



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 3383

Seduta del 10/04/2015

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **MARIO MANTOVANI** *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI
GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
FABRIZIO SALA
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Maria Cristina Cantù

Oggetto

ATTUAZIONE DELLE DD.G.R. N. X/1185/2013 E N. X/2989/2014: PRIMA APPLICAZIONE DI PROFILI E REQUISITI SPERIMENTALI DELLA UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIA CURE INTERMEDIE

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Laura Lanfredini

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 22 pagine

di cui 13 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”;
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie e 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- la L.R. 12 marzo 2008 n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”;
- la L.R. 30 dicembre 2009 n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- la L. 7 agosto 2012 n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;
- l’Accordo Stato Regioni del 10 febbraio 2011 “Accordo, ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente “Piano d’indirizzo per la riabilitazione””;
- l’Intesa del 5 agosto 2014 tra il Governo, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali:

- D.G.R. 16 dicembre 2004 n. VIII/19883 “Riordino della rete delle attività di riabilitazione”;
- D.G.R. 4 aprile 2012 n. IX/3239 “Linee guida per l’attivazione di sperimentazioni nell’ambito delle politiche di welfare”;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- D.G.R. 25 luglio 2013 n. X/499 “Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della DGR 4 aprile 2012, n. 3239 "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare": indicazioni a conclusione del periodo sperimentale”;
- D.G.R. 20 dicembre 2013 n. X/1185 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014”;
- D.G.R. 1 luglio 2014 n. X/2022 “Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle D.G.R. 3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria”;
- D.G.R. 31 ottobre 2014 n. X/2569 “Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo”;
- D.G.R. 23 dicembre 2014 n. X/2989 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015”;

RICHIAMATO inoltre il Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura, approvato con D.C.R. 9 luglio 2013, n. X/78, che riporta l'obiettivo 206.Soc.13.1, Riorganizzazione della rete di offerta sociosanitaria, dove si specifica che: “(...) Si procederà allo sviluppo di modelli organizzativi strutturati territoriali per la cronicità, la continuità delle cure, le attività socio assistenziali, attraverso un progressivo riorientamento della rete di assistenza territoriale e delle cure primarie”;

RILEVATO che la citata D.G.R. n. X/1185/2013:

- opera un primo riordino nell'ambito della riabilitazione sociosanitaria residenziale per adulti al fine di ricondurre l'offerta riabilitativa regionale complessiva ai parametri di legge, con una conseguente rimodulazione dell'offerta presente sul territorio;
- istituisce la rete delle cure intermedie, volta a garantire la continuità assistenziale per persone che necessitano, per eventi acuti o per cronicità sociosanitaria, di interventi circoscritti di riattivazione funzionale;
- prevede di includere nell'ambito del suddetto sistema cure intermedie, oltre alle esistenti strutture residenziali di riabilitazione specialistica, generale e geriatrica e di mantenimento, anche le sperimentazioni di residenzialità post acuta ai sensi della D.G.R. n. IX/3239/2012, rivolte a persone in condizioni di stabilità clinica che hanno concluso il loro percorso acuto o sub acuto, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di salute e hanno bisogno di un periodo ulteriore di assistenza residenziale, a bassa intensità



Regione Lombardia

LA GIUNTA

sanitaria e ad alta intensità assistenziale, per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita;

RICHIAMATA la D.G.R. n. X/3363 del 1 aprile 2015 “Determinazioni conseguenti alle dd.g.r. n. X/2022/2014 e X/2989/2014 – allegato C” che ha ricondotto le sperimentazioni di cui alla citata D.G.R. 2022/2014 ad attività progettuali in regime di differimento applicativo;

DATO ATTO che:

- a conclusione del periodo sperimentale della residenzialità post acuta, si rende necessario definire le caratteristiche e i requisiti dell'intero sistema delle cure intermedie;
- la Regione ha attivato a tal fine un gruppo tecnico allargato a operatori esperti del settore per la definizione di finalità generali, caratteristiche dell'utenza, profili di inquadramento e relativi standard assistenziali della unità d'offerta di assistenza residenziale cure intermedie;
- gli enti gestori, in incontri tecnici svoltosi nelle date del 2 e del 13 marzo 2015, hanno condiviso e discusso la proposta di cui sopra, apportando alcuni contributi che sono stati in parte recepiti;

ESAMINATI i seguenti documenti, parte integrante e sostanziale del presente atto, che costituiscono l'esito finale del suddetto lavoro:

