



Proposta n. 288 / 2024

PUNTO 37 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 13/03/2024

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 24 / CR del 13/03/2024

OGGETTO:

Attivazione della sperimentazione per il finanziamento a budget delle presenze degli enti gestori dei centri di servizio per persone di norma anziane non autosufficienti e valorizzazione del case mix. DGR n. 996/2022. Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare. Art. 5 co. 1 LR 30/2009.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Francesco Calzavara	Assente
	Federico Caner	Assente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elena Donazzan	Presente
Segretario verbalizzante	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Lorenzo Traina	Presente

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Attivazione della sperimentazione per il finanziamento a budget delle presenze degli enti gestori dei centri di servizio per persone di norma anziane non autosufficienti e valorizzazione del case mix. DGR n. 996/2022. Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare. Art. 5 co. 1 LR 30/2009.

Il relatore riferisce quanto segue.

Il Piano socio sanitario regionale 2019-2023 (LR del 28 dicembre 2018, n. 48), al fine di garantire l'erogazione dei LEA riferiti alla residenzialità extraospedaliera per persone di norma anziane non autosufficienti, riconosce come elementi fondanti la strategia regionale di sviluppo del sistema dei servizi:

- il principio di libera scelta del cittadino con riguardo al Centro di Servizi per anziani non autosufficienti accreditato e contrattualizzato con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) maggiormente rispondente alle proprie esigenze;
- la pluralità dell'offerta secondo articolazioni compatibili con una sostenibilità economica;
- il miglioramento dei parametri di accessibilità per ambito territoriale;
- l'introduzione di meccanismi budgetari per singolo Centro di Servizi o per loro aggregazioni/reti strutturate, opportunamente modulati anche rispetto alle esigenze degli assistiti.

La DGR n. 996 del 9 agosto 2022 di aggiornamento della programmazione del Fondo regionale della non autosufficienza (FRNA) riferita all'area anziani ha avviato, in linea con le indicazioni del Piano, un processo di profonda revisione dell'intero sistema della residenzialità extra-ospedaliera intervenendo, in prima battuta e prioritariamente, nella ri-determinazione del fabbisogno di posti di residenzialità e definendo una quota sanitaria unica del valore di euro 52,00 corrispondente ad un unico livello assistenziale con conseguente parificazione omogenea degli standard assistenziali (DGR n. 1720 del 30 dicembre 2022) in favore di una graduatoria unica. Tale cambiamento è stato stabilito sulla base dell'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza del disturbo neurodegenerativo quale prima patologia presente nelle persone ospitate nei Centri di Servizi per persone non autosufficienti. Il provvedimento a garanzia della sostenibilità del sistema dispone inoltre un incremento programmato del numero di Impegnative di Residenzialità (IdR), nel rispetto delle risorse assegnate annualmente alla residenzialità anziani, con l'obiettivo di addivenire ad un livello medio di 87 impegnative ogni 100 posti di fabbisogno. Lo stesso provvedimento, infine, individua ulteriori ambiti di implementazione del processo di riforma avviato rimandando alla costituzione di un Tavolo Interistituzionale la formulazione di una proposta operativa di attuazione.

Con DGR n. 158 del 24 febbraio 2023 è stato costituito il previsto Tavolo Interistituzionale composto dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, dal Direttore della Direzione regionale dei Servizi Sociali, dal Direttore dell'Unità Organizzativa Non Autosufficienza della Direzione regionale dei Servizi Sociali, dai Direttori dei Servizi Socio-Sanitari delle Aziende ULSS, da n. 21 rappresentanti dei Comuni con designazione fatta dai Comitati dei sindaci di cui alla LR n. 19/2016 e da n. 5 rappresentanti degli enti gestori dei servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti (URIPA, UNEBA, AISAP, Legacoop e Confcooperative). Il Tavolo è stato nominato con decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 68/2023 e si è insediato nella prima riunione del 20 giugno 2023 individuando quali ambiti prioritari di intervento tra quelli contemplati dalla DGR n. 996/2022:

- la definizione di criteri per la valorizzazione del case mix con ideazione di incentivi finalizzati a sostenere e premiare gli enti gestori in grado di assistere persone non autosufficienti con profilo di maggior gravità;
- l'introduzione della budgetizzazione delle presenze (DGR n. 1438/2017 allegato B art. 3 e DGR n. 2207/2017);
- l'aggiornamento e revisione degli standard assistenziali di cui alla DGR n. 84/2007 e successiva DGR n. 1720/2022.



I successivi incontri tenutisi nelle date del 19 luglio 2023, 5 settembre 2023 e 25 ottobre 2023 attraverso l'impiego della metodologia del *consensus method* con il supporto dell'Università Ca' Foscari hanno permesso di gestire in maniera strutturata l'interazione tra i componenti del Tavolo garantendo l'individuazione condivisa di proposte per la definizione del *case mix* assistenziale dei Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti e per l'introduzione del finanziamento a *budget* degli enti gestori dei Centri. La metodologia di lavoro ha favorito in una prima fase la valorizzazione dei contributi forniti singolarmente da ciascun *stakeholder* i quali sono stati successivamente oggetto di una valutazione collettiva che ha permesso di individuare, in maniera condivisa, le direttrici prioritarie di intervento avvalendosi anche di un supporto tecnico da parte di esperti i quali sono stati nominati con nota del Direttore dell'Area Sanità e Sociale prot. reg. n. 558400 del 13 ottobre 2023.

In data 27 novembre 2023 il Tavolo Interistituzionale ha confermato la definizione del *case mix* nelle seguenti tre aree di complessità determinate sulla base del carico assistenziale (a partire dai profili SVaMa di cui alla DGR n. 1133/2008):

- Area 1 - Fabbisogno Socio Sanitario - (correlata ai profili SVaMa 1, 2, 3, 4, 6);
- Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario - (correlata ai profili SVaMa 5, 9, 11, 12, 13, 14);
- Area 3 - Disturbi Comportamentali - (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17).

Per dare corpo all'attivazione del *case mix*, il Tavolo nell'incontro del 5 febbraio 2024 ha valutato positivamente l'introduzione della logica del *budget* come strumento idoneo, da un lato, a confermare l'impegnativa unica di cui alla DGR n. 996/2022 e, dall'altro, a superare alcune delle criticità emerse in sede di applicazione del sistema a valore unico della quota sanitaria ovvero:

- il vincolo per tutti ad accogliere gli idonei alla chiamata da graduatoria unica in base alla gravità che porta i casi più gravi anche in *setting* assistenziali meno strutturati;
- il vincolo di gestione dell'organizzazione in maniera imprevedibile ma progressivamente sbilanciata sulla complessità che la gravità dei casi in entrata comporta;
- la difficoltà a investire in modelli innovativi a fronte dell'aleatorietà delle risorse e del livello di saturazione dei posti accreditati.

