

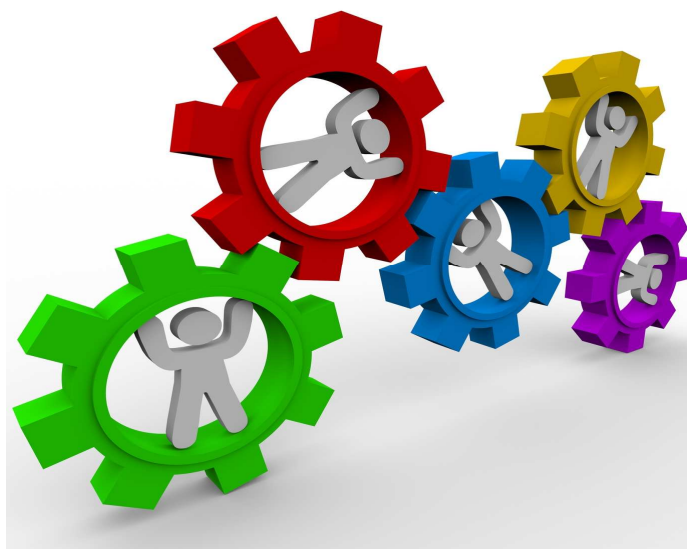
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

ACCORDO DI COLLABORAZIONE PER LE DIMISSIONI E AMMISSIONI PROTETTE OSPEDALE-TERRITORIO



**Redatto a cura dell'ATS Brescia
Direzione Socio Sanitaria
Dipartimento PIPSS
(novembre 2016)**

PREMESSA

La riforma sanitaria regionale, L.R. 23/2015, dedica particolare attenzione al riequilibrio dell'asse ospedale territorio. Le dimissioni e ammissioni protette sono strumento base per garantire continuità assistenziale. A distanza di quattro anni, dal precedente accordo di collaborazione ospedale - territorio per le dimissioni – ammissioni protette (Decreto D.G. ASL Brescia n. 538 del 12.12.2012), si rende necessario l'aggiornamento del documento alla luce delle novità introdotte. L'accordo di collaborazione risponde all'esigenza di migliorare la continuità assistenziale nel rispetto dei bisogni specifici gender oriented a favore dei pazienti e delle pazienti anziane e/o fragili, in particolare nei passaggi tra ospedale e territorio, al fine di evitare difficoltà ed interruzioni dei processi di cura ed assistenza nei confronti di utenti multiproblematici e non autosufficienti sotto il profilo socio-sanitario.

La dimissione e l'ammissione protetta, garanti di continuità assistenziale, rappresentano infatti la corretta modalità di gestione del paziente, un irrinunciabile elemento di qualità del servizio fornito, riducono i disagi di paziente e familiari, possono limitare i ricoveri ospedalieri ripetuti ai casi di effettiva necessità ed in particolare facilitano l'individuazione precoce e condivisa della tipologia di servizio da attivare alle dimissioni.

Gli accordi precedenti che hanno avuto avvio con il primo Documento sulle dimissioni – ammissioni nel 2008, hanno consentito di migliorare in modo sostanziale i collegamenti tra ospedale e territorio.

Il presente documento ha quindi l'obiettivo di rinnovare l'impegno, da parte di ATS, delle ASST e delle Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate, di assicurare ad ogni persona con necessità assistenziali complesse, la possibilità di usufruire di un percorso protetto, accompagnato, basato su una migliore comunicazione nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali. Il documento assicura inoltre, agli utenti con necessità di cure palliative, l'insieme di prestazioni volte a garantire la miglior qualità di assistenza alle persone affette da malattie inguaribili nella fase terminale della vita.

Il percorso di dimissione e ammissione protetta va utilizzato in modo appropriato in entrambe le direzioni, per il territorio da un lato e per la rete ospedaliera dall'altra.

Il presente documento ha pertanto le seguenti finalità:

1. garantire ai pazienti anziani e/o fragili ed ai pazienti con bisogni assistenziali complessi gender oriented, fra cui quelli con demenza e con necessità di cure palliative, la continuità dell'intervento assistenziale;
2. attivare le cure palliative per tutti i malati che ne hanno necessità, garantendone la continuità anche nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali;
3. favorire la collaborazione e la comunicazione tra Unità Operative Ospedaliere, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta (MMG/PDF), équipe territoriali per la valutazione multidimensionale, servizi della rete territoriale (es. RSA, RSD, Hospice, ADI ecc.) mediante modalità di lavoro efficaci e condivise;
4. ottimizzare e rendere appropriato l'uso delle risorse disponibili nel territorio.