- Allegato A) “Le cure intermedie residenziali - Unità d'offerta sociosanitaria” concernente: la definizione della unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie, i profili di cura e il modello assistenziale, le modalità di accesso e presa in carico, i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento;
- Allegato B) “Scheda unica di invio e valutazione per il ricovero in unità di cure intermedie”, strumento per la prima valutazione e l'accesso degli utenti, da mettere a disposizione degli operatori sanitari al fine di favorire una modalità di accesso uniforme al sistema delle cure intermedie;

DATO ATTO che i suddetti allegati sono stati presentati agli organismi di consultazione istituiti con D.G.R. del 30 luglio 2008, n. 7798, ai sensi dell'art. 11, comma 1, lettera m, della L.R. 3/2008:

- Tavolo delle Aziende Sanitarie Locali, convocato in data 10 febbraio 2015;
- Conferenza delle associazioni rappresentative degli enti gestori delle unità di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

offerta sociali e sociosanitarie, nelle date del 17 e del 23 marzo 2015, di cui al verbale di intesa sottoscritto in data 23 e 25 marzo 2015;

- Tavolo delle organizzazioni sindacali, informato in data 17 marzo 2015;

RITENUTO pertanto:

- di avviare l'iter strumentale all'adozione delle caratteristiche e dei requisiti della unità d'offerta sociosanitaria di assistenza residenziale cure intermedie, di cui agli allegati documenti sopra elencati;
- di precisare che nella suddetta unità d'offerta confluiscono, ai sensi della D.G.R. n. X/1185/2013, oltre alle strutture residenziali per adulti già classificate come cure intermedie, anche le sperimentazioni regionali di assistenza post acuta di cui alle D.G.R. n. IX/3239/2012, n. X/499/2013 e n. X/2022/2014, previa verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento;
- di avviare una fase osservazionale della durata di sei mesi, alla fine della quale, valutati degli esiti, verranno definitivamente approvati i requisiti di esercizio e di accreditamento secondo le procedure previste dalla normativa in materia, nonché il relativo sistema di remunerazione. L'adeguatezza dei requisiti ed il conseguente sistema di remunerazione saranno valutati nel contesto di un'analisi complessiva riguardante la riabilitazione attinente l'ambito di competenza, anche assicurando la loro coerenza con le indicazioni di cui all'art. 3 comma 3 del patto della salute e garantendo che la dotazione di posti letto classificati come di "cure intermedie" non rientri tra i posti letto equivalenti a quelli ospedalieri, secondo quanto indicato dall'articolo 1, comma 3 lettera c) dell'intesa Stato regioni concernente il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera";
- di disporre che le unità d'offerta residenziali per adulti già classificate come cure intermedie continuino a erogare le prestazioni contrattualizzate per l'anno in corso, secondo le vigenti condizioni e modalità attuative, continuando a garantire i vigenti requisiti di accreditamento;
- di disporre altresì che i soggetti gestori che hanno in corso sperimentazioni regionali di assistenza post acuta, di cui alle D.G.R. n. IX/3239/2012, n. X/499/2013 e n. X/2022/2014, possono da subito, sulla base di specifico atto negoziale da sottoscrivere con le ASL entro il 30 aprile 2015, aderire al nuovo sistema di cure intermedie, mantenendo gli standard assistenziali definiti dal D.D.G. del 8 luglio 2014, n. 6544, alla tariffa di euro 120 giornalieri e con



Regione Lombardia

LA GIUNTA

l'obbligo di abolire ogni eventuale compartecipazione economica a carico dell'utenza, precisando che nella suddetta tariffa sono compresi tutti i servizi correlati al regime di ricovero, in coerenza con i requisiti sperimentali di cui all'allegato A, con la sola esclusione di eventuali servizi alberghieri preferenziali aggiuntivi non necessari al regime di ricovero (differenza alberghiera);

- di disporre che tutti i soggetti gestori che aderiscono al sistema cure intermedie, in aggiunta agli strumenti di rendicontazione già in uso, sono tenuti, per tutta la durata della fase osservazionale e sulla base di impegno sottoscritto, a valutare e classificare l'utenza nei nuovi profili e ad assolvere a un debito informativo supplementare che verrà definito dalla Regione;
- di assegnare alle ASL il compito di verificare costantemente l'attuazione del presente provvedimento sui territori di competenza e di diffondere presso tutti gli attori del sistema sanitario e sociosanitario le conoscenze e gli strumenti idonei al funzionamento della rete delle cure intermedie, in stretto raccordo e secondo le direttive regionali;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale e che le risorse destinate al finanziamento delle unità di cure intermedie sono disponibili sul capitolo 13.01.104.7647 del bilancio regionale 2015 e ricomprese nella quota di Fondo sanitario regionale destinata alle attività sociosanitarie integrate con la D.G.R. n. X/2989/2014;