L'introduzione del *case mix* secondo il modello sperimentale validato dal Tavolo nell'incontro del 5 febbraio 2024, a conferma della crescente rilevanza riconosciuta alla presenza di persone affette da problemi di declino cognitivo nei Centri di Servizi, così come maggiormente specificato nell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, prevede che la complessità assistenziale associata alla patologia neurodegenerativa con disturbi comportamentali (Area 3 - Disturbi comportamentali) venga ad essere gestita attraverso una logica di *budget* negoziato con gli enti gestori correlata al *case mix* concordato precedentemente tra Azienda ULSS ed ente gestore nell'ambito dei posti accreditati. Tale modello, introdotto in una logica sperimentale triennale, funzionale ad una sua valutazione prima della messa a regime, valevole per gli anni 2024 - 2025 - 2026, stabilisce l'erogazione di un incentivo finalizzato a sostenere e premiare gli enti in grado di assistere persone non autosufficienti con profilo di maggior gravità e può beneficiare di una contemporanea applicazione della metodica di *budget* alle seguenti condizioni:

1. la remunerazione degli enti gestori dei Centri di Servizi avviene in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. 996/2022, confermando il valore di 52,00 euro pro die pro capite per le IdR e di 30,00 euro per le quote sanitarie di accesso (QSA) ex DGR n. 1304/2020;
2. l'introduzione del *case mix* determinerà un maggiore riconoscimento pari al 110% del valore della IdR a condizione che le presenze annuali correlate alla complessità assistenziale associata alla demenza (Area 3 - Disturbi Comportamentali) rispetto al totale complessivo delle presenze prodotte dall'ente gestore di Centri di Servizi sia ricompreso tra il 25% ed il 75% per quegli enti che assistano almeno 10 utenti equivalenti anno;
3. a partire dal 1 gennaio 2024 il sistema di remunerazione sarà determinato secondo la seguente formula: (giornate di presenza annue complessive * 52,00 euro pro die * percentuale di *case mix* Area 1 + Area 2 + Area 3 limitatamente alle giornate >75%) + (giornate di presenza annue



- complessive * 52,00 euro pro die * 110% * percentuale di *case mix* Area 3 compreso tra 25%-75%) + (giornate di presenza annue complessive QSA * 30,00 euro pro die);
4. la negoziazione del *budget* complessivo con sottoscrizione dell'addendum all'accordo contrattuale **Allegato C**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, avverrà dall'1 gennaio 2025;
 5. per gli utenti di II livello ancora presenti all'interno dei Centri di Servizi resta confermato il trattamento economico riconosciuto dalla DGR n. 996/2022 fino a cessazione.

L'introduzione dello strumento del finanziamento a *budget* per ente gestore dei singoli Centri di Servizi, collegato all'introduzione del *case mix* assistenziale, rappresenta la modalità operativa attraverso la quale la Regione, dando preventivamente certezza delle risorse a disposizione, intende garantire la sostenibilità economica necessaria alla programmazione di un sistema di offerta adeguato a rispondere alla rinnovata domanda di residenzialità. Inoltre, il nuovo modello garantisce una programmazione tempestiva di investimenti funzionale all'ulteriore qualificazione dei servizi offerti anche in un'ottica di innovazione degli stessi. L'accesso ai Centri di Servizi avviene sulla base delle priorità declinate dalla DGR n. 996/2022, nei limiti del *budget* assegnato agli enti gestori dei Centri in relazione al *case mix* predeterminato. L'introduzione del *budget* avviene nel rispetto del principio di continuità della presa in carico della persona non autosufficiente.

L'applicazione delle risultanze del lavoro del Tavolo Interistituzionale presuppone una trasformazione dell'attuale modello di accesso, funzionamento e remunerazione dei servizi residenziali accreditati per anziani di norma non autosufficienti attualmente disciplinato dalle DGR n. 464/2006, n. 394/2007 e n. 2243/2013. L'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Modello di sperimentazione triennale del finanziamento a *budget* degli enti gestori dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti con valorizzazione del *case mix* assistenziale" riporta nel dettaglio i contenuti della sperimentazione con decorrenza 1 gennaio 2024. Il percorso di sperimentazione è soggetto a monitoraggio e valutazione multilivello.

Per l'anno 2024 la sperimentazione prevede che la remunerazione agli enti gestori dei Centri di Servizi da parte delle Aziende ULSS venga determinata secondo la formula indicata al precedente punto 3 (con riferimento alle condizioni sopra elencate). Le Aziende ULSS individueranno gli enti gestori nell'ambito dei posti letto accreditati in possesso delle condizioni previste dalla presente sperimentazione. Tale sistema dal 1 gennaio 2025 sarà preceduto anche dalla preventiva sottoscrizione del *budget* da parte delle Aziende ULSS con gli enti gestori.

Con il presente provvedimento, al fine di finanziare il nuovo modello sperimentale conseguente ai lavori del Tavolo Interistituzionale, si approva l'attribuzione alle Aziende ULSS delle risorse finanziarie, a valere sul capitolo di spesa U101176 "Spesa sanitaria concorrente per il finanziamento dei LEA - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza - Trasferimenti correnti (LR 18/12/2009 n. 30, art. 20, lett.c.1, punto B, lett. a) del D.Lgs 23/6/2011, n. 118)". Tali risorse sono aggiuntive rispetto a quelle previste dalla DGR n. 1558/2023 ed a quelle che verranno assegnate con i successivi provvedimenti annuali di programmazione dell'FRNA e sono pari a euro 20.000.000,00 per ciascuno degli anni 2024 - 2025 - 2026 come da **Allegato B**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. L'attribuzione è definita sulla base del *case mix* garantito dagli enti gestori del territorio della Regione Veneto nell'anno 2023 in corrispondenza dei parametri previsti dal presente provvedimento. Tali risorse concorrono con quelle assegnate con DGR n. 1558/2023 e successivi provvedimenti al finanziamento dei tre anni di sperimentazione. L'incentivo contemplato dalla sperimentazione e validato dal Tavolo Interistituzionale in data 5 febbraio 2024 è supplementare rispetto al sistema di remunerazione dei Centri di Servizi disciplinato dalla DGR n. 996/2022.

La sperimentazione, attraverso la definizione dei *budget*, sarà formalizzata mediante una integrazione degli accordi contrattuali stipulati ai sensi della DGR n. 1231/2018, da sottoscrivere da parte del Direttore Generale dell'Azienda ULSS e del Legale Rappresentante dell'ente gestore del Centro di Servizi secondo lo schema **Allegato C** che dia evidenza dell'ente gestore del Centro di Servizi, delle Unità di Offerta del Centro di Servizi, dei posti accreditati, dei posti letto accreditati occupati dai paganti in proprio al 31 dicembre dell'anno precedente, del *budget* di giornate di assistenza, della saturazione dei posti letto accreditati riferita all'anno di riferimento e ai due anni precedenti, del *case mix* nonché del numero di QSA.



Per i Centri di Servizi che acquisiranno l'accreditamento nel corso della sperimentazione, fermi restando tutti i principi vigenti e richiamati dalla DGR n. 1231/2018, si conferma la responsabilità in capo all'ULSS di gestire il *budget* assegnato secondo le tempistiche previste dall'**Allegato A**.

La sperimentazione prevede che, così come discusso e validato dal Tavolo Interistituzionale nella seduta del 5 febbraio 2024, le Unità di Offerta "Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer" (SAPA) disciplinate dalla DGR n. 2208/2001 a far data dal 1 gennaio 2025 siano convertite in Unità di Offerta a quota unica per anziani non autosufficienti di cui alla DGR n. 996/2022 di pari capacità ricettiva, anche in deroga al numero massimo di 120 posti letto. Gli enti gestori titolari della funzione provvedono ad adeguarsi ai nuovi *standard* di cui al presente provvedimento entro il 1 gennaio 2025 e, con l'Azienda ULSS di riferimento, ad aggiornare i relativi accordi contrattuali in essere. Per effetto della menzionata trasformazione agli ospiti inseriti in Unità di Offerta *ex* SAPA non saranno più corrisposte IdR del valore di 92,00 euro/die ma, bensì, del valore di 52,00 euro/die.

Il Tavolo Interistituzionale ha confermato in data 5 febbraio 2024 che per l'intera durata della sperimentazione, a fronte dell'incentivo riconosciuto, il requisito funzionale di area socio sanitaria dello standard di cui alla DGR n. 1720/2022 relativo alle Unità di Offerta dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti (CS-PNA - au - 1.1), venga rideterminato nei termini esposti nell'**Allegato D**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in ragione del carico assistenziale correlato al *case mix* sostenuto dall'ente per la gestione delle Unità di Offerta, qualora lo stesso rientri nei parametri precedentemente definiti.

