

## La nuova rete delle cure intermedie in Lombardia: la DGR 3833/2015

Contributo di **Renzo Bagarolo** - Responsabile attività Sanitaria e Assistenziale, Istituto Palazzolo - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano

Allo scopo di riordinare le attività riabilitative per adulti, nel 2013 Regione Lombardia ha stabilito di istituire la rete delle Cure Intermedie - afferente alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato – nella quale confluirà anche l'assistenza post acuta realizzata ai sensi della DGR n. 3239/2012. La recente DGR 3833/2015 dà attuazione normativa ad una proposta di sperimentazione avanzata dal Tavolo Tecnico. L'autore, membro del Tavolo, dopo aver ricostruito il punto da cui si è partiti entra nel dettaglio del quadro che si prefigurerà nei prossimi mesi

a cura di Rosemarie Tidoli - mercoledì, maggio 06, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/05/06/la-nuova-rete-delle-cure-intermedie-in-lombardia-la-dgr-38332015/>



### Le premesse per il riordino dell'attività riabilitativa

Il rapido cambiamento demografico ed epidemiologico in atto determina la presenza sul territorio regionale di ampie fasce di popolazione anziana e di persone fragili o affette da patologie croniche a evoluzione disabilitante, con bisogni e domande di salute che richiedono continuità di cura e presa in carico del paziente. Questa situazione mette a dura prova la “sostenibilità” del sistema socio-sanitario nel suo complesso, come già dichiarato nelle “linee evolutive del sistema socio-sanitario” ([dgr 1185/2013](#)), a ragione del fatto che **3 milioni di pazienti cronici (30% della popolazione lombarda) impegnano il 70% delle risorse sanitarie (ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaci)**. La nuova domanda di salute richiede frequentemente la gestione di situazioni complesse dove i problemi da affrontare sono multipli, compresenti e interattivi. L'ambito di cura di questi pazienti, caratterizzati da condizioni di disabilità, complessità assistenziale, instabilità clinica e fragilità sociale, si alterna tra ospedale, servizi territoriali e domicilio: il cosiddetto “governo clinico e assistenziale” è spesso frammentato fra diversi setting e responsabilità di cura. Questa fase di transizione da uno stato di salute all'altro sovente è incompatibile con un'organizzazione sanitaria fondata sul modello ospedaliero diffuso delle cure per acuti.

### Il precedente riordino

Il primo riordino della riabilitazione avvenuto in regione Lombardia nel 2004 (dgr 19833/2004) aveva disegnato un efficace sistema di cura post-acuzie per le persone fragili ed a rischio di disabilità (circa 3000 posti letto) parallelo al sistema della riabilitazione ospedaliera (circa 9000 posti letto), fondato sull'intervento riabilitativo che assicurava loro una fase di transizione dopo un evento di acuzie o sub-acuzie. La necessità di uniformare i sistemi sanitari regionali a quelli nazionali, nonché di renderli più "efficienti" sulla base delle esigenze di spending review, ha richiesto una riduzione dell'eccesso di offerta di posti di riabilitazione per rispettare i nuovi indici programmatori nazionali (3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,5 per mille riabilitazione e 0,2 per mille lungodegenza). Ciò ha portato ad una prima rapida revisione e ad un adeguamento della rete dei servizi riabilitativi al fine di non incorrere in penalizzazioni nel trasferimento di fondi nazionali. Questa prima fase ha comportato il cambio di denominazione dei posti della riabilitazione del comparto socio-sanitario, rinominati "Cure Intermedie", ma la revisione dei contenuti del nuovo servizio è stata rimandata ad una fase successiva.

### **La nuova proposta: le Cure Intermedie**

**A settembre 2014 è stato attivato un tavolo tecnico regionale, composto da un gruppo di operatori del settore**, che ha avuto il compito di ridefinire i contenuti della nuova Unità di offerta. L'obiettivo era quello di trasformare una situazione percepita come problematica e critica nell'opportunità di proporre e sperimentare una nuova tipologia di servizio, in grado di leggere la complessità dei bisogni di cura del paziente fragile e di rispondervi - in modo flessibile e appropriato - attraverso la definizione di diversi profili di cura gestibili all'interno dello stesso setting.

**Possiamo dire che, piuttosto che definire una nuova offerta di servizio, il modello proposto con questa sperimentazione di "Cure intermedie" ha lo scopo (e l'ambizione) di intraprendere un percorso di governo della domanda di cura.**

### **La delibera attuativa: DGR 3833/2015**

L'attuazione normativa è stata disposta dalla DGR 3383 del 10 aprile 2015 (in allegato), che si compone di un provvedimento generale e di due allegati tecnici (A e B). La dgr dispone una fase di osservazione per i primi 6 mesi, alla fine della quale, valutati gli esiti, verrà definitivamente approvato il sistema.

Nel provvedimento generale vengono espone le ragioni, gli obiettivi ed il percorso della sperimentazione e il ruolo dei diversi attori (regione, ASL, erogatori, ospedale, ecc.). Si segnalano qui in particolare gli articoli 3, 4 e 5. Nell'art. 3 del provvedimento generale si fa riferimento all'intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 concernente il Regolamento per la "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Ciò è fondamentale in quanto vi si trova dichiarato il criterio "economico" di classificazione del posto letto che, indipendentemente dalla sua ubicazione, potrà essere o meno considerato equivalente a letto ospedaliero. **Questo criterio - come è evidente - costituisce un vincolo di sistema che influenzerà la definizione finale di standard e tariffe di servizio dopo la fase di sperimentazione.** Negli articoli 4 e 5 si dispone che durante la sperimentazione restano attive le modalità di erogazione del servizio previste e si individuano le due

tipologie di offerta interessate dal provvedimento e coinvolte nella sperimentazione: i posti letto di residenzialità per adulti di “cure intermedie” (come sono definiti i servizi di riabilitazione ex art. 26). **Non sono quindi interessati i servizi di riabilitazione per minori, ambulatoriali e domiciliari, mentre vengono ricompresi nella sperimentazione e nella ridefinizione delle cure intermedie i posti letto di post-acuzie attivati con la dgr 3239/2012 e successive (34 progetti per circa 600 posti letto).**

## ***ALLEGATO A***

Vi si trova la definizione del servizio, degli obiettivi ed i criteri di esclusione all'accesso, quindi si procede con il sistema di classificazione dei 5 profili, con una breve descrizione di ognuno e con la definizione della durata massima di degenza, compreso l'eventuale prolungamento del ricovero (15 gg.) in caso di “fragilità sociale”.