

Regione Lombardia



**Evidenze e innovazioni del
Servizio Socio Sanitario Lombardo**

Milano, 28 Marzo 2014

IL CAMBIAMENTO DEL CONTESTO E LE REGOLE DI SISTEMA 2014

Nel corso dell'ultimo decennio molteplici sono stati i mutamenti registrati nella rete dei servizi sociosanitari.

- Le attività e la **spesa sociosanitaria** (ADI, semi-residenzialità, residenzialità) **sono significativamente aumentate** in questo arco temporale di 10 anni (fino al 52%)
- Gli utenti di servizi sociosanitari stanno diventando sempre più fragili e complessi, rispetto **all'elevata percentuale di persone affette da demenze presenti nelle RSA**
- **Il 30% dei pazienti lombardi è costituito da persone con patologie croniche** (es. diabete, ipertensione, etc): si tratta di 3 milioni di persone. Circa il **37% dei malati cronici è impropriamente ricoverato** in aree per acuti. La cronicità rappresenta un costo pari a quasi il 70% del Fondo Socio Sanitario appostato nel bilancio regionale. Del totale dei malati cronici, quasi il 10% è utente di servizi sociosanitari e sociali e il trend è in crescita, soprattutto alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione.
- Alle persone con patologia cronica, vanno aggiunte le **persone in condizione di cronicità sociosanitaria** (anziani non autosufficienti, disabili, dipendenze, etc), stimate in **circa 600.000**.

L'aumento dell'intensità e della tipologia dei "bisogni" che le persone e le famiglie manifestano produce un conseguente aumento della domanda, che, se non accompagnato da una revisione del sistema di offerta, pone problemi di sostenibilità economica del sistema ospedale – territorio



Con le **Regole di sistema 2014** continua il percorso avviato nei primi mesi della X Legislatura di **sviluppo ed evoluzione del sistema di welfare lombardo**, dando piena **attuazione ai provvedimenti già adottati** (tra cui il Fondo a favore della famiglia e delle sue componenti fragili), proseguendo nel **percorso di trasformazione della rete di offerta e di rafforzamento del sistema dei controlli ex ante ed ex post**

L'OFFERTA SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Offerta sociosanitaria

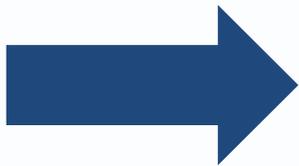
Offerta sociale

	Anziani	Disabili	Minori	Persone con dipendenze	Malati terminali
Residenziale	<p>648 RSA: 57.608 posti</p> <p>Post acuto: 38 progetti con 619 posti in sperimentazione</p> <p>27 Alloggio protetto anziani: 470 posti</p>	<p>84 RSD: 3.805 posti</p> <p>154 Alloggi per l'autonomia: 523 posti</p> <p>201 Com. alloggio: 1.739 posti</p>	<p>452 Comunità educative e familiari: 3.593 posti</p>	<p>136 Comunità: 2.595 posti</p>	<p>32 Hospice: 347 posti</p>
Semi residenziale	<p>275 CDI: 6.178 posti</p> <p>74 Centri diurni per anziani: 4.616 posti</p>	<p>156 CSS: 1.440 posti</p> <p>250 CDD: 6.342 posti</p> <p>178 CSE: 3.477 posti</p> <p>92 SFA: 2.168 posti</p>	<p>2.510 Servizi per l'infanzia (nidi, micronidi, etc.): 63.454 posti</p> <p>1.567 Servizi per i minori (CAG, etc): 151.426 posti</p>		
Riabilitaz.	<p>81 Strutture Riabilitazione sociosanitaria: 2.814 posti degenza piena, 139 posti DH, 1.236 posti diurno continuo, 1,3 milioni di trattamenti ambulatoriali, 230.000 trattamenti domiciliari</p>				
Servizi Domiciliari Ambulatoriali	<p>Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) : 96.178 utenti</p> <p>SAD: 22.068 utenti</p> <p>SADH: 4.353 utenti</p>			<p>ADM: 5.809 utenti</p>	<p>10 SMI 2.500 utenti e 62 SERT 27.719 utenti</p>

LO SCENARIO EVOLUTIVO

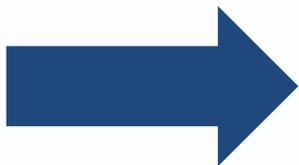
L'evoluzione del modello di governance della rete ospedaliera e territoriale:

- ▶ Completamento e piena definizione di **un modello a rete per l'assistenza ospedaliera**
- ▶ Consolidamento dello spostamento **dell'asse di cura dall'ospedale al territorio** e caratterizzato da prossimità, presa in carico e continuità delle cure