E' stato acquisito, in relazione a tale modifica dello standard, nella seduta del 4 marzo 2024, il parere favorevole dell'organismo tecnico-consultivo previsto dall'art. 10 della LR del 16 agosto 2002, n. 22 ed è stato acquisito altresì, per quanto concerne il contenuto del presente provvedimento, nella seduta del 11 marzo 2024, il parere favorevole della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria previsto dall'articolo 113 della LR del 13 aprile 2001, n. 11.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il D.lgs n. 502/1992;

VISTO il DPCM del 12 gennaio 2017;

VISTA la LR n. 22/2002;

VISTO l'articolo 5, comma 1 della legge regionale n. 30/2009;

VISTA la LR n. 48/2018;

VISTA la LR n. 32/2023 bilancio di previsione regionale 2024-2026;

VISTO il Decreto Sgp n. 25 del 29/12/2023 Bilancio finanziario gestionale 2024-2026;

VISTA la DGR n. 2208/2001;

VISTA la DGR n. 38/2006;

VISTE la DGR n. 84/2007, la DGR n. 456/2007 e la DGR n. 2646/2007;

VISTA la DGR n. 1133/2008;

VISTA la DGR n. 1673/2010;

VISTA la DGR n. 2961/2012;

VISTE la DGR n. 1438/2017 e la DGR n. 2207/2017;

VISTA la DGR n. 1231/2018;

VISTE la DGR n. 996/2022 e la DGR n. 1720/2022;

VISTE la DGR n. 158/2023 e la DGR n. 1558/2023;



DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto del nuovo modello sperimentale del finanziamento a *budget* degli enti gestori dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti con valorizzazione del *case mix* assistenziale (triennalità 2024 - 2025 - 2026), presentato, discusso e validato dal Tavolo Interistituzionale nelle sedute del 27 novembre 2023 e del 5 febbraio 2024;
3. di approvare l'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante "Modello di sperimentazione triennale del finanziamento a *budget* degli enti gestori dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti con valorizzazione del *case mix* assistenziale", definito sulla base delle risultanze dei lavori del Tavolo Interistituzionale di cui alla DGR n. 158/2023;
4. di attribuire alle Aziende ULSS le risorse finanziarie aggiuntive ed integrative, pari a euro 20.000.000,00 per ciascuno degli anni 2024 - 2025 - 2026, rispetto a quelle previste dalla DGR n. 1558/2023 a valere sul capitolo di spesa U101176 "Spesa sanitaria concorrente per il finanziamento dei LEA - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza - Trasferimenti correnti (LR 18/12/2009 n. 30, art. 20, lett.c.1, punto B, lett. a) del D.Lgs 23/6/2011, n. 118)", come da **Allegato B**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
5. di approvare l'**Allegato C**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Appendice all'accordo contrattuale stipulato ai sensi della DGR n. 1231/2018 - *budget* di presenze e *case mix*" che dovrà essere sottoscritto tra l'Azienda ULSS e l'ente gestore;
6. di dare atto che la Direzione Servizi Sociali, a cui è stato assegnato il capitolo di cui al punto 4., ha attestato che il medesimo presenta sufficiente capienza;
7. di approvare l'**Allegato D** "Modifica del requisito CS-PNA - au - 1.1 - area socio-sanitaria di cui alla DGR n. 1720/2022" quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che aggiorna il requisito funzionale di area socio sanitaria dello standard di cui alla DGR n. 1720/2022 relativo alle Unità di Offerta dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti (CS-PNA - au - 1.1), in ragione del carico assistenziale correlato al *case mix* sostenuto dall'ente per la gestione delle Unità di Offerta, qualora lo stesso rientri nei parametri definiti al successivo punto 8;
8. di disporre che a partire dal 1 gennaio 2024 il sistema di remunerazione sarà determinato secondo la seguente formula:(giornate di presenza annue complessive * 52,00 euro pro die * percentuale di *case mix* Area 1 + Area 2 + Area 3 limitatamente alle giornate >75%) + (giornate di presenza annue complessive * 52,00 euro pro die * 110% * percentuale di *case mix* Area 3 compreso tra 25%-75%) + (giornate di presenza annue complessive QSA * 30,00 euro pro die);
9. di disporre che a far data dal 1 gennaio 2025 le Unità di Offerta "Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer" (SAPA) disciplinate dalla DGR n. 2208/2001, siano convertite in Unità di Offerta a quota unica per anziani non autosufficienti di cui alla DGR n. 996/2022 di pari capacità ricettiva, anche in deroga al numero massimo di 120 posti letto, e contestualmente che gli enti gestori titolari della funzione provvedano ad adeguarsi ai nuovi standard di cui al presente provvedimento;
10. di demandare al Direttore dell'U.O. Non Autosufficienza delle persone anziane della Direzione Servizi Sociali l'adozione di tutti gli atti necessari all'attuazione della sperimentazione nell'ambito della cornice normativa di cui al presente provvedimento;
11. di incaricare la Direzione Servizi Sociali dell'esecuzione del presente provvedimento;
12. di incaricare la Segreteria della Giunta della trasmissione della presente deliberazione al Consiglio regionale per l'acquisizione del parere da parte della competente Commissione consiliare previsto dall'art. 5 co. 1 della legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta regionale
f.to - Dott. Lorenzo Traina -







Modello di sperimentazione triennale del finanziamento a budget degli enti gestori dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti con valorizzazione del case mix assistenziale

Premessa

Il rinnovamento nella continuità del modello veneto della residenzialità socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti viene introdotto con una logica sperimentale e sarà conseguentemente oggetto di valutazione al termine del triennio di riferimento (2024-2026).

Il nuovo sistema si inserisce in modo coerente nel consolidato modello veneto della residenzialità socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti, recentemente innovato con la DGR n. 996/2022 e successivi provvedimenti attuativi. Le variabili strategiche del sistema sono rappresentate da:

- il principio di libera scelta del cittadino con riguardo al Centro di Servizi per anziani non autosufficienti accreditato e contrattualizzato con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) maggiormente rispondente alle proprie esigenze (in termini di bisogno assistenziale e compatibilità con le proprie condizioni economiche);
- il criterio di accesso alle prestazioni residenziali che assicura priorità alla gravità, valutata dall'UVMD secondo lo strumento della SVaMA, nell'emissione della Impegnativa di Residenzialità (IdR);
- il Registro Unico della Residenzialità (RUR);
- il rispetto dei requisiti e degli standard previsti dalla vigente disciplina attuativa della LR n. 22/2002;
- le dinamiche concorrenziali tra gli enti della rete di offerta accreditati e contrattualizzati favorevoli livelli di servizio ulteriori rispetto agli standard minimi di legge, razionalizzazioni nei costi di gestione e soluzioni assistenziali innovative anche integrate nella rete dei servizi territoriali.

In particolare, nell'ambito del più ampio disegno programmatico prospettato dalla menzionata DGR n. 996/2022, attraverso il presente documento si intendono definire le modalità di sperimentazione per il triennio 2024-2026 di un intervento finalizzato a dare riscontro all'esigenza di:

1. valorizzazione del case mix assistenziale con l'introduzione di adeguate modalità di sostegno agli enti gestori in grado di assistere persone non autosufficienti con profilo di maggior gravità;
2. introduzione del finanziamento a budget dei Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti con formalizzazione dall'01/01/2025.

1. Introduzione del case mix assistenziale

In esito al lavoro del Tavolo Interistituzionale per l'area anziani non autosufficienti contemplato dalla menzionata DGR n. 996/2022, costituito con DGR n. 158/2023 e nominato con decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 68/2023, è stata confermata l'indicazione di procedere all'introduzione del case mix assistenziale attraverso la definizione di 3 livelli di complessità determinati sulla base del carico assistenziale correlato ai profili SVaMA di cui alla DGR n. 1133/2008.

