



Direzione generale EOC

Rapporto EOC all'attenzione DSS / Area Gestione Sanitaria concernente il bilancio del progetto pilota "Case manager" negli ospedali EOC

Il progetto pilota EOC

Il concetto del "Case Manager" attivato presso l'EOC con un progetto pilota è stato (ampiamente) trattato nel Messaggio del Consiglio di Stato, n. 7511 del 21 marzo 2018, con il Rapporto del Consiglio di Stato sulla mozione 18 settembre 2017 presentata dal Deputato Matteo Pronzini "Progetto «case manager»: la direzione EOC apre alla volpe la porta del pollaio?"

Nelle sue conclusioni (cfr. pag. 3 del Messaggio) il Consiglio di Stato afferma che "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."

Il bilancio del progetto pilota EOC

Con l'obiettivo di voler rimanere sintetici, nel presente rapporto non vengono più ripercorsi gli obiettivi e l'organizzazione del progetto, ben ripresi dal Messaggio del Consiglio di Stato n. 7511 (cfr. allegato).

A conclusione del progetto pilota avviato da EOC, in collaborazione con due tra i maggiori Assicuratori malattia svizzeri (Helsana e CSS), la Direzione generale EOC ritiene di poter affermare che il ruolo dei case manager di entrambi gli assicuratori partner del progetto si è consolidato all'interno delle strutture in maniera coerente rispetto ai risultati attesi.

Sin dall'impostazione della collaborazione, nel 2014, si è sottolineata l'importanza di anticipare quanto possibile le riflessioni inerenti il progetto di cura del paziente, durante e dopo la fase acuta.

È infatti parimenti importante sia individuare tempestivamente il miglior percorso di cura per il paziente, sia evitare che il medesimo si allunghi inutilmente, ad esempio a causa di giornate d'attesa prima dei necessari trasferimenti in altre strutture.



L'esperienza fatta finora nelle sedi degli Ospedali Regionali di Lugano e di Bellinzona e Valli ci attesta che la parte essenziale del ruolo del case manager è stata dedicata a fornire il necessario supporto ai curanti nella valutazione dei percorsi di cura più adatti, come pure nella preparazione della documentazione per gli assicuratori. Basilare per il raggiungimento degli obiettivi è risultato il fatto che i case manager dispongono di una formazione di tipo infermieristico, che permette quindi loro di dialogare in maniera qualificata con il personale curante e inoltre possono contare su una buona preparazione nell'ambito delle assicurazioni sociali.

Il case manager non riveste un ruolo decisionale bensì di consulente. Ha un *background* clinico/infermieristico e partecipa con regolarità ai rapporti mattutini dei medici nelle discipline più coinvolte o alle visite al paziente (*Rapporto mattutino di traumatologia, visite mediche di ortopedia e medicina, ecc*). Ha quindi la possibilità di portare il suo contributo e la sua visione globale, clinica e amministrativa, per ottimizzare il percorso di cura del paziente rispetto al percorso ideale.

Le opzioni e i requisiti legati alle diverse tipologie di presa in carico post-acuta sono a livello normativo e pianificatorio ben regolamentate. Tuttavia, nella pratica quotidiana, il medico fatica a gestire la complessità per valutare la destinazione corretta nella globalità dei bisogni clinici, sociali ed economici del paziente.

Nella fase pilota del progetto ci si è dunque voluti concentrare molto anche sulle opportunità didattiche del ruolo. Grazie ad un buon bagaglio di competenze sia in ambito clinico, sia in quello delle assicurazioni sociali, il case manager ha l'opportunità di informare/formare i medici anche sulle conseguenze qualitative e finanziarie delle diverse tipologie di ospedalizzazione, così da sottolineare l'importanza dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità sanciti dalla LAMal.

A questo proposito i case manager partecipano attivamente alla formazione dei medici, ad esempio in occasione della giornata introduttiva dei nuovi medici in ospedale. Essi si presentano da subito quali partner di supporto nella definizione dei percorsi di cura; restando evidentemente a disposizione dei clinici per ogni particolare necessità.