STABILITO di disporre, ai fini della più ampia diffusione delle disposizioni in oggetto, la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet istituzionale;

VISTA la L.R. 7 luglio 2008, n. 20 e i provvedimenti organizzativi della Giunta Regionale;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di avviare l'iter strumentale all'adozione delle caratteristiche e dei requisiti della unità d'offerta sociosanitaria di assistenza residenziale cure intermedie,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

di cui ai seguenti allegati, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Allegato A) “Le cure intermedie residenziali - Unità d'offerta sociosanitaria”, concernente: la definizione della unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie, i profili di cura e il modello assistenziale, le modalità di accesso e presa in carico, i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento;
 - Allegato B) “Scheda unica di invio e valutazione per il ricovero in unità di cure intermedie”, strumento per la prima valutazione e l'accesso degli utenti, da mettere a disposizione degli operatori sanitari al fine di favorire una modalità di accesso uniforme al sistema delle cure intermedie;
2. di precisare che nella suddetta unità d'offerta confluiranno, ai sensi della D.G.R. n. X/1185/2013, oltre alle strutture residenziali per adulti già classificate come cure intermedie, anche le sperimentazioni regionali di assistenza post acuta di cui alle D.G.R. n. IX/3239/2012, n. X/499/2013 e n. X/2022/2014, previa verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento;
 3. di avviare una fase osservazionale della durata di sei mesi, alla fine della quale, valutati degli esiti, verranno definitivamente approvati i requisiti di esercizio e di accreditamento secondo le procedure previste dalla normativa in materia, nonché il relativo sistema di remunerazione. L'adeguatezza dei requisiti ed il conseguente sistema di remunerazione saranno valutati nel contesto di un'analisi complessiva riguardante la riabilitazione attinente l'ambito di competenza, anche assicurando la loro coerenza con le indicazioni di cui all'art. 3 comma 3 del patto della salute e garantendo che la dotazione di posti letto classificati come di “cure intermedie” non rientri tra i posti letto equivalenti a quelli ospedalieri, secondo quanto indicato dall'art. 1, comma 3 lettera c) dell'intesa Stato regioni concernente il regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera”;
 4. di disporre che le unità d'offerta residenziali per adulti già classificate come cure intermedie continuano a erogare le prestazioni contrattualizzate per l'anno in corso, secondo le vigenti condizioni e modalità attuative,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

continuando a garantire i vigenti requisiti di accreditamento;

5. di disporre altresì che i soggetti gestori che hanno in corso sperimentazioni regionali di assistenza post acuta di cui alle D.G.R. n. IX/3239/2012, n. X/499/2013 e n. X/2022/2014, possono da subito, sulla base di specifico atto negoziale da sottoscrivere con le ASL entro il 30 aprile 2015, aderire al nuovo sistema di cure intermedie, mantenendo gli standard assistenziali definiti dal D.D.G. del 8 luglio 2014, n. 6544, alla tariffa di euro 120 giornalieri e con l'obbligo di abolire ogni eventuale compartecipazione economica a carico dell'utenza, precisando che nella suddetta tariffa sono compresi tutti i servizi correlati al regime di ricovero, in coerenza con i requisiti sperimentali di cui all'allegato A, con la sola esclusione di eventuali servizi alberghieri preferenziali aggiuntivi non necessari al regime di ricovero (differenza alberghiera);
6. di disporre che tutti i soggetti gestori che aderiscono al sistema cure intermedie, in aggiunta agli strumenti di rendicontazione già in uso, sono tenuti, per tutta la durata della fase osservazionale e sulla base di impegno sottoscritto, a valutare e classificare l'utenza nei nuovi profili e ad assolvere a un debito informativo supplementare che verrà definito dalla Regione;
7. di assegnare alle ASL il compito di verificare costantemente l'attuazione del presente provvedimento sui territori di competenza e di diffondere presso tutti gli attori del sistema sanitario e sociosanitario le conoscenze e gli strumenti idonei al funzionamento della rete delle cure intermedie, in stretto raccordo e secondo le direttive regionali;
8. di demandare alla Direzione Generale competente l'emanazione di ogni successivo atto di applicazione della presente deliberazione;
9. di dare atto che il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale e che le risorse destinate al finanziamento delle unità di cure intermedie sono disponibili sul capitolo 13.01.104.7647 del bilancio regionale 2015 e ricomprese nella quota di Fondo sanitario regionale destinata alle attività sociosanitarie integrate con la D.G.R. n. X/2989/2014;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

10. di disporre, ai fini della più ampia diffusione delle norme in oggetto, la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet istituzionale.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

LE CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI

UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIA

La definizione dell'unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie

Le cure intermedie costituiscono una tipologia di unità d'offerta nella rete sociosanitaria che, con tempistiche definite, è in grado di prendere in carico, assistere in regime di degenza e di assistenza domiciliare, orientare ed accompagnare l'utente fragile e portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale.