Il case mix di cui alla presente sperimentazione è articolato su 3 livelli caratterizzati da un crescente carico assistenziale:



- Area 1 - Fabbisogno Socio Sanitario (correlata ai profili SVaMA 1, 2, 3, 4, 6);
- Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario (correlata ai profili SVaMA 5, 9, 11, 12, 13, 14);
- Area 3 - Disturbi Comportamentali (correlata ai profili SVaMA 7, 8, 15, 16, 17).

La definizione delle tre aree rappresenta una interpretazione coerente con la definizione dei profili SVaMA ed è risultata compatibile con le analisi condotte dalla Regione Veneto sul carico assistenziale di un campione significativo di utenti dei Centri di Servizi residenziali attraverso lo studio di Synergia realizzato nel 2007 e, in termini più generali, con evidenze empiriche di studi e ricerche che concordano sulla maggiore complessità assistenziale associata alla patologia neurodegenerativa con disturbi comportamentali.

A conferma della crescente rilevanza riconosciuta alla presenza di persone affette da problemi di declino cognitivo all'interno delle strutture residenziali per anziani si segnala anche che nell'ambito del Decreto ministeriale avente ad oggetto "Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 marzo 2022 (parte prima, anno 163, numero 75), è stato assegnato all'Istituto superiore di sanità (ISS) il compito di procedere con "l'aggiornamento della mappa dei servizi dedicati alla diagnosi e alla presa in carico delle persone con demenza". A tal fine l'ISS ha condotto tre survey sui servizi dedicati alle demenze in Italia rispettivamente dedicate a Centri per il Disturbi Cognitivi e Demenze, RSA e centri diurni, che hanno consentito di fotografare la diffusione del fenomeno attraverso la presenza di una rete di offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale nell'ambito di ciascuna regione per gli aspetti organizzativi e di gestione dei bisogni delle persone con demenze.

Per far fronte all'incremento dei bisogni assistenziali delle persone con patologie neurodegenerative e disturbi comportamentali, lo stesso Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, nel quadro del più ampio disegno di potenziamento della rete dei servizi per le demenze, prefigura la prospettiva di una equiparazione fra le unità di offerta "Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer" (SAPA) disciplinate dalla DGR n. 2208/2001 e i nuclei dedicati alle demenze all'interno dei Centri di Servizi.

Inoltre i dati sull'utenza dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti rilevati nel 2023 attraverso il flusso FAR (DGR n. 2961/2012) evidenziano quanto segue:

- i profili caratterizzati da condizioni di autonomia sono oggi diventati minoritari (meno del 5%);
- la complessità legata alle condizioni di dipendenza trova elementi fortemente differenziati in grado di riconoscersi negli attuali standard assistenziali ed economici;
- il case mix attuale registra l'effetto dell'unificazione delle liste di attesa determinato dalla DGR n. 996/2022 ed enfatizza i profili legati alla demenza che sono prevalenti;
- i 3 livelli di complessità assistenziale sopra riportati sono presenti, seppure in maniera diversificata, nell'utenza di larga parte degli enti gestori dei Centri di Servizi su tutto il territorio regionale (vd. Figura 1).



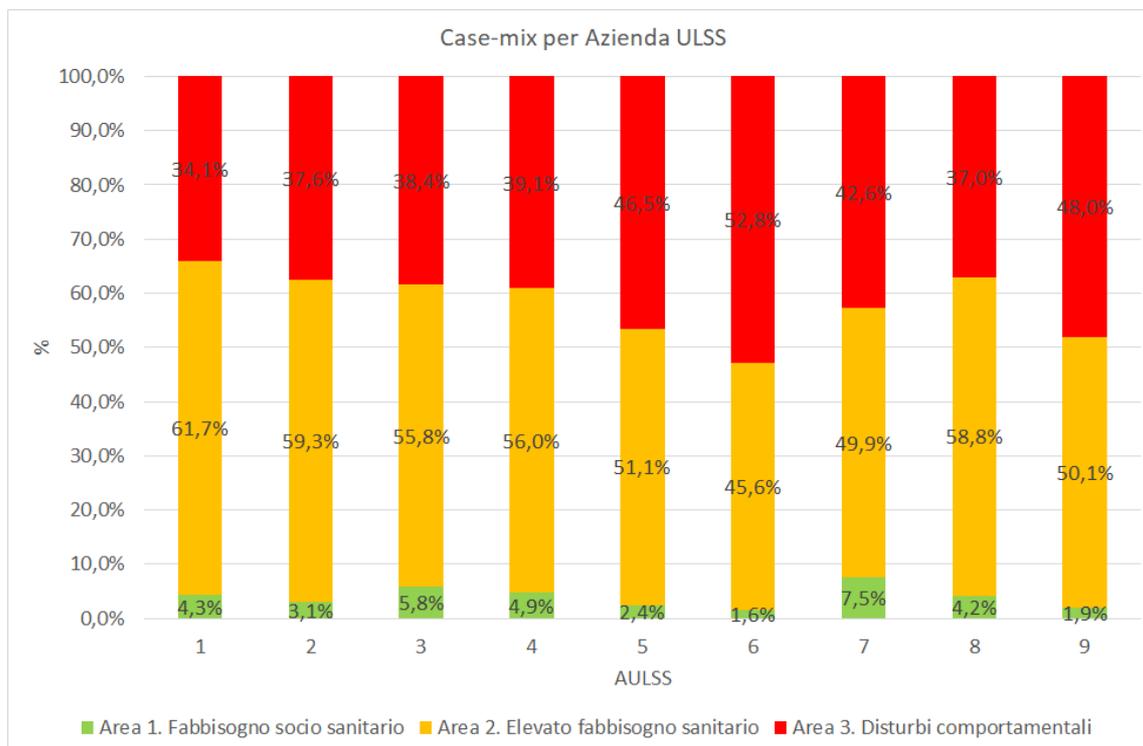


Figura 1. Case mix 2023 per Azienda ULSS (Fonte: Flusso FAR; stima su dati a novembre 2023)

L'introduzione del case mix assistenziale è strettamente collegata alla necessità di superare il concetto della remunerazione sulla base delle giornate di presenza attraverso l'introduzione di un meccanismo di finanziamento a budget dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti. Tale strumento, infatti, risulta essere idoneo, da un lato, a confermare l'Impegnativa unica introdotta dalla DGR n. 996/2022 e, dall'altro, a superare alcune delle criticità emerse in sede di applicazione del sistema a valore unico della quota sanitaria ovvero:

- il vincolo per tutti ad accogliere gli idonei alla chiamata da graduatoria unica in base alla gravità che porta i casi più gravi anche in setting assistenziali meno strutturati;
- il vincolo di gestione dell'organizzazione in maniera imprevedibile ma progressivamente sbilanciata sulla complessità che la gravità dei casi in entrata comporta;
- la difficoltà a investire in modelli innovativi a fronte dell'aleatorietà delle risorse e del livello di saturazione dei posti accreditati.

In tale articolazione, la complessità assistenziale associata alla patologia neurodegenerativa con disturbi comportamentali (Area 3 - Disturbi Comportamentali) viene ad essere gestita attraverso una logica di budget negoziato con gli enti gestori correlata al case mix precedentemente concordato tra Azienda ULSS e ente gestore nell'ambito dei posti accreditati come meglio descritto nella sezione successiva.