Favorire il **raccordo tra la rete ospedaliera e la rete territoriale**, sviluppando una **nuova modalità di presa in carico** delle patologie croniche integrata tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri

- ▶ La Regione Lombardia, nella X Legislatura, sta lavorando sia per **riadeguare l'attuale sistema di offerta** sia per **costruire progressivamente risposte innovative ai bisogni emergenti**, andando a **costituire il secondo pilastro del welfare lombardo**
- ▶ Le risposte innovative possono derivare dall'**attivazione di nuovi servizi o da riconversione/adequamenti di servizi esistenti**



I PILASTRI DEL NUOVO MODELLO DI WELFARE

- Orientamento ed accesso ai servizi
- Valutazione del bisogno ed appropriatezza
- Revisione della rete di offerta in risposta ai bisogni emergenti
- Integrazione sociale e sociosanitario

I PRINCIPI DEL MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

PROSSIMITA'

È necessario sviluppare un modello vicino alle persone ed alle famiglie, che **orienti e faciliti l'accesso ai servizi territoriali sanitari e sociosanitari**. Le proposte in fase di sperimentazione di centri unici per la famiglia e di sportello per il welfare intendono dare risposta a questo bisogno

PRESA IN CARICO

Il riferimento è alla valutazione multidimensionale del bisogno, strumento che garantisce **appropriatezza nell'accesso ai servizi territoriali**. La valutazione del bisogno deve essere unica per accedere all'assistenza sanitaria e sociosanitaria (ADI, accompagnamento, protesica, etc). La valutazione dovrà essere gestita attraverso equipe di valutazione multiprofessionale

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'obiettivo è facilitare la **ricomposizione dei servizi** che vanno a costituire il progetto individuale, definito in sede di valutazione multidimensionale

REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO

ANNO 2014 - DGR 1185/2013

Appropriatezza nell'accesso e sistema dei controlli

- ✓ Messa a sistema dei **modelli regionali di valutazione del bisogno**
- ✓ **Piano dei controlli** orientato alla chiarezza, trasparenza ed omogeneità
- ✓ Costituzione di un **nucleo regionale** con competenze in materia di controlli
- ✓ Introduzione di **indicatori** volti a premiare **comportamenti appropriati**

Integrazione sanitario, sociosanitario e sociale per la continuità assistenziale

- ✓ Identificazione di **ambiti prioritari di integrazione con la DG Salute** per garantire continuità assistenziale alle persone fragili: cronicità, demenze, doppia diagnosi, riabilitazione, neuropsichiatria infantile, rete cure palliative
- ✓ Rafforzamento degli **strumenti di integrazione sociale e sociosanitaria**: cabine di regia, valutazione bisogno, osservatori, sistema informativo

Semplificazione delle procedure amministrative

- ✓ **Semplificazione della contrattualizzazione** nel caso di **Ente Gestore unico**
- ✓ Modalità di **applicazione del Dlgs 231/2001**
- ✓ Procedure di **vigilanza e controllo**
- ✓ Introduzione degli **accordi territoriali** quale strumento di semplificazione nel processo di programmazione

Allargamento del sistema di offerta

- ✓ **Nuove contrattualizzazioni**, in particolare nell'area della **disabilità** e degli **hospice**
- ✓ **Rifinanziamento misure Fondo Famiglie Fragili**, arrivando ad uno stanziamento di **130 milioni di euro**

Evoluzione dei servizi

- ✓ Riordino della riabilitazione con creazione area «**cure intermedie**»
- ✓ Valutazione **esiti sperimentazioni** nuovi servizi ed eventuale messa a sistema (consultori, dipendenze, gioco d'azzardo patologico, riabilitazione minori)
- ✓ Revisione **sistema residenzialità** non autosufficienza per intensità assistenziale



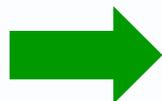
INTEGRAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA

La DGR 1185/2013 prevede diversi ambiti di integrazione sanitaria e sociosanitaria, finalizzati a creare una concreta integrazione delle risorse, umane e finanziarie, tra cui i seguenti riferiti alla non autosufficienza

La presa in carico della cronicità sociosanitaria

L'obiettivo è di giungere ad un **modello "sistemico"**, che **integri** tra loro tutte le **fasi del percorso della persona** affetta da condizioni croniche attraverso la costruzione di Piani di assistenza individuali che ricompongano la risposta sanitaria e sociosanitaria

Costituzione di un gruppo di lavoro tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato



Piano Strategico pluriennale per affrontare la cronicità in una logica di programmazione unica ed integrata

Prendersi cura delle demenze

In Lombardia si stimano **200.000 persone affette da demenza**. Le RSA oggi sono caratterizzate da una **progressiva complicanza dell'utenza**. Obiettivo è l'avvio di un **percorso strutturato** per una presa in carico globale della persona affetta da demenza e della sua famiglia



Costituzione di un Gruppo di Lavoro integrato che definirà un Piano d'Azione Regionale per le Demenze



INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

La cabina di regia: istituita con DGR 326/2013 tra ASL e Comuni. Le ASL nel 2014 invieranno report semestrale sul funzionamento, in modo da permettere alla Regione di dare indicazioni sulla composizione e sul funzionamento

La valutazione multidimensionale del bisogno: viene adottata la scala VAOR in ambito non autosufficienza, viene definito un modello basato sull'ICF da sperimentare per la disabilità, viene adottato il modello integrato per le dipendenze da sostanze, vengono sperimentate alcune scale per la dipendenza da gioco d'azzardo

I costi standard: strumento per la revisione del sistema di tariffe e compartecipazione (rispetto dei LEA) e dei requisiti di accreditamento in un'ottica di intensità assistenziale

Semplificazione: rispetto alle procedure di accreditamento ed alla vigilanza e controllo

Sistema informativo: avvio allo sviluppo di una piattaforma informatica per la valutazione del bisogno, integrata nel SISS. Cooperazione applicativa con i sistemi informativi di ASL e INPS

Formazione e Ricerca: favorire la formazione degli operatori attorno ai nuovi bisogni emergenti e favorire la ricerca di modelli di welfare innovativi per dare risposte appropriate e sostenibili ai bisogni della popolazione



I FONDI A SOSTENGO DELLE FRAGILITA'

IL FONDO REGIONALE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI

L'obiettivo è sostenere le persone fragili che non accedono alla rete d'offerta sociosanitaria o che ricevono risposte frammentarie rispetto ai bisogni espressi

Il Fondo viene istituito nel maggio 2013 con la DGR 116/2013. Sono state identificate **4 categorie di destinatari** degli interventi: persone con **gravi disabilità**, con particolare riferimento ai minori, persone **anziane fragili e non autosufficienti**, persone **affette da ludopatia**, persone **vittime di violenza** con particolare riferimento ai minori e alle donne

Con la **DGR n° 856/2013** viene approvato il **primo provvedimento attuativo della DGR n°116/2013**. La **Delibera**, con le risorse destinate pari a **50 milioni di euro**, risponde ai bisogni di circa **15.000 persone**.

Il Fondo è stato rifinanziato nel 2014 con ulteriori 80 milioni per un valore complessivo di 130 mil.

IL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZE

La **DGR 740/2013** individua le modalità di gestione del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, che prevede risorse complessive pari **€ 41.552.500** di cui:

- **Buono mensile di € 1.000** per l'acquisto di prestazioni di o la fornitura diretta delle stesse da parte di familiari o assistenti personali a favore delle persone con gravissima disabilità (**misura 1**)
- Buono mensile fino ad un **importo massimo mensile di € 800** per l'acquisto di prestazioni di assistenza o la fornitura diretta delle stesse da parte di familiari o assistenti personali, con riferimento anche alla formulazione di progetti per la vita indipendente realizzata con l'ausilio di assistenti personali (**misura 2**)
- **Voucher mensile**: per l'acquisto di servizi complementari all'assistenza domiciliare o contributi sociali per periodi di sollievo (**misura 2**)



REVISIONE DELLA FILIERA DEI SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Residenzialità
leggera

Gli interventi miravano a fornire periodo di **solievo alla famiglia**, offrendo anche l'opportunità di trascorrere periodi di vacanza, **garantendo la necessaria «protezione»**. Le sperimentazioni in corso ai sensi della 499/2013 termineranno, ma le attività potranno **proseguire ai sensi della 856/2013**

RSA / RSD
aperta

Flessibilizzazione della RSA per una presa in carico integrata della persona, in una logica multiservizi, interventi di sostegno alla domiciliarità, erogabili sia all'interno della struttura, sia presso l'abitazione della persona in ottica di mantenimento e miglioramento del benessere. La prima applicazione è stata sulle persone affette da demenza

Post acuta

Si procederà alla **definizione del modello di assistenza, di classificazione degli utenti, dei requisiti di accreditamento e del sistema di remunerazione** nell'ambito del post acuto, attraverso una valutazione congiunta con la DG Salute, considerando la creazione dell'area delle cure intermedie. Le **sperimentazioni potranno continuare a garantire le prestazioni necessarie** all'utenza attraverso il rifinanziamento delle stesse

Cure
intermedie

Definizione di una **nuova rete di offerta denominata Cure intermedie**, per dare **risposta appropriata** al bisogno di **persone prevalentemente anziane, caratterizzate da una condizione di bisogno complesso** per presenza di un **quadro clinico di comorbidità associato ad un quadro di complessità socio assistenziale**