Le unità d'offerta sociosanitarie di cure intermedie possono accogliere utenti direttamente dal domicilio, dall'ospedale o da tutti gli altri nodi della rete, di norma nella fase di stabilizzazione a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione.

Svolgono funzioni di assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno.

L'utente delle cure intermedie è un soggetto che per il suo recupero e/o per il raggiungimento di un nuovo compenso finalizzati alla dimissione verso il proprio domicilio o a luoghi di protezione sociosanitaria (altre unità d'offerta della rete) richiede degli interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, che non possono essere erogati al domicilio o in ospedale.

I punti cardine delle unità d'offerta di Cure Intermedie sono:

- garantire un nodo di forte integrazione nella rete sociosanitaria regionale;
- rafforzare il collegamento con la domiciliarità;
- prevedere ruolo e funzioni del care manager.

Non rientrano nell'unità d'offerta cure intermedie, ma costituiscono criteri di esclusione:

- le patologie psichiatriche attive;
- le condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- le condizioni di instabilità in corso o non completamente superate;
- le acuzie non risolte;
- le diagnosi incomplete o in corso di definizione.

Profili di cura e modello assistenziale

Sistema di classificazione dell'utenza e aree di intervento

Il sistema adottato per la classificazione degli interventi di assistenza, di riattivazione e recupero funzionale, di cura e di sostegno sociale in regime di ricovero nelle strutture di cure intermedie è articolato in profili di cura.

La casistica trattata dalle ex strutture di riabilitazione extraospedaliera e l'analisi dei dati derivanti dalla sperimentazione del cosiddetto post acuto, nonché la rilevazione dei bisogni emergenti, ha portato alla costruzione di un modello basato su cinque profili di intensità che si differenziano su quattro fondamentali aree di intervento: assistenziale, funzionale, clinica e sociale.

PROFILO 1

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale. Il profilo è caratterizzato da bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica.

PROFILO 2

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale. Il profilo è caratterizzato da media complessità assistenziale e bassa intensività clinica.

PROFILO 3

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale e media esigenza di supporto clinico. Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e media intensività clinica.

PROFILO 4

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano esigenza di elevato supporto nell'area assistenziale, della riattivazione e recupero funzionale e clinica (data la presenza importante di comorbidità). Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.

PROFILO 5 - Demenze

In questo profilo si collocano gli utenti affetti da demenza già diagnosticata con disturbi del comportamento in atto, che necessitano di un elevato supporto nell'area assistenziale, di riattivazione e recupero funzionale, clinica e sociale e di figure professionali specifiche. Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.

La durata massima del periodo di remunerazione della degenza è di 40 giorni per il profilo di cura 1 e di 60 giorni per i rimanenti profili. Nei casi di fragilità sociale riconosciuta, considerate le possibili ricadute sullo stato di salute dell'utente, è prevista la possibilità di prolungare la degenza di 15 giorni oltre le soglie indicate.

Il rilievo dei bisogni degli utenti e l'assegnazione dei profili di cura viene effettuata tramite una apposita scheda unica di invio e valutazione, compilata sulla base di criteri e strumenti standardizzati, validati e di ampia diffusione in ambito clinico-assistenziale.

La scheda contiene gli strumenti di valutazione per le aree che concorrono a tracciare il profilo dell'utente (assistenziale, riattivazione e recupero funzionale, clinica), oltre alle ulteriori informazioni utili per la programmazione del ricovero.

Le sezioni che compongono la scheda sono:

- anagrafica;
- scala per la valutazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA);
- scala per la valutazione della condizione funzionale pre-morbosa (Rankin);
- scala per la valutazione della disabilità comunicativa (scala SDC);
- scala per la valutazione dell'Instabilità Clinica (scala SIC);
- valutazione prognostica del recupero funzionale: controllo del tronco;
- scala per la valutazione della fragilità sociale.

Per ciascuna area sono individuati gli indicatori che permettono la collocazione dell'utente nel profilo corrispondente ai differenti bisogni rilevati nelle aree di assistenza, cura e riattivazione, attraverso il seguente processo decisionale:

1. la valutazione ICA consente una prima suddivisione degli utenti in due ambiti: profili 1 e 2 oppure profili 3 e 4;
2. il punteggio delle successive tre scale (SIC, Rankin e SDC) determina l'individuazione precisa del profilo: confrontando i valori ottenuti con le soglie previste dalla matrice di seguito riportata, viene individuato il profilo più elevato in cui, oltre alla scala ICA, sia verificata almeno una delle successive tre scale.

La classificazione nel profilo 5 – Demenze è determinata dalla presenza di disturbi attivi del comportamento in soggetti con diagnosi già definita di demenza, con manifestazioni che richiedono il ricovero in ambiente protetto.

Matrice per la determinazione del profilo di cura

Indicatore		Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo		<i>Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica</i>	<i>Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con necessità di elevato recupero funzionale</i>
1	Indice di complessità assistenziale (10 Item) I.C.A.	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
2	Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica –SIC)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Alta instabilità (SIC = 3)	Alta instabilità (SIC = 3)
	Rankin pre-evento (dipendenza pre evento)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)
	Scala Disabilità Comunicativa- SDC	Alta disabilità	Bassa disabilità	Alta disabilità	Bassa disabilità

Accesso e presa in carico

Per l'accesso alle cure intermedie, i soggetti abilitati (medico ospedaliero, MMG, medico di unità d'offerta sociosanitaria) compilano la richiesta di ricovero su ricettario regionale e la scheda unica di invio e valutazione, che può essere presentata a più unità d'offerta.

L'unità di cure intermedie provvede all'inserimento dell'utente in lista di attesa, se ne risulta appropriato il ricovero, e, quindi, a programmarne l'ingresso.

Per la presa in carico di ciascun utente, l'unità di cure intermedie è tenuta ad effettuare, entro 10 giorni dall'ingresso, la valutazione multidimensionale del bisogno sulla base di una batteria di scale predefinita.

Per i profili di cura da 1 a 4, la batteria di scale è così composta:

- Indice di Complessità Assistenziale (ICA);
- Mini Mental State Examination (MMSE), da non somministrare agli utenti con punteggio della scala di disabilità comunicativa pari a zero;
- Indice di Barthel;
- Scala di Tinetti;
- Global Evaluation Functional Index (GEFI).

Per il profilo di cura 5 – Demenze, la batteria è la seguente:

- Clinical Dementia Rating (CRD);
- Indice di Barthel;
- Mini Mental State Examination (MMSE);
- Neuropsychiatric Inventory (NPI);
- Relatives Stress Scale (RSS).

Ogni unità d'offerta può integrare la batteria di scale predefinita con ulteriori strumenti di valutazione, a discrezione dell'equipe assistenziale, e può ripetere la somministrazione delle scale necessarie alla determinazione del profilo, qualora si ritenga necessaria una verifica della scheda di invio e valutazione.

L'esito della valutazione costituisce la base per l'individuazione del profilo di cura e per la redazione del progetto individuale.

Nel caso in cui la valutazione sull'area sociale evidenzi criticità (punteggio dell'indice GEFI maggiore di 50) è consentito un prolungamento della degenza oltre la soglia, fino a un massimo di ulteriori 15 giorni.

La batteria di scale predefinita deve essere ripetuta alla dimissione, ad esclusione dell'indice GEFI. Il confronto con la valutazione all'ingresso costituisce, insieme all'indicazione della destinazione dell'utente (rientro al domicilio, ingresso in RSA o in altra unità d'offerta, ricovero in ospedale, decesso), uno strumento, oggetto di rendicontazione, efficace per il monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti.

L'unità di cure intermedie è tenuta all'ammissione di ogni nuovo utente, alla stesura del progetto individuale che, per i profili che lo necessitano, deve comprendere anche il progetto di riattivazione e recupero funzionale.

Sulla base del progetto individuale viene redatto il piano di assistenza individualizzato (PAI), che, per i profili che ne necessitano, deve comprendere anche le attività riattivatrici e di recupero necessarie.

Lo strumento di registrazione del percorso della degenza è il FaSAS, che resta unico per ciascun utente e per ciascun episodio di ricovero, anche in caso interruzione della degenza per ricovero ospedaliero, purché inferiore a 10 giorni, e di variazioni del profilo di cura.

Il passaggio ad un diverso profilo è possibile qualora durante la degenza si verifichi un evento tale da modificare il percorso di cura, di assistenza o di riattivazione e recupero funzionale.

Il passaggio deve essere tracciato nel FaSAS e comporta la rivalutazione completa dell'utente e la redazione di un nuovo progetto individuale e un nuovo PAI.

I requisiti di esercizio e di accreditamento

Requisiti generali

Si richiamano i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici definiti dal DPR 14/01/1997 per la messa in esercizio e dall'allegato 1 alla dgr 2569 del 31 ottobre 2014 per l'esercizio e per l'accreditamento.

Requisiti specifici di esercizio e di accreditamento

Requisiti organizzativi e gestionali

Servizi generali

Le unità d'offerta di cure intermedie devono garantire:

- servizio di preparazione e somministrazione pasti;
- servizio di lavanderia per la biancheria piana.

Standard assistenziale

Le unità d'offerta di cure intermedie devono garantire uno standard assistenziale adeguato a rispondere ai bisogni degli utenti, ad attuare i relativi piani assistenziali e coerente con il proprio documento organizzativo e piano di lavoro.

Per tutti i profili, l'equipe assistenziale di cure intermedie comprende obbligatoriamente le seguenti figure professionali:

- medico;
- infermiere;
- professionista della riabilitazione, afferente alla classe 2 del D.M. 2 aprile 2001, con titolo di fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale o educatore professionale;
- assistente sociale o psicologo.

Nelle 24 ore deve essere garantita:

- la pronta reperibilità del medico;
- la presenza in sede del personale infermieristico.

Nelle ore notturne è ammessa la condivisione del personale infermieristico con altre unità d'offerta sociosanitarie presenti nella medesima sede.

Per tutti i profili possono concorrere alla formazione dello standard anche gli operatori OSS e ASA.

Per la presa in carico di utenti nei profili 2 e 4 deve essere garantita la presenza di almeno un medico con diploma di specializzazione in medicina fisica e riabilitativa, che rientra nel computo del minutaggio assistenziale.

Per il profilo di cura 5 – Demenze, sono richieste obbligatoriamente le figure dello psicologo e del terapeuta occupazionale, che rientrano nel computo del minutaggio assistenziale.

In relazione agli utenti presenti e ai bisogni assistenziali individuate nel progetto individuale, la struttura deve acquisire la disponibilità delle ulteriori figure professionali necessarie (ad esempio medici specialisti, ecc.).

Tutte le strutture per cure intermedie, al fine di assicurare il coordinamento tra i diversi servizi della rete e la presa in carico degli utenti, devono garantire le funzioni di care management.

A tal fine il soggetto gestore individua, tra i professionisti dell'equipe assistenziale, una figura idonea a gestire il processo di presa in carico, ovvero a tenere il collegamento tra i diversi soggetti coinvolti (altri professionisti, altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali) e che sia anche punto di riferimento per l'utente e per la sua famiglia, proponendo le soluzioni più favorevoli per la sua condizione clinico-assistenziale.

Gli standard assistenziali minimi sono differenziati per ciascun profilo:

PROFILO 1

Lo standard assistenziale minimo è di 1.120 minuti settimanali per utente presente.

Nello standard minimo, devono, inoltre, essere garantiti i seguenti minutaggi:

- medico: almeno 60 min/sett/utente;
- infermiere: almeno 240 min/sett/utente, fino al 50% sostituibili da OSS.

PROFILO 2

Lo standard assistenziale minimo è di 1.320 minuti settimanali per utente presente.

Nello standard minimo, devono, inoltre, essere garantiti i seguenti minutaggi:

- medico: almeno 80 min/sett/utente;
- infermiere: almeno 260 min/sett/utente, fino al 30% sostituibili da OSS;
- professionista della riabilitazione: almeno 240 min/sett/utente.

PROFILO 3

Lo standard assistenziale minimo è di 1.400 minuti settimanali per utente presente.

Nello standard minimo, devono, inoltre, essere garantiti i seguenti minutaggi:

- medico: almeno 120 min/sett/utente;
- infermiere: almeno 300 min/sett/utente, fino al 30% sostituibili da OSS;
- professionista della riabilitazione: almeno 120 min/sett/utente.

PROFILO 4

Lo standard assistenziale minimo è di 1.620 minuti settimanali per utente presente.

Nello standard minimo, devono, inoltre, essere garantiti i seguenti minutaggi:

- medico: almeno 150 min/sett/utente;
- infermiere: almeno 300 min/sett/utente, fino al 30% sostituibili da OSS;
- professionista della riabilitazione: almeno 300 min/sett/utente.

PROFILO 5 – Demenze

Lo standard assistenziale minimo è di 1.620 minuti settimanali per utente presente.

Nello standard minimo, devono, inoltre, essere garantiti i seguenti minutaggi:

- medico: almeno 120 min/sett/utente;
- infermiere: almeno 300 min/sett/utente, fino al 30% sostituibili da OSS;
- professionista della riabilitazione: almeno 300 min/sett/utente.

Requisiti strutturali e tecnologici

L'unità di cure intermedie deve avere una organizzazione degli spazi che sia funzionale alla realizzazione dell'intervento di riattivazione e recupero e garantisca supporto, protezione e stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti gli utenti ricoverati.

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In funzione degli obiettivi della struttura, della tipologia dell'utenza e dei bisogni assistenziali devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione e l'assistenza delle varie patologie e disabilità;
- presidi e risorse tecnologiche necessarie allo svolgimento delle prestazioni assistenziali da parte dei medici e degli altri operatori;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di recupero e riattivazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo.

Per l'accoglienza del profilo 5 - Demenze, la struttura deve, inoltre, assicurare aree dedicate, attrezzate in modo adeguato alla gestione dei disturbi del comportamento e dotate di idoneo sistema anti-fuga.

Nella struttura devono essere presenti:

- palestra attrezzata per le attività individuali e di gruppo (anche condivisibili con altre unità d'offerta sociosanitarie presenti nella medesima sede);
- spogliatoi per il personale.

Le palestre per le attività di gruppo devono garantire una superficie minima di 5 mq per utente contemporaneamente presente.

Requisiti delle aree di degenza

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da assicurare il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero.

Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.

La dotazione minima di ambienti per ciascun reparto di degenza è la seguente:

- camere di degenza:
 - camere da 1 o 2 posti letto (per le strutture esistenti, non più di 4 posti letto per camera):
 - superficie minima della camera a 1 letto di mq 12;
 - superficie minima per le camere a più letti di 9 mq per posto letto;
 - possibilità di accesso al letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina o barella;
 - almeno un servizio igienico ogni 2 posti letto (ogni 4 posti letto per le strutture esistenti), attrezzato per la non autosufficienza e collegato con la camera di degenza;
- locale per visite e medicazioni;
- locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;
- spazio per caposala;
- locale per medici;
- locale per soggiorno e pranzo;
- locale per il deposito del materiale pulito;
- locale per deposito attrezzature;
- locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, e dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- cucina di reparto;
- servizi igienici per il personale;
- spazio attesa visitatori;
- bagno assistito opportunamente attrezzato per garantire un'adeguata igiene personale all'utente compatibilmente con le patologie trattate.

Dotazione minima impiantistica del reparto di degenza:

- impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale;
- impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa per ciascun posto letto;
- impianto distribuzione ossigeno per ciascun posto letto (solo per le strutture esistenti è ammesso, in sostituzione, l'utilizzo di erogatori).

Dotazione minima tecnologica del reparto di degenza:

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.



Regione Lombardia

SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDIE

Cognome e Nome		Data Nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
Residenza In Lombardia <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Cittadino Extra UE <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Invaldit� <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> In corso	Accompagnamento <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> In corso
PROVENIENZA	Ospedale	Reparto	Telefono referente
	Domicilio (indirizzo)		Telefono referente
	Altro (Medico Med, Gen. RSA, Poliambulatorio, ecc.)		Telefono referente
Caregiver/persona di riferimento			Telefono
Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Non necessario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Cognome e telefono	
Evento indice: diagnosi o problema di recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale passibile o meno di ripristino clinico-funzionale.			
Data evento indice:	<input type="checkbox"/> Meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi <input type="checkbox"/> Meno di un anno		
Comorbidit� significativa: patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso.			
Se posizionato un mezzo di sintesi, specificarne il tipo/materiale (per possibili incompatibilit� in indagini radiologiche/terapie)			
Stato Nutrizionale: <input type="checkbox"/> ADEGUATO <input type="checkbox"/> OBESITA' <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE			PESO KG:
Patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si :	Specificare	Alterazioni comportamento rilevanti	
In carico a CPS <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si :	Specificare	<input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Agitazione/aggressivit� <input type="checkbox"/> Etilismo	
Tentato suicidio <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si :	Specificare	Rientro al domicilio <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Attivata pratica RSA	



Regione Lombardia

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
Farmaco con piano terapeutico:	

AREA CLINICA**VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (SCALA SIC)**

Legenda: M – MI/S: Monitoraggio medico e/o infermieristico strumentale = visita medica completa o valutazione attenta "problema-orientata" e/o esami di laboratorio e/o strumentali

- 0. STABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale.
- 1. MODERATAMENTE STABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio MMI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano
- 2. MODERATAMENTE INSTABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno
- 3. INSTABILE:** con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre quello previsto di routine).

TERAPIE IN CORSO		ALTRI BISOGNI CLINICI	
<input type="checkbox"/> Assenza di terapie	1	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Terapia solo orale	2	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici standard	2
<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	3
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
		<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3

Il paziente attualmente rimane seduto nel letto senza appoggio per almeno 30 secondi? No / Si

AREA RIATTIVAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE**CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA) – situazione prima dell'Evento**

- 0. Nessun sintomo**
- 1. Non disabilità significativa:** nonostante la presenza di sintomi era in grado di svolgere tutte le attività (IADL e BADL) ed i compiti abituali
- 2. Disabilità lieve:** non in grado di eseguire tutte le IADL quotidiane ma autonomo nelle BADL, senza bisogno di supervisione o aiuto.
- 3. Disabilità moderata:** richiedeva supervisione/aiuto nelle BADL, ma era in grado di deambulare senza assistenza
- 4. Disabilità moderatamente grave:** era incapace di deambulare e provvedere alle BADL senza assistenza
- 5. Disabilità grave:** allettato, incontinente, richiedeva assistenza continua

Nota:

IADL: usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa, assunzione dei farmaci, uso del denaro.

BADL: alimentazione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, trasferimenti, deambulazione.



Regione Lombardia

SCALA DI DISABILITA' COMUNICATIVA

- 4. Nessuna:** riferisce l'anamnesi in maniera attendibile ed è in grado di discutere di tutti i problemi personali. Ben rapportato all'interlocutore e collabora senza problemi alla visita e alle manovre assistenziali.
- 3. Lieve:** va "guidato" per ricostruire l'anamnesi e stimolato per parlare dei problemi personali. Adeguato all'interlocutore ma è necessario assumere un atteggiamento "direttivo" per ottenere una buona collaborazione alla visita e alle manovre assistenziali.
- 2. Moderata:** possono essere scambiate informazioni solo ponendo al pz. Domande semplici e per contesto comunicativo strettamente personale ed attuale. Adeguato all'interlocutore ma non riesce a fornire una buona collaborazione alla visita e alle manovre assistenziali
- 1. Grave:** la comunicazione è molto compromessa e si ottengono informazioni solo con domande che prevedono risposte si/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali. Perplesso nel rapporto con l'interlocutore e non collabora alla visita e alle manovre assistenziali.
- 0. Completa:** pressoché assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni. Non adeguato all'interlocutore e assolutamente non collaborante alle manovre assistenziali.

Il paziente è affetto da demenza? No Si la diagnosi risale a: >3mesi >1 anno > 1 anno

Disturbi comportamentali e sintomi psichici? No Si da quanto tempo: vari giorni mesi anni

<input type="checkbox"/> Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.) <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Vagabondaggio o si perde fuori casa <input type="checkbox"/> Agitazione notturna <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o gli altri <input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi <input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica	<p>Confusione</p> <input type="checkbox"/> Completamente confuso, personalità destrutturata <input type="checkbox"/> Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe <input type="checkbox"/> Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio <input type="checkbox"/> Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente
	<p>Irritabilità</p> <input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità <input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità, <input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità
	<p>Irrequietezza</p> <input type="checkbox"/> Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano <input type="checkbox"/> Si agita e gesticola durante la conversazione <input type="checkbox"/> Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

**4 - AREA SOCIALE
CONDIZIONE SOCIALE**

- 1** supporto sociale presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)
- 2** parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario)
- 3** assenza di supporto sociale (vive solo e non sono presenti figure di riferimento)



Regione Lombardia

Matrice per la determinazione del profilo di cura

Per ciascuna area sono individuati gli indicatori che permettono la collocazione dell'utente nel profilo corrispondente ai differenti bisogni rilevati nelle aree di assistenza, cura e riattivazione, attraverso il seguente processo decisionale:

1. la valutazione ICA consente una prima suddivisione degli utenti in due ambiti: profili 1 e 2 oppure profili 3 e 4;
2. il punteggio delle successive tre scale (SIC, Rankin e SDC) determina l'individuazione precisa del profilo: confrontando i valori ottenuti con le soglie previste dalla matrice di seguito riportata, viene individuato il profilo più elevato in cui, oltre alla scala ICA, sia verificata almeno una delle successive tre scale.

La classificazione nel profilo 5 – Demenze è determinata dalla presenza di disturbi attivi del comportamento in soggetti con diagnosi già definita di demenza, con manifestazioni che richiedono il ricovero in ambiente protetto.

Indicatore		Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo		<i>Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica</i>	<i>Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con necessità di elevato recupero funzionale</i>
1	Indice di complessità assistenziale (10 Item) I.C.A.	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
2	Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica –SIC)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Alta instabilità (SIC = 3)	Alta instabilità (SIC = 3)
	Rankin pre-evento (dipendenza pre evento)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)
	Scala Disabilità Comunicativa- SDC	Alta disabilità	Bassa disabilità	Alta disabilità	Bassa disabilità