2. Introduzione del finanziamento a budget dei Centri di Servizi

L'introduzione di meccanismi budgetari per Centri di Servizi è stata prefigurata da ultimo dal PSSR 2019-2023 (LR 48/2018) in diversi passaggi tra i quali risultano rilevanti i seguenti:



- “le strutture per i servizi socio-sanitari si trovano ad operare in un regime concorrenziale in cui sia la quota alberghiera, sia il livello di qualità percepita dagli assistiti e/o dai loro familiari costituiscono parametri fondamentali di attrazione, mentre la possibilità di investire su di essi dipende, a parità di altre condizioni, anche dalla struttura dei costi “istituzionali” che caratterizzano le diverse tipologie di soggetti.”
- “sono da valutare modalità atte a rafforzare l’effettività del principio di libera scelta del luogo di cura contemperandolo con l’esigenza di assicurare che la pluralità dell’offerta si configuri secondo articolazioni su strutture/centri di costo aventi dimensioni compatibili rispetto alla sostenibilità economica, quale premessa necessaria per l’operatività di sistemi efficienti e di qualità e sicurezza del servizio e delle prestazioni e, nel contempo, migliorare i parametri di accessibilità per macro ambiti territoriali.”
- “per tale finalità la strategia regionale prevede l’introduzione di meccanismi budgetari per singolo Centro di Servizi o per loro aggregazioni/reti strutturate, opportunamente modulati anche rispetto alle esigenze degli assistiti che eserciteranno la libera scelta all’interno del budget, al fine di garantire l’erogazione dei LEA per i non autosufficienti”.

La metodica del budget è uno strumento fondamentale di programmazione per qualsiasi ente/organizzazione in quanto permette di avere certezza delle risorse a disposizione e facilita, conseguentemente, la definizione degli obiettivi e delle azioni necessarie per raggiungerli. I meccanismi budgetari di finanziamento consentono, inoltre, una più tempestiva previsione delle potenziali criticità favorendo una precoce identificazione delle strategie atte a contrastarle. Da ultimo, i meccanismi budgetari favoriscono anche le attività di controllo e di gestione dell’ente/organizzazione.

L’introduzione dello strumento del finanziamento a budget per singolo Centro di Servizi o per loro aggregazioni (es. ente gestore), collegata all’introduzione del case mix assistenziale, rappresenta quindi la modalità operativa attraverso la quale la Regione del Veneto, intende garantire agli enti gestori dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti:

- la preventiva **certezza delle risorse a disposizione**;
- la **sostenibilità economica necessaria alla programmazione** di un sistema di offerta adeguato a rispondere alla rinnovata domanda di residenzialità (es. posti letto, organizzazione del personale, ...);
- la **programmazione tempestiva di investimenti funzionale all’ulteriore qualificazione dei servizi offerti** anche in un’ottica di innovazione degli stessi.

3. La sperimentazione

L’orizzonte temporale nel quale viene concepita la sperimentazione del finanziamento a budget degli enti gestori dei Centri di Servizi residenziali per anziani non autosufficienti con valorizzazione del case mix assistenziale si sviluppa su un arco di 3 anni (2024-2025-2026). La formalizzazione del budget di presenze annuali decorre dall’anno 2025.

La necessità di gestire la sperimentazione in corso d’anno implica che il processo di budgetizzazione delle presenze e di valorizzazione del case mix avrà decorrenza dal 1 gennaio 2025 mentre l’incentivo economico di valorizzazione del case mix decorre dall’1 gennaio 2024. Nell’anno 2024 il riconoscimento economico, in assenza di una preventiva sottoscrizione del budget da parte delle



Aziende ULSS con gli enti gestori, avviene alle condizioni definite dalla sperimentazione, ovvero che le presenze annuali, correlate alla complessità assistenziale associata alla demenza (Area 3 - Disturbi Comportamentali) rispetto al totale complessivo delle presenze prodotte dall'ente gestore dei Centri di Servizi sia ricompreso tra il 25% ed il 75% per quei Centri di Servizi che assistano almeno 10 utenti equivalenti anno.

Il processo di lavoro, **iterato su base annuale**, può essere scomposto in 4 fasi:

1. definizione del budget annuale quale appendice dell'accordo contrattuale (DGR n. 1231/2018);
2. accesso delle persone anziane non autosufficienti ai Centri di Servizi residenziali sulla base delle priorità definite dal RUR coerentemente con quanto disposto dalla DGR n. 996/2022;
3. rendicontazione delle giornate di presenza e del case mix assistenziale da parte dell'ente gestore all'Azienda ULSS;
4. fatturazione e pagamenti.

3.1. Definizione del budget annuale quale appendice dell'accordo contrattuale (DGR n. 1231/2018)

Il budget annuale di ciascun Centro di Servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti deve essere annualmente definito e contrattualizzato dall'Azienda ULSS territorialmente competente con l'ente gestore entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

Il budget annuale costituisce un'appendice (Allegato C) dell'accordo contrattuale di cui alla DGR n. 1231/2018. Laddove nel territorio dell'Azienda ULSS insistano più Centri di Servizi che fanno capo allo stesso ente gestore, il budget deve essere definito a livello di ente gestore, aggregando i diversi Centri di Servizi ad esso afferenti.

La contrattazione dell'Azienda ULSS con l'ente gestore, nell'ambito delle risorse disponibili riferite al Fondo regionale non autosufficienza, deve tener conto delle prese in carico vigenti nei Centri di Servizi e della saturazione stimata dei posti accreditati operativi dei due anni precedenti, normalizzata rispetto a eventi noti che possono influire sulla capacità ricettiva in regime di accreditamento del Centro di Servizi, secondo principi di equità.

Tale contrattazione viene effettuata al netto delle giornate rese dall'ente gestore per gli assistiti extra Azienda ULSS e dette giornate non concorreranno alla valorizzazione del case mix. L'Azienda ULSS e l'ente gestore sono chiamate ad attivare meccanismi di proiezione oggettivi delle giornate di assistenza che scongiurino situazioni di sovra produzione da parte degli enti gestori dei Centri di Servizi. La ridefinizione del budget di presenze in corso d'anno è ammessa limitatamente a eventi sopravvenuti indipendenti dalla volontà delle parti che influiscono sulla capacità produttiva dell'ente gestore. In questa ipotesi sarà necessario intervenire con una nuova appendice all'accordo contrattuale.

Il percorso non è vincolato all'approvazione del Fondo Regionale Non Autosufficienza per l'anno di riferimento ma ne è influenzato in caso di modifica delle assegnazioni regionali alle Aziende ULSS. La modifica di tali assegnazioni impone all'Azienda ULSS la riapertura della procedura di budgetizzazione

Sotto la responsabilità del Direttore Generale dell'Azienda ULSS la quantificazione del budget annuale sarà determinata, nel rispetto del principio della continuità assistenziale, tenendo conto dei seguenti parametri:

- a) giornate annue di assistenza erogabili determinate sulla base:



- a. della dotazione dei posti letto sia strutturale – ovvero come risultante dal sistema di accreditamento – che programmatica - ovvero tenendo conto dell'effettiva disponibilità dei posti prevista in corso d'anno che può anche variare per effetto, a titolo esemplificativo e non esaustivo, di chiusure legate a lavori e/o mancanza del personale piuttosto che per l'apertura di ulteriori unità di offerta – che il Centro di Servizi è in grado di garantire nel corso dell'anno;
- b. del tasso di saturazione dei posti letto determinato sulla base dei dati storici, con l'esclusione dal computo degli utenti residenti extra AULSS. Il valore del tasso di saturazione dei posti letto è determinato sulla base dei dati dei 2 anni precedenti;
- b) del case mix che il Centro di Servizi si impegna a garantire nel corso dell'anno. L'introduzione del case mix determinerà un maggiore riconoscimento pari al 110% del valore della IdR a condizione che le presenze annuali correlate alla complessità assistenziale associata alla demenza (Area 3 – Disturbi Comportamentali) rispetto al totale complessivo delle presenze prodotte dall'ente gestore di Centri di Servizi sia ricompreso tra il 25% e il 75% per quegli enti che assistano almeno 10 utenti equivalenti anno¹. La remunerazione degli enti gestori dei Centri di Servizi avviene in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. 996/2022, confermando il valore di 52,00 pro die pro capite per le IdR e di 30,00 euro per le QSA. A partire dal 1 gennaio 2024 il sistema di remunerazione sarà determinato secondo la seguente formula: (giornate di presenza annue complessive * 52,00 euro pro die * percentuale di case mix Area 1 + Area 2 + Area 3 limitatamente alle giornate >75%) + (giornate di presenza annue complessive * 52,00 euro pro die * 110% * percentuale di case mix Area 3 compreso tra 25%-75%) + (giornate di presenza complessive QSA * 30,00 euro pro die).
- c) non concorrono al case mix gli utenti titolari di quote sanitarie di accesso (QSA) e gli utenti residenti extra AULSS (ovvero provenienti da altra Azienda ULSS della Regione Veneto o da altra Regione). Gli utenti extra AULSS non sono considerati ai fini della sperimentazione e vengono remunerati, per quanto riguarda la quota sanitaria, sulla base della DGR n. 996/2022.
- d) non concorrono al case mix e non vanno contemplate nel budget le giornate di secondo livello ad esaurimento, le giornate di SVP e le giornate SLA.
- e) del rispetto del vincolo di utilizzo delle risorse assegnate dalla programmazione regionale.