Un altro obiettivo prioritario previsto dal progetto di collaborazione nell'ambito del case management è quello di ridurre sensibilmente il numero di richieste di trasferimento errate o rifiutate, soprattutto in ambito riabilitativo, valutando al meglio l'adeguatezza della scelta di presa in carico in funzione dei bisogni reali del paziente.

I risultati in funzione di questo obiettivo sono molto positivi. Sia con gli assicuratori malattia partner, CSS e Helsana, con i quali il case manager ha un ruolo più diretto e decisionale, sia con gli altri assicuratori, per i quali, invece, funge da interlocutore privilegiato, il tasso di richieste errate o rifiutate si attesta al di sotto del 10%. Sebbene non siamo in possesso di dati storici precedenti all'introduzione della figura del case manager, il valore è ritenuto ampiamente soddisfacente e verrà costantemente monitorato.



Il case manager svolge il suo ruolo sia per pazienti elettivi, quindi con entrata pianificata, sia per pazienti ospedalizzati in urgenza. È interessante osservare come, anche grazie al suo contributo, in collaborazione con i servizi preposti sia presso gli ospedali che presso le strutture post-acute, quando si può pianificare con anticipo il percorso post ospedale, l'attesa del trasferimento si dimezza rispetto ai casi ospedalizzati in urgenza (1.4 giorni per pazienti elettivi rispetto ai 3 giorni per i pazienti urgenti / Dati Ospedale Regionale Lugano, 2017).

Nell'organizzazione dell'ospedale il case manager è inserito nel team del Servizio sociale, che ha il compito di fornire sostegno e consulenza sia ai curanti, sia ai pazienti nei suoi ambiti più personali e delicati, quali la situazione sociale e familiare nonché finanziaria, combinate con l'esigenza di ricercare la propria autonomia.

Grazie a questa vicinanza, l'apporto del case manager può essere ancora più trasversale e va a beneficio anche dell'ospedale, poiché permette di gestire celermente le valutazioni concernenti il percorso di cura più adatto per il paziente, dell'assicuratore e del paziente stesso poiché l'utilizzo delle risorse viene ottimizzato, degli assicuratori sociali e complementari nel pieno rispetto delle coperture assicurative disponibili e delle opportunità offerte nell'ambito delle assicurazioni sociali.

Grazie alla collaborazione di Helsana, si è proceduto anche ad un rilevamento a campione, dopo la dimissione, della soddisfazione del paziente/assicurato sull'intervento del case manager e sulla sua efficacia. In una scala da 1 a 6, dove 1 stava ad indicare una scarsa soddisfazione e 6 la soddisfazione massima, la media rilevata corrisponde a 5,8.

In conclusione, considerati i buoni risultati ottenuti al termine del progetto pilota, e, non da ultimo, i benefici per i nostri pazienti, l'EOC intende dare continuità e ulteriormente sviluppare il ruolo del case manager in ospedale.



Dati rilevanti (dati 2017, Ospedali Regionali di Lugano e di Bellinzona e Valli)

Numero di richieste di trasferimento visionate dal case manager	ORL 3'334 ORBV 1'542 ORL+ORBV 4'876 (senza rientri Cpa)
Delle quali, afferenti ai gruppi Helsana e CSS	ORL con 3'334 richieste di trasferimento CSS 704 (21%) Helsana 1'053 (32%) Altri assicuratori 1'577 (47%) ORBV con 1'542 richieste di trasferimento CSS 274 (18%) Helsana 439 (28%) Altri assicuratori 829 (54%) ORBV+ORL con 4'876 richieste di trasferimento Assicurati CSS & Helsana: 2'470 su 4'876 (51%)

Sul totale delle richieste di trasferimento, necessitano del rilascio di una garanzia dall'assicuratore	ORL 2'650 (79%) ORBV 687 (45%) ORL+ORBV 3'337 (68%) Tutti i trasferimenti da ORL e OSG per FAI (Med.) e ACQ sono esclusi trattandosi di trasferimenti interni
Percentuale di richieste di garanzia rifiutate	ORL 159 rifiuti su 2'650 (6%) ORBV 20 rifiuti su 687 (3%) ORBV+ORL 179 rifiuti su 3'337 (5%)

Bellinzona, 22 ottobre 2018

DG/Pellanda, CFO/Giulieri, Franco De Gottardi, Zanetti Dila, Sascha Bärswyl / mg