

DGR X/2989 del 23/12/2014
DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO
SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015

La delibera, come avviene nel mese di dicembre di ogni anno, definisce le **regole di sistema** per la gestione del servizio sociosanitario regionale ed è costituita da tre allegati:

Allegato A) “*Integrazione sociosanitaria e sanitaria*”;

Allegato B) “*Regole di sistema 2015: ambito sanitario*”

Allegato C) “*Regole di sistema 2015: ambito sociosanitario*”

Allegato A) “Integrazione sociosanitaria e sanitaria”

L'allegato A) promuove, come la precedente delibera delle regole per l'anno 2014, un percorso di rinnovata integrazione tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia e Solidarietà Sociale da realizzarsi in stesure di piani e progetti integrati tra i livelli sanitario e sociosanitario attraverso la presa in carico integrata della persona e della sua famiglia. Tema fondamentale è l'approccio multiprofessionale per una valutazione multidimensionale dei bisogni.

Allegato C) “Regole di sistema 2015: ambito sociosanitario”

Le regole vengono definite in un quadro di incertezza per quanto riguarda le risorse economiche a livello nazionale che portano a una riduzione di 15 milioni di euro della quota di Fondo Sanitario regionale destinato al sistema sociosanitario (totale finanziamento servizio sanitario 17.909milioni – area sanitaria 16.113,14milioni – assistenza sociosanitaria 1.706milioni). Inoltre il sistema potrebbe essere interessato da importanti cambiamenti sul fronte di un possibile aggiornamento dei Lea.

Le azioni da sviluppare con le regole di sistema 2015, tendono ad anticipare alcuni obiettivi raggiungibili, in quanto azioni già intraprese negli esercizi trascorsi:

- la definizione di volumi di attività da mettere a contratto per l'acquisto di prestazioni per rispondere agli indici di fabbisogno territoriale;
- l'adozione di costi standard prioritariamente per le RSA;
- la sperimentazione di azioni innovative in risposta ai bisogni emergenti, a partire dalle cure intermedie e dai nuovi servizi per le tossicodipendenze;
- conferma del Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili.

Budget di cura

I nuovi bisogni derivanti dall'aumento delle malattie croniche, dall'invecchiamento della popolazione, dalle mutate condizioni delle “famiglie”, richiedono una integrazione tra “sanità” e “sociale”, attraverso forme di prossimità che esprimano compiutamente l'unitarietà dell'approccio e delle modalità operative. Il modello integrato di gestione delle cure trova il suo fondamento nel “budget di cura”, il cui atto iniziale è rappresentato dalla valutazione multidimensionale che impone un forte coordinamento e integrazione di percorsi assistenziali, risorse umane e finanziarie. Inoltre, vista la complessità dei processi di cura ed assistenza nelle condizioni di fragilità e cronicità, emerge la necessità di costruire una continuità dell'assistenza con azioni di “care management” (vedi esperienze proposte con le Dgr 740/2013 e Dgr 2655/2014).

Centri multiservizi per la persona

Per garantire percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie saranno attivate modalità organizzative innovative, su scala regionale, per superare la frammentazione settoriale delle risposte in una logica di continuità assistenziale. I Centri Multiservizi dovranno operare in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e con quelli ospedalieri.

Valutazione multidimensionale del bisogno

La valutazione multidimensionale è di competenza della Asl che la realizza attraverso equipe pluriprofessionali, anche integrando risorse professionali dei Comuni laddove necessario.

A partire dal 1° luglio 2015 sarà attivo il modello regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno nell'area delle tossicodipendenze, già sperimentato in tutte le Asl; la valutazione verrà effettuata dal Dipartimento delle Dipendenze.

Costi standard per le Rsa

A partire dal 2015 per la definizione del "costo standard" viene definito il "pacchetto base Rsa" che comprende i servizi da garantire agli ospiti delle Rsa lombarde (di questi una parte sono già obbligatori ai fini dell'accreditamento):

- dotazioni infrastrutturali minime e servizi generali;
- standard gestionale di 901 minuti minimi settimanali per ospite;
- servizi essenziali Rsa: consulenza dietologica, assistenza infermieristica 24 ore per 7 giorni (ricorso al servizio di reperibilità per il personale infermieristico), assistenza medica 24 ore per 7 giorni (ricorso al servizio di reperibilità), fornitura di presidi e materiale sanitario e per incontinenza, fornitura farmaci e gas medicali (escluso farmaci file F), servizio di ristorazione (colazione- pranzo – merenda – cena vino- acqua depurata), servizio di pulizia della struttura, servizio di lavanderia (biancheria piana e biancheria intima degli ospiti – escluso indumenti), tre gite annuali.

Il "pacchetto base" viene assunto come riferimento a partire dal 2015 e con successivo provvedimento saranno definiti i costi standard.

Linee per l'evoluzione della Dgr 116/2013 (Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili)

La Dgr 2942 del 19/12/2014 (vedi apposita sintesi) conferma tutte le misure messe in campo nel 2014 con le Dgr 740/2013 e 856/2013 per la presa in carico delle persone fragili.

Le Dgr 2655/2014 e 2883/2014 assegnano e definiscono i criteri per l'attribuzione del Fondo nazionale per la non autosufficienza da utilizzare attraverso la misura B1 e B2 durante l'anno 2015 (vedi apposite sintesi)

Sviluppo dell'offerta sociosanitaria

Nello scorso anno è stato attuato uno sviluppo dell'offerta sociosanitaria residenziale e semiresidenziale per disabili attraverso l'accreditamento e la messa a contratto di tutti i posti disponibili di Rsd, Cdd e Css; per il 2015 il processo di sviluppo proseguirà per le unità di offerta sociosanitarie per anziani, Rsa.

