ambulatoriali o l'esternalizzazione di parte delle operazioni dal Civico alla Clinica privata Sant'Anna di Sorengo (Genolier).

Nella mia interrogazione dell'8 novembre 2015, presentata in concomitanza con il rinnovo del Consiglio di amministrazione dell'EOC, segnalavo:

“Come detto, non è un mistero che l'operato del CdA dell'EOC tende, da tempo ormai, ad andare al di là delle sue competenze e a sovrapporsi a scelte che non gli competono. Da tempo si assiste, da parte degli organi dirigenti dell'EOC, a prese di posizione, progetti, collaborazioni/privatizzazioni che esulano dalle loro competenze. Fughe in avanti irrispettose delle regole democratiche e legislative alla base del mandato dello stesso CdA dell'EOC...”.

Evidentemente il Consiglio di Stato non è intervenuto nei confronti degli organi dell'EOC e oggi ci troviamo confrontati con questi gravi cedimenti verso le casse malati ed il settore privato, animato da logiche e interessi diversi da quello pubblico.

Si impone di conseguenza la presentazione della presente mozione con la quale chiedo al Consiglio di Stato di:

1. intervenire immediatamente per bloccare il progetto “case manager” e impedire che in futuro analoghi progetti abbiano diritto di cittadinanza all'interno dell'EOC;
2. avviare una discussione politica, con relative proposte, che possa permettere di ridefinire ruolo e competenze del CdA dell'EOC per il tramite di un dibattito pubblico nel quale verificare le possibilità di una partecipazione popolare alla gestione di un sistema ospedaliero che la popolazione sente come un servizio pubblico di prossimità e importante;
3. iniziare il processo di sostituzione degli attuali membri del CdA con personalità che siano disponibili a impegnarsi per uno sviluppo e un rafforzamento di un sistema ospedaliero inteso come servizio pubblico di prossimità e importante.

Matteo Pronzini