Attori del presente Protocollo sono:

- ATS Brescia
- ASST Spedali Civili di Brescia
- ASST del Garda
- ASST della Franciacorta

e le seguenti Strutture di Ricovero e Cura private accreditate:

- *Casa di Cura Domus Salutis*
- *Casa di Cura S. Camillo*
- *Istituto Clinico S. Anna*
- *Istituto Clinico Città di Brescia*
- *Istituto Clinico S. Rocco*
- *Fondazione Poliambulanza*
- *Casa di Cura Villa Gemma*
- *Casa di Cura Villa Barbarano*
- *ICS Maugeri Spa SBI – Centro Medico di Lumezzane*
- *IRCCS Centro S. Giovanni di Dio F.B.F.*
- *Residenza Anni Azzurri*
- *Dominato Leonense Sanità s.r.l.*
- *Centro di Riabilitazione Spalenza – Fondazione Don Gnocchi*
- *Centro Medico Richiedei*
- *Fondazione Madonna del Corlo Onlus - Lonato*
- *RSA Fondazione Irene Rubini Falck Onlus- Vobarno*

Gli utenti e le loro famiglie sono al contempo destinatari degli interventi correlati alla dimissione/ammissione protetta e, attraverso il loro coinvolgimento attivo, attori del percorso di cura.

L'applicazione operativa del presente Protocollo è compito degli operatori delle strutture di ricovero, delle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale e dei MMG/PDF.

OBIETTIVI

- Assicurare continuità assistenziale agli assistiti
 - fragili con quadro globale critico, comorbilità, perdita funzionale e compromissione dell'autonomia nella fase di dimissione;
 - con necessità di cure palliative;
 - già in carico alle équipe per la valutazione multidimensionale nella fase di ammissione ospedaliera su proposta del MMG/PDF.
- Favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni “compromesse” sotto il profilo sanitario e sociale, da parte degli operatori coinvolti, al fine di attivare gli interventi più adeguati;
- Favorire, promuovere ed orientare al corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali;
- Assicurare la continuità assistenziale e l'attivazione dei servizi più adeguati della rete fra cui anche le cure palliative, sia dedicati sia non dedicati, rispondenti alle peculiari esigenze del caso.

PERCORSO TIPO E COMPETENZE

Compete all'ATS:

- fornire alle ASST, sulla base delle direttive regionali, indicazioni in merito ad una corretta valutazione e presa in carico dei pazienti anche attraverso la stesura di protocolli, linee guida, incontri di condivisione;
- predisporre una modulistica uniforme per tutto il territorio di ATS Brescia;
- monitorare la corretta applicazione delle indicazioni fornite;
- governare le risorse assegnate;
- monitorare la corretta attuazione dell'accordo;
- restituire alle ASST report periodici (almeno semestrali) sull'andamento delle dimissioni protette.

Compete alla ASST:

- garantire il tempestivo processo di valutazione multidimensionale e pianificazione complessiva, a seguito di dimissione protetta;
- garantire l'attivazione degli interventi domiciliari più adeguati e/o del processo di inserimento in servizi del territorio, in accordo con l'utente e/o i familiari;
- garantire l'eventuale fornitura degli ausili e presidi necessari;
- accompagnare gli assistiti e le famiglie nei percorsi per l'accertamento dell'invalidità e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno;
- sostenere le famiglie nella scelta del percorso più appropriato per la gestione delle problematiche socio-sanitarie dell'utente;
- offrire una corsia di accesso preferenziale agli utenti fragili già in carico alle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale, attraverso il percorso di ammissione protetta ai servizi ospedalieri e ambulatoriali in accordo con il MMG/PDF;
- fornire, al momento dell'ammissione protetta, gli elementi indispensabili al corretto inquadramento clinico-assistenziale del paziente a cura del MMG/PDF e dell'Equipe di valutazione multidimensionale;
- coinvolgere i servizi sociali dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza.

Compete alla Struttura di Ricovero e Cura Privata Accreditata e alla ASST (Polo Ospedaliero):

- riconoscere, al momento del ricovero e/o prima della dimissione, le situazioni di fragilità delle persone dal punto di vista sanitario e sociale, individuando quelle che necessitano di accompagnamento nel passaggio tra ospedale e territorio;
- garantire la tempestività e l'appropriatezza della segnalazione all'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale ed al MMG/PDF, perché sia effettuata la valutazione dei bisogni e siano attivati i servizi più appropriati per l'assistito;
- garantire un adeguato addestramento/educazione dell'utente e/o dei familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al domicilio;

- provvedere alle certificazioni/prescrizioni finalizzate all'accertamento dell'invalidità, all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria;
- provvedere alla prescrizione per la fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventiloterapia, nutrizione artificiale, ecc.) o relative a farmaci da assumere o indagini diagnostiche da effettuarsi nel breve periodo.

Per l'assistito dimesso con necessità di cure palliative:

la Struttura di ricovero e cura segnala il caso alle équipe territoriali per la valutazione multidimensionale di competenza, almeno 3 giorni lavorativi prima della dimissione, avvalendosi della scheda di segnalazione (allegato1) anche quando è già stata programmata l'attivazione di un servizio dedicato (ricovero in UOCP, STCP, Hospice). Nel caso di dimissione in fase di fine vita, può essere concordato un preavviso più breve.

L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale:

- identifica un case manager per le varie e complesse problematiche che le famiglie devono affrontare e per assicurare il raccordo tra il Centro specialistico di riferimento, il MMG/PDF, gli erogatori di cure ed altri soggetti;
- riceve la scheda di segnalazione nel caso sia già attivato un servizio dedicato;
- attiva gli interventi domiciliari concordati definendo un Progetto individuale (PI) specificatamente orientato alle cure palliative negli altri casi.

Il collegamento tra Centro specialistico di riferimento ed équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, garantisce un modello di assistenza flessibile, che utilizza i diversi livelli assistenziali della rete e prevede modalità di presa in carico differenziate, al fine di adattarsi tempestivamente alle mutevoli condizioni cliniche ed alle esigenze socio/assistenziali del singolo paziente.

DESTINATARI

Necessitano di dimissione protetta tutti gli assistiti fragili che presentano le seguenti condizioni:

- compromissione dell'autosufficienza o rischio di emarginazione sociale;
- necessità di continuità assistenziale sotto il profilo sanitario e/o sociale per i quali la formazione/addestramento a favore di utente e/o care-giver non sono sufficienti a consentire l'autonoma gestione delle problematiche rilevate;
- necessità di cure palliative sia domiciliari che nei servizi dedicati (ricovero in UOCP, STCP, hospice).

Necessitano di ammissione protetta (anche mediante modalità erogative quali posti tecnici di attività subacuta, macroattività chirurgica BIC e medica MAC) gli assistiti:

- multiproblematici, già in carico all'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, per i quali il MMG ritiene appropriato l'accesso alla Struttura secondo modalità concordate, in ragione della particolare fragilità della persona;
- con necessità di:
 - approfondimenti diagnostici

- interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni di base (es. posizionamento di PEG, di CVC)
- terapie non gestibili a domicilio
- impostazione o adeguamento della terapia del dolore.

PERCORSO OPERATIVO

Le dimissioni/ammissioni protette vanno sempre concordate tra:

- assistito e/o familiari
- medico di U.O. della Struttura
- il coordinatore infermieristico/l'infermiere responsabile dell'assistenza
- équipe territoriali per la valutazione multidimensionale
- MMG/PDF.

L'attivazione del percorso prevede:

- la conoscenza del Protocollo da parte di tutti gli operatori che vi prenderanno parte, garantita attraverso incontri di presentazione/momenti formativi da realizzare a cura delle singole strutture;
- l'identificazione degli operatori territoriali ed ospedalieri responsabili del percorso, al fine di facilitare la comunicazione tra ospedale e territorio.

MODALITÀ OPERATIVE

Dimissione protetta

La presentazione della proposta al singolo assistito/familiare e l'acquisizione del relativo consenso, sono a carico dell'operatore di riferimento delle U.O. delle Strutture di ricovero e cura.

Nel caso di una situazione che richiede la dimissione protetta, già in fase di ammissione e comunque **almeno 3 giorni lavorativi prima della dimissione** (salvo altri tempi previsti per l'attivazione di specifici servizi - es. nutrizione parenterale), l'operatore di riferimento attiva l'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale trasmettendogli l'apposito modulo (allegato 1). Si sottolinea che l'individuazione degli utenti da segnalare da parte delle U.O. delle Strutture di ricovero e cura deve rispettare il delicato equilibrio tra l'esigenza di dimettere precocemente gli assistiti e le possibilità di presa in carico da parte dei servizi territoriali. A tal fine è indispensabile garantire l'appropriatezza delle segnalazioni. L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale riceve le informazioni fornite dall'U.O. della Struttura; in collaborazione con il MMG/PDF e, se necessario, con i servizi sociali comunali, completa la valutazione, pianifica gli interventi territoriali necessari concordando tempi e modalità della dimissione con l'U.O.