Sono stati raccolti e confrontati ed elaborati i dati al 31 dicembre 2013 che permettono di avere una rappresentazione precisa della situazione regionale e dei singoli territori.

- posti letto a contratto in Rsa 57.434

• posti letto autorizzati	61.893
• posti letto accreditati	59.702
• persone in lista di attesa	22.508
• posti letto ogni 10 abitanti ultra75 non autosufficienti	2,1
• Indice di saturazione p.l.	98,16%

Le Asl nelle quali l'offerta di posti letto contrattualizzati è inferiore al valore medio regionale e quindi mostrano un potenziale bisogno di aumento di offerta sono: Bergamo, Milano, Milano 1, Milano 2, Monza Brianza e Varese.

Dai dati del flusso SOSIA si conferma che è cresciuta l'utenza con bisogni complessi, mentre si è ridotta l'utenza con problemi di tipo lieve (classi SOSIA 7-8).

Con la partecipazione degli enti gestori e con il consenso della Regione, le Asl possono quindi promuovere degli accordi tra gestori della stessa tipologia di unità d'offerta, purché ubicate sul territorio della stessa ASL, finalizzati al miglioramento della rete d'offerta, alla migliore copertura assistenziale di tutti i distretti sociosanitari, alla intercettazione di bisogni assistenziali dei vari ambiti territoriali. Tali accordi territoriali si concretizzano nello spostamento, da parte di strutture accreditate e a contratto, di volumi contrattualizzati e dei relativi budget a strutture solo accreditate e senza incremento del budget complessivo a livello di ASL.

Accreditamento delle unità di offerta Sociosanitarie

L'accREDITAMENTO viene confermato come strumento per elevare il livello quali-quantitativo dell'offerta; è condizione essenziale, ma non sufficiente per la contrattualizzazione.

I gestori di unità di offerta solo autorizzate o abilitate possono nuovamente presentare istanza di accreditamento.

Programmazione sociale

Gli Accordi di Programma per l'attuazione dei Piani di Zona di durata triennale restano lo strumento di programmazione sociale negli Ambiti territoriali per realizzare l'integrazione con il sistema sociosanitario, evitando duplicazioni di interventi, e la razionalizzazione delle risorse professionali ed economiche.

(vedi Dgr 2941/2014).

Piano dei controlli

Particolare attenzione viene dedicata alla vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie.

Le Asl svolgono le funzioni di vigilanza attraverso attività di verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento, ma anche di verifica dell'appropriata erogazione delle prestazioni e della loro corretta rendicontazione.

Il Piano di vigilanza e controllo annuale costituisce lo strumento fondamentale a disposizione delle Asl per declinare le azioni che verranno perseguite.

Per il controllo dell'appropriatezza sono cruciali le informazioni contenute nel fascicolo sociosanitario assistenziale (FASAS) che deve contenere tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenziare il percorso clinico/terapeutico e assistenziale. I Piani di vigilanza e controllo devono prevedere l'esercizio dell'attività di controllo su almeno il 50% delle unità di offerta sui rispettivi territori. Nell'ambito delle strutture individuate deve essere garantito il controllo di appropriatezza sul 15% dei FASA relativi all'anno 2014.

La quota di controllo per l'ADI è determinata nel 10% dei FASAS anno 2014 e per le unità di offerta in regime ambulatoriali è determinata nel 5% dei FASAS anno 2014.

Per quanto riguarda le unità di offerta sociali la Asl dovranno garantire le verifiche sul 100% delle comunicazioni preventive e la vigilanza sul mantenimento dei requisiti almeno sul 50% delle unità di offerta.

Governo delle risorse in ambito ASSI

Nel 2015 viene avviato un percorso di revisione del modello di governo delle risorse in ambito sociosanitario che vedrà la progressiva implementazione del **sistema vendor rating**, per arrivare nel 2016 al superamento dell'attuale logica basata sul budget storico verso una nuova modalità basata sul concetto di acquisto di posti. Nel 2015 viene individuata come area di prima applicazione l'Unità di offerta Rsa.

Per i primi 6 mesi i budget per le Rsa vengono definiti provvisoriamente in base al 50% del budget storico; entro il 30 giugno 2015 le Asl assegnano il budget definitivo sulla base degli esiti della prima applicazione del sistema vendor rating.

Gli indicatori su cui si baserà, in una prima fase, il sistema vendor rating sono:

- minutaggio settimanale per ospite;
- mix professionale;
- retta media;
- saturazione media posti a contratto.

Ogni indicatore assegna alla struttura una classificazione parziale su 5 livelli (partendo dal basso C, B, A, AA, AAA) Il rating complessivo sarà dato dalla somma dei rating parziali.

Sulla base degli esiti degli indicatori, le strutture con rating B e C nella rideterminazione del budget annuale subiranno una riduzione del 2% e del 4% del budget storico.

I risparmi derivanti dalle riduzioni di cui sopra verranno ridistribuiti nella stessa Asl secondo le seguenti priorità:

- Rsa con rating AAA o AA ubicate nei territori che presentano un numero di posti letto inferiore alla media regionale;
- Rsa maggiormente virtuose nei territori che presentano indice di fabbisogno in linea con la media.

Nel 2015 è prevista una dotazione di risorse economiche aggiuntive da destinare ai territori carenti: Bergamo, Milano, Milano 1, Milano 2, Monza Brianza, Varese.

Gennaio 2015

A cura di Emilio Didonè e Pia Balzarini