3.2. Accesso delle persone anziane non autosufficienti ai Centri di Servizi residenziali sulla base delle priorità definite dalla DGR n. 996/2022

Le modalità di accesso al sistema della residenzialità per le persone non autosufficienti, individuano nell'Impegnativa di Residenzialità "il titolo rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nei Centri di Servizi residenziali e semiresidenziali della regione Veneto" (DGR n. 394 del 20 Febbraio 2007). L'Impegnativa di Residenzialità è rilasciata dall'Azienda ULSS, a seguito di valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), tenuto conto delle priorità ordinate nel Registro Unico della Residenzialità (RUR) e della disponibilità di accoglienza presso la struttura prescelta dall'assistito tra quelle accreditate e in

¹ La scelta di indicare un campo di variazione per l'Area 3 "Disturbi comportamentali" del *case mix* è determinata dalla precisa volontà, da un lato, con il limite massimo, di garantire l'effettivo esercizio del diritto di libera scelta da parte del cittadino, dall'altro lato, con il limite minimo, di spingere gli enti gestori dei Centri di Servizi ad attrezzarsi in maniera adeguata per la presa in carico e gestione dell'utenza a maggiore carico assistenziale. Nel caso in cui il numero di utenti equivalenti afferenti all'Area 3 "Disturbi comportamentali" sia inferiore alle 10 unità questo parametro non viene valorizzato.



rapporto contrattuale (artt. 8-bis e 8-quinques del D.lgs. n. 502/1992) con l'Azienda ULSS di riferimento.

Per effetto del presente provvedimento le Aziende ULSS emetteranno l'Impegnativa di Residenza di cui alla DGR n. 996/2022 per l'accesso al Centro di Servizi residenziale nel momento in cui la disponibilità dell'IdR si correla all'effettiva disponibilità di budget assegnato all'ente gestore del Centro di Servizi dall'Azienda ULSS in relazione al case mix precedentemente concordato con il Centro di Servizi accreditato e non più in relazione al posto resosi disponibile. L'Azienda ULSS, al fine di procedere all'ammissione del cittadino al Centro di Servizi residenziali, verificherà con l'ente gestore la disponibilità di IdR e la capienza del budget assegnato all'ente gestore del Centro in relazione al case mix concordato.

Accertata la disponibilità dell'IdR, l'Azienda ULSS informa la prima persona in graduatoria di tale disponibilità in relazione al budget disponibile sulla base dell'andamento del case mix garantito dall'ente gestore del Centro di Servizi. Qualora non vi sia la disponibilità di budget e case mix dell'ente gestore del Centro di Servizi prescelto dal cittadino primo in graduatoria e avente diritto alla emissione dell'IdR, il cittadino verrà ugualmente contattato per esprimere la propria scelta sul Centro di Servizi gestito dall'ente gestore che ha la disponibilità di budget e case mix compatibile. Nel caso non venga accettata la disponibilità del Centro di Servizi diverso da quello scelto, l'interessato rimane in graduatoria in posizione utile alla chiamata, seppur dinamica circa la posizione assegnata, fino alla dichiarata disponibilità da parte del Centro di Servizi richiesto. Vengono salvaguardate le residuali disposizioni di cui alle DGR n. 38/2006 e successiva DGR n. 456/2007 riguardanti i criteri di accesso ai servizi residenziali per persone non autosufficienti e alle DGR n. 1133/2008 e DGR n. 2961/2012 inerenti la Scheda di Valutazione Multidimensionale (SVaMA). Una volta effettuato l'ingresso del cittadino, il Centro di Servizi deve garantire, fino alla naturale scadenza, il principio di continuità della presa in carico assistenziale a prescindere anche dall'eventuale esaurimento del budget annuale e/o dello sfioramento del case mix concordato con l'Azienda ULSS e definito nell'accordo contrattuale.

Richiamato l'allegato A della DGR n. 1231/2018 art 21 – Tutela dei dati personali e fermo restando che la decisione finale circa l'architettura privacy dovrà avvenire a cura delle Aziende ULSS, si sottolinea la necessità che i Centri di Servizi siano messi nelle condizioni di gestire in sicurezza le prese in carico anche attraverso la conoscenza della condizione socio sanitaria descritta dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale (SVaMA) delle persone che scelgono il Centro, sia in fase preliminare all'inserimento, all'atto della comunicazione della disponibilità dell'Impegnativa di Residenza, che nella fase di perfezionamento dell'inserimento stesso. A tal fine gli accordi contrattuali dovranno contenere la previsione di una più estesa nomina dei Centri di Servizi in qualità di Responsabili del trattamento dati sia nella fase della valutazione preliminare all'inserimento così da consentire l'appropriatezza dell'accoglienza dell'ospite che in quella successiva di assistenza.

3.3. Rendicontazione delle giornate di presenza e del case mix assistenziale da parte dell'ente gestore all'Azienda ULSS

La rendicontazione periodica, su base mensile, delle giornate di presenza equivalenti e del case mix assistenziale da parte dell'ente gestore del Centro di Servizi all'Azienda ULSS avviene secondo le modalità definite con la DGR n. 1231/2018 in modo da consentire l'adeguata verifica delle presenze e del case mix assistenziale.



3.4. Fatturazione e pagamenti

I pagamenti da parte dell'Azienda ULSS all'ente gestore del Centro di Servizi accreditato avverranno mensilmente, entro il mese successivo a quello di riferimento, per un importo pari a 1/12 del 90% del budget annuale concordato con effettuazione di un conguaglio trimestrale sulla base di quanto innanzi indicato fatto salvo il recupero di somme trasferite a titolo di acconto e non spettanti sulla base dei parametri economici definiti in sede di accordo contrattuale e determinati per effetto del presente provvedimento.

L'Azienda ULSS effettua il pagamento delle competenze spettanti all'ente gestore del Centro di Servizi accreditato previa acquisizione della documentazione relativa all'attività svolta esclusivamente nei limiti del budget annuale concordato con l'ente gestore e del tetto di spesa a carico delle risorse sanitarie determinato dalla programmazione aziendale locale nel quadro delle risorse sanitarie stabilite dalla programmazione regionale, secondo i meccanismi di remunerazione vigenti al momento dell'esecuzione della prestazione stessa, nei termini di legge.

La fattura è emessa dall'ente gestore del Centro di Servizi accreditato nel mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni.

Il pagamento delle fatture non pregiudica il recupero di somme che, a seguito di accertamenti successivi, risultassero non dovute o dovute solo in parte.

L'Azienda ULSS può formulare una richiesta di rinegoziazione del budget in corso d'anno in presenza di un significativo scostamento in negativo rispetto ai parametri dichiarati dall'ente gestore in sede di definizione iniziale del budget annuale.

Nell'ipotesi in cui in corso d'anno venga superato il numero delle presenze rispetto a quanto inizialmente contrattato tra ente gestore e Azienda ULSS, le stesse non potranno essere remunerate dall'Azienda ULSS e non concorreranno alla definizione del case mix. La remunerazione delle giornate rese in Centri di Servizi extra Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito viene assicurata sulla base dei dettami della DGR n. 996/2022.

Nel caso in cui presso il Centro di Servizi siano accolti, con Impegnativa di Residenza, ospiti provenienti da altra Azienda ULSS della Regione Veneto diversa da quella territorialmente competente con la quale è stato stipulato l'accordo contrattuale e definito il budget annuale, nel confermare che agli stessi verranno garantiti i benefici di cui all'accordo contrattuale stipulato dall'ente gestore con l'Azienda ULSS territorialmente competente, ai fini dell'individuazione dell'Azienda ULSS obbligata ai pagamenti dovuti, si richiama quanto stabilito dalla DGR n. 457 del 27/2/2007 e dalla DGR n. 2356 del 16/12/2013 e ripreso nella citata DGR n. 1231/2018.

4. La valutazione della sperimentazione

Tenuto conto di quanto sopra esposto e della temporalità delle risorse aggiuntive assegnate, le misure previste dal provvedimento vengono proposte come sperimentazione utile allo sviluppo di nuove modalità di cura sempre più necessarie visto il modificarsi delle caratteristiche della popolazione anziana non autosufficiente. La dimensione sperimentale, in caso di esito positivo, consentirà infatti



di gestire gli effetti generati dall'aumento di casi con patologia neurodegenerativa con disturbi comportamentali prevedendo nuove modalità gestionali e di cura orientate alla gestione del case mix.

L'orizzonte di sperimentazione coprirà un arco temporale di 3 anni (2024-2025-2026), coerentemente con le risorse già assegnate per gli anni 2024-2025-2026 tramite approvazione del Bilancio Pluriennale 2024-2026 della Regione del Veneto con la Legge Regionale n. 32 del 22 dicembre 2023.

In un'ottica di comprensione efficace di tutti i risultati generati dall'introduzione sperimentale del nuovo modello, sia diretti che indiretti, il sistema di valutazione multilivello si focalizzerà sul confronto pre-post sperimentazione, nonché attraverso il monitoraggio in itinere fin dall'avvio della sperimentazione, di dati relativi:

- alle performance ottenute dal sistema di assistenza residenziale alla popolazione anziana non autosufficiente - ad esempio in termini di saturazione del sistema di offerta, di durata della permanenza in struttura degli ospiti, ... – (attraverso la valorizzazione dei dati del flusso FAR);
- agli esiti dell'attività svolta dai Centri di Servizi con particolare riferimento alla riduzione di alcuni eventi “avversi” quali il rischio decubiti, le cadute, l'utilizzo delle contenzioni, le infezioni (attraverso la valorizzazione dei dati del flusso FAR);
- all'innovazione del sistema di assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti con particolare attenzione alla verifica dell'utilizzo di nuove tecnologie applicate dai Centri di Servizi alle modalità di assistenza agli anziani non autosufficienti, in un'ottica di innovazione tecnologica e gestionale.





Anno 2024		Anno 2025		Anno 2026	
Azienda ULSS	Risorse aggiuntive rispetto alla DGR n. 1558/2023 per la valorizzazione del casemix	Azienda ULSS	Risorse aggiuntive rispetto alla DGR n. 1558/2023 per la valorizzazione del casemix	Azienda ULSS	Risorse aggiuntive rispetto alla DGR n. 1558/2023 per la valorizzazione del casemix
ULSS 1	947.653,83	ULSS 1	947.653,83	ULSS 1	947.653,83
ULSS 2	2.782.760,34	ULSS 2	2.782.760,34	ULSS 2	2.782.760,34
ULSS 3	2.210.320,27	ULSS 3	2.210.320,27	ULSS 3	2.210.320,27
ULSS 4	789.414,73	ULSS 4	789.414,73	ULSS 4	789.414,73
ULSS 5	1.382.704,65	ULSS 5	1.382.704,65	ULSS 5	1.382.704,65
ULSS 6	4.500.983,70	ULSS 6	4.500.983,70	ULSS 6	4.500.983,70
ULSS 7	1.332.172,97	ULSS 7	1.332.172,97	ULSS 7	1.332.172,97
ULSS 8	1.893.375,67	ULSS 8	1.893.375,67	ULSS 8	1.893.375,67
ULSS 9	4.160.613,84	ULSS 9	4.160.613,84	ULSS 9	4.160.613,84
RVE	20.000.000,00	RVE	20.000.000,00	RVE	20.000.000,00





Appendice all'accordo contrattuale stipulato ai sensi della DGR n. 1231/2018 – budget di presenze e case mix

Visto l'accordo sottoscritto tra l'Ente Gestore _____ e l'Azienda ULSS n. _____ in relazione a quanto disposto dalla DGR n. 1231/2018 si determina per l'anno _____ che:

Denominazione Unità di Offerta in gestione		
Posti letto accreditati		
Percentuale di saturazione dei posti letto accreditati riferita ai due anni precedenti l'anno di riferimento	Anno n-1 %	Anno n-2 %
Saturazione dei posti letto accreditati per l'anno di riferimento _____	Percentuale giornate	Equivalente a n. posti letto occupati
Budget giornate di assistenza		
Posti letto accreditati occupati dai paganti in proprio al 31.12. anno n-1		
Area 1 - Fabbisogno Socio Sanitario (correlata ai profili SVaMa 1, 2, 3, 4, 6)	Percentuale giornate del case mix sul totale	Equivalente a n. posti letto occupati
Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario (correlata ai profili SVaMa 5, 9, 11, 12, 13, 14)	Percentuale giornate del case mix sul totale	Equivalente a n. posti letto occupati
Area 3 - Disturbi Comportamentali (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17)	Percentuale giornate del case mix sul totale	Equivalente a n. posti letto occupati
quote di accesso (QSA) ex DGR n. 1304/2020	n. QSA	Equivalente a n. giornate

BUDGET MASSIMO DISPONIBILE PER L'ANNO DI RIFERIMENTO	€
---	----------



DATA

FIRMA DIRETTORE GENERALE AZIENDA ULSS

DATA

FIRMA RAPPRESENTANTE LEGALE

ENTE GESTORE

LEGENDA

La scheda, che verrà fornita anche in formato elettronico a supporto della negoziazione, va compilata per ENTE GESTORE ma le giornate vanno rese nell'ambito della capacità ricettiva dei posti letto accreditati per singola unità di offerta.

La somma delle percentuali delle giornate di case mix Area 1 + Area 2 + Area 3 deve essere uguale a 100%

La somma dei posti letto occupati Area 1 + Area 2 + Area 3 deve essere uguale al "n. posti letto occupati" totali.

Non concorrono al case mix le QSA e le giornate degli utenti residenti extra AULSS (ovvero provenienti da altra Azienda ULSS della Regione Veneto) in quanto gli utenti extra AULSS non sono considerati ai fini della sperimentazione (e vengono valorizzati, per la quota sanitaria, come rideterminato dalla DGR n. 996/2022).

Non concorrono al case mix e non vanno contemplate nel budget le giornate di secondo livello ad esaurimento, le giornate di SVP e le giornate SLA.



**Modifica del requisito CS – PNA – au – 1.1 – area socio-sanitaria di cui alla DGR n. 1720/2022**

Per gli enti gestori che per effetto dello specifico accordo contrattuale sottoscritto garantiscono per l'Area 3 Disturbi Comportamentali - (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17) un case mix ricompreso tra il 25% ed il 75% e che assistono almeno 10 utenti equivalenti (Area 3) in ragione di un anno il requisito (CS-PNA - au - 1.1) - area socio-sanitaria viene rideterminato nei termini di seguito rappresentati.

Requisito: (CS-PNA - au - 1.1) - area socio-sanitaria

L'organizzazione del personale dell'area socio-sanitaria deve garantire una adeguata modulazione di servizi nell'arco delle 24 ore commisurata al numero e alla tipologia di ospiti ivi accolti e lo standard minimo complessivo di personale sanitario e socio-sanitario di questa area, viene quantificato in complessivi 1.043 minuti medi/settimana/ospite così ripartiti:

Area sanitaria per le giornate dell'Area 1 Fabbisogno socio-sanitario, dell'Area 2 Elevato fabbisogno sanitario e dell'Area 3 Disturbi comportamentali

1. lo standard minimo complessivo di questa area viene fissato in 147,00 minuti medi/settimana/ospite di assistenza infermieristica ai quali concorrono le attività rese dal coordinatore quantificate in un massimo di 21 minuti medi/settimana/ospite quando in possesso dei requisiti previsti per la funzione infermieristica.
2. nel caso in cui l'attività di coordinamento non sia svolta da personale infermieristico la stessa deve essere comunque assicurata, nell'ambito della salvaguardia di funzioni svolte a termine a personam per un minimo di 21 minuti medi/settimana/ospite.

Per effetto di quanto sopra lo standard minimo dell'attività svolta nel singolo Centro di Servizi, espressa in minuti, sarà determinata e così **annualmente rendicontata** e oggetto di verifica.

1. standard annuale dovuto di assistenza infermieristica = n. complessivo di giornate di presenza annue dell'Area 1 - Fabbisogno Socio-Sanitario - (correlata ai profili SVaMa 1, 2, 3, 4, 6), dell'Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario - (correlata ai profili SVaMa 5, 9, 11, 12, 13, 14) e dell'Area 3 - Disturbi Comportamentali - (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17) / 7,019 giorni * 147 minuti.
2. standard annuale dovuto di coordinamento = n. complessivo di giornate di presenza annue dell'Area 1 - Fabbisogno Socio-Sanitario - (correlata ai profili SVaMa 1, 2, 3, 4, 6), dell'Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario - (correlata ai profili SVaMa 5, 9, 11, 12, 13, 14) e dell'Area 3 - Disturbi Comportamentali - (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17) / 7,019 giorni * 21 minuti.

Standard OSS-S/OSS con formazione complementare e infermieri generici ad esaurimento max = tot. punto 1 X 30%.

Deve essere garantito il servizio infermieristico in presenza nelle 24 ore.



Area socio-sanitaria per le giornate dell'Area 1 Fabbisogno socio-sanitario e dell'Area 2 Elevato fabbisogno sanitario

1. lo standard minimo complessivo di questa area viene fissato in 896,00 minuti medi/settimana/ospite dei quali 721,00 sono i minuti minimi/settimana/ospite di assistenza diretta che devono essere assicurati dal personale OSS e/o OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria/OSS – S laddove non già quantificato nell'area sanitaria.
2. concorre al raggiungimento dello standard minimo complessivo di questa area il personale o il servizio addetto alle attività indirette quantificata in un massimo di 175 minuti medi/settimana/ospite prestate esclusivamente all'interno dei nuclei e funzionali al benessere dell'ospite è così definite in assistenza indiretta all'ospite.

Per effetto di quanto sopra lo standard minimo dell'attività svolta nel singolo Centro di Servizi, espressa in minuti, sarà determinata e così **annualmente rendicontata** e oggetto di verifica.

1. standard annuale dovuto di assistenza socio-sanitaria = n. complessivo di giornate di presenza annue dell'Area 1 - Fabbisogno Socio-Sanitario - (correlata ai profili SVaMa 1, 2, 3, 4, 6) e dell'Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario - (correlata ai profili SVaMa 5, 9, 11, 12, 13, 14) / 7,019 giorni * 896 minuti.
- 1.1. di cui standard minimo annuale OSS e/o OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria/OSS – S = n. complessivo di giornate di presenza annue dell'Area 1 - Fabbisogno Socio-Sanitario - (correlata ai profili SVaMa 1, 2, 3, 4, 6) e dell'Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario - (correlata ai profili SVaMa 5, 9, 11, 12, 13, 14) / 7,019 giorni * 721 minuti.

Area socio-sanitaria per le giornate dell'Area 3 Disturbi comportamentali

1. lo standard minimo complessivo di questa area viene fissato in 896,00 minuti medi/settimana/ospite dei quali 791,00 sono i minuti minimi/settimana/ospite di assistenza diretta che devono essere assicurati dal personale OSS e/o OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria/OSS – S laddove non già quantificato nell'area sanitaria.
2. concorre al raggiungimento dello standard minimo complessivo di questa area il personale o il servizio addetto alle attività indirette quantificata in un massimo di 105 minuti medi/settimana/ospite prestate esclusivamente all'interno dei nuclei e funzionali al benessere dell'ospite è così definite in assistenza indiretta all'ospite.

Per effetto di quanto sopra lo standard minimo dell'attività svolta nel singolo Centro di Servizi, espressa in minuti, sarà determinata e così **annualmente rendicontata** e oggetto di verifica.

1. standard annuale dovuto di assistenza socio-sanitaria = n. complessivo di giornate di presenza annue dell'Area 3 - Disturbi Comportamentali - (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17) / 7,019 giorni * 896 minuti.
- 1.1. di cui standard minimo annuale OSS e/o OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria/OSS – S = n. complessivo di giornate di presenza annue dell'Area 3 - Disturbi Comportamentali - (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17) / 7,019 giorni * 791 minuti.



Assistenza indiretta all'ospite nel nucleo
Pulizia dei locali di nucleo
Allontanamento dei rifiuti e biancheria nell'arco della giornata
Ritiro distribuzione biancheria piana e personale degli ospiti
Rifacimento letti e riordino delle camere
Accompagnamento dell'ospite in altri spazi della struttura
Collaborare nella organizzazione della preparazione delle colazioni, delle merende, dei pranzi e delle cene
Collaborare alla sorveglianza indiretta dell'utenza
Varie altre commissioni generiche
Ogni altra funzione correlata alla ottimizzazione dell'organizzazione dei servizi di nucleo che non preveda interventi diretti sull'ospite di stretta competenza del personale sanitario e socio-sanitario

Altre professionalità previste dall'accordo contrattuale con l'Azienda ULSS

La presenza di altro personale sanitario quali medici curanti, medici specialisti, psicologi, fisioterapisti, logopedisti, è garantita dall'Azienda ULSS di riferimento e/o come regolamentato dall'Accordo Contrattuale pro tempo vigente che regola il rapporto convenzionale tra il Centro di Servizi e la locale Azienda Sanitaria territorialmente competente.

Area sociale per le giornate dell'Area 1 Fabbisogno socio-sanitario, dell'Area 2 Elevato fabbisogno sanitario e dell'Area 3 Disturbi comportamentali

Lo standard minimo complessivo di questa area viene fissato in 56 minuti medi/settimana/ospite da attuarsi con l'autonomia organizzativa del Centro di Servizi che assomma le attività rese dall'educatore professionale socio-sanitario o educatore socio-pedagogico in base alle rispettive competenze, dall'assistente sociale e dallo psicologo. Per la figura dello psicologo si precisa che non concorrono allo standard qui previsto le ore di servizio già quantificate all'art. 7 dell'Allegato A DGR n. 1231 del 14.8.2018 e s.m.i..

Per effetto di quanto sopra lo standard minimo dell'attività svolta nel singolo Centro di Servizi, espressa in minuti, sarà determinata e così **annualmente rendicontata** e oggetto di verifica.

Standard annuale dovuto di assistenza area sociale = n. complessivo di giornate di presenza annue dell'Area 1 - Fabbisogno Socio-Sanitario - (correlata ai profili SVaMa 1, 2, 3, 4, 6), dell'Area 2 - Elevato fabbisogno sanitario - (correlata ai profili SVaMa 5, 9, 11, 12, 13, 14) e dell'Area 3 - Disturbi Comportamentali - (correlata ai profili SVaMa 7, 8, 15, 16, 17) / 7,019 giorni * 56 minuti.