Per ciascun assistito con necessità di cure palliative, è vincolante l'attivazione della dimissione protetta in tutti i casi (fatto salvo le situazioni in cui vi sia esplicito diniego da parte dell'interessato o dei familiari) e almeno tre giorni prima della dimissione.

Nel caso di dimissione in fase di fine vita, qualora non sia possibile rispettare i tre giorni previsti, l'UO può concordare con l'équipe di valutazione multidimensionale un preavviso più breve per rispondere in tempo utile ai bisogni di assistito e famiglia.

Nel caso di dimissione protetta verso servizi di cure palliative dedicati, l'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale di riferimento dovrà essere informata attraverso la scheda di segnalazione per dimissione protetta (allegato 2).

Ammissione protetta

Qualora il MMG/PDF ravvisi la necessità di ricorrere a ricoveri o a prestazioni specialistiche programmate, a favore di un assistito già in carico ai servizi territoriali, concorda con l'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale l'attivazione del percorso di ammissione protetta, che si può avvalere anche delle seguenti modalità erogative:

- **Posti Tecnici di Cure Subacute** (che prevedono la permanenza residenziale in struttura sanitaria), attivati presso alcuni presidi del territorio dell'ATS di Brescia.;
- **MAC - Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale** (prestazioni di tipo multiprofessionale e plurispecialistico di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che, per la natura o complessità di esecuzione, richiedano che sia garantito un regime diurno di assistenza medica ed infermieristica continua non attuabile in ambito ambulatoriale semplice);
- **BIC - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale** (prevede la possibilità di effettuare interventi chirurgici in regime protetto ambulatoriale).

Il MMG/PDF, in collaborazione con l'équipe per la valutazione multidimensionale, contatta il referente dell'U.O. della struttura di ricovero per:

- presentare il caso
- concordare la data e le modalità di accesso dell'assistito.

Il MMG/PDF redige l'impegnativa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali/ricovero, specificando che si tratta di ammissione protetta concordata con l'U.O. interessata.

L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale trasmette all'U.O. il modulo per l'ammissione protetta (allegato 3).

Nel caso si ravvisi l'opportunità di avvalersi di un Posto Tecnico di Cure Subacute, criteri e modalità cui attenersi sono riportati nell'allegato 4.

Al termine del ricovero, se permangono le condizioni di fragilità e in tutti i casi di pazienti con necessità di cure palliative, deve essere seguito il percorso di dimissione protetta.

CURE INTERMEDIE

La rete delle Cure Intermedie è stata istituita da R.L. dal 2015 per utenti fragili con bisogni complessi sia in area clinica sia assistenziale e sociale, fra cui anche persone affette da demenza, per le quali è stato definito uno specifico profilo, che richiedono interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, non erogabili al domicilio o in ospedale. Nel territorio dell'ATS di Brescia sono presenti 4 strutture di questo tipo, per un totale di 207 posti letto.

I posti letto sono dedicati a pazienti che, dopo la dimissione ospedaliera o dal domicilio, necessitano di un periodo di assistenza in situazione protetta per completare l'iter di cura, favorendo il recupero del miglior stato di salute e benessere possibile, per meglio reinserirlo nel proprio contesto di vita o per accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno.

Le Strutture attuali sono:

- Fondazione Ospedale Casa di Riposo "Nobile Paolo Richiedei" - Gussago e Palazzolo

- Fondazione Madonna del Corlo Onlus - Lonato
- RSA Fondazione Irene Rubini Falck Onlus- Vobarno (per 20 pl)
- RSA Residenze Anni Azzurri s.r.l.- Rezzato (per 20 pl).

Non possono essere inseriti su tali posti letto pazienti con patologie psichiatriche attive, condizioni per cui sono già previsti interventi specifici (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.), condizioni di instabilità in corso o non completamente superate, acuzie non risolte, diagnosi incomplete o in corso di definizione.

L'accesso a tali strutture avviene previa compilazione, da parte degli Specialisti, MMG o medici di RSA/RSD, della prescrizione di ricovero e della Scheda Unica di Invio e Valutazione (allegato 5).

VERIFICA DEL PROCESSO

Il presente Accordo potrà essere aggiornato sulla base di:

- indicazioni emerse da valutazioni congiunte tra ATS e ASST;
- verifiche tra le Direzioni Sanitarie e Socio Sanitarie di ATS e delle ASST e le Direzioni Sanitarie delle Strutture di Ricovero e Cura Private accreditate.

Nel corso delle verifiche si valuteranno il rispetto dell'accordo, i risultati della sua applicazione anche attraverso l'analisi preliminare degli indicatori di seguito riportati e le criticità riscontrate, con possibilità di integrazione o di adozione condivisa delle iniziative che si riterranno necessarie.

INDICATORI

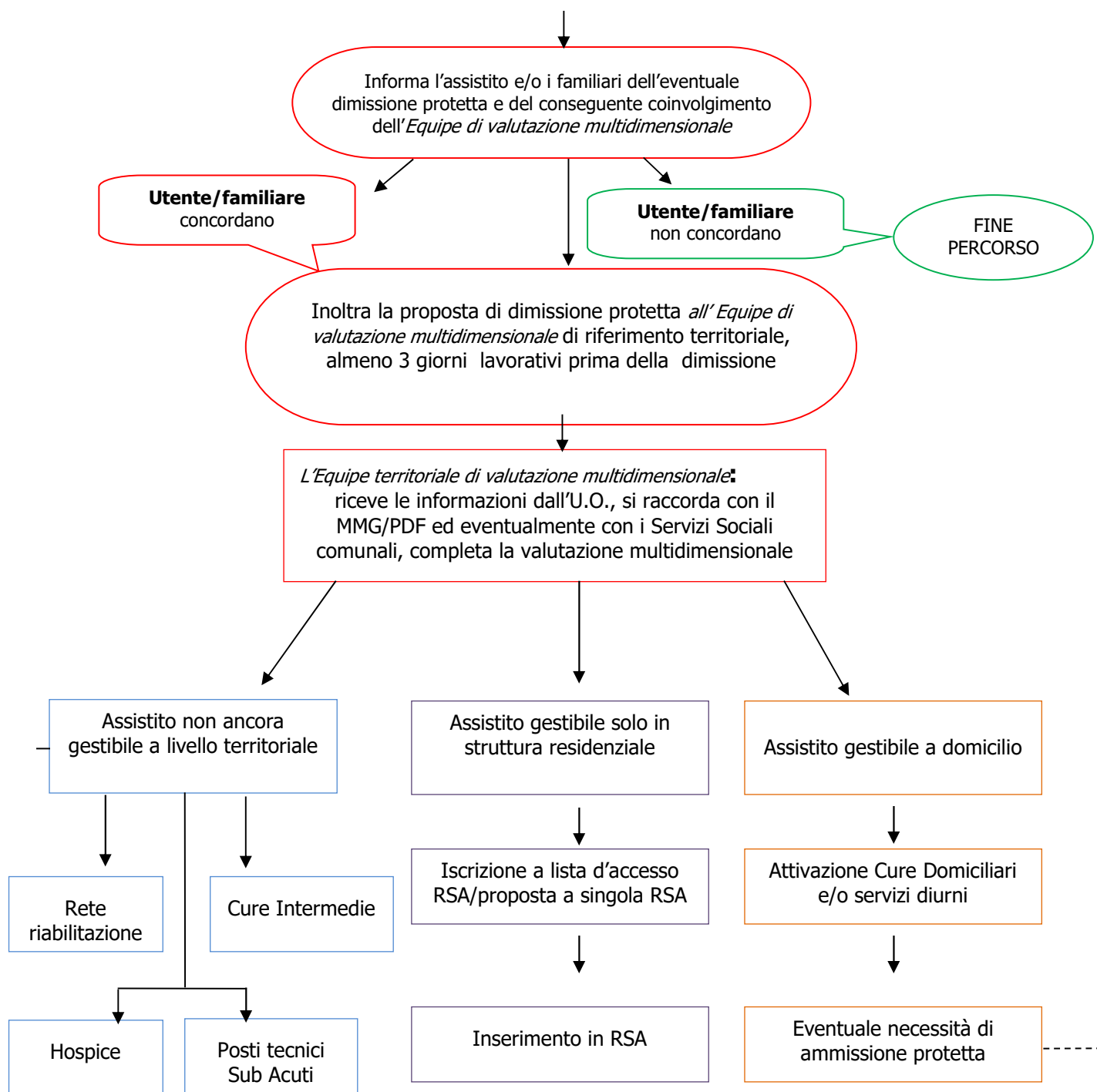
1. Mantenimento/implementazione del numero di dimissioni protette attivate per Struttura con riferimento all'anno precedente (rilevazione ATS)
2. Rilevazione del numero di dimissioni protette attivate dalle Strutture per caratteristiche di genere M (rilevazione ATS)
F (rilevazione ATS)
3. Rilevazione del numero di dimissioni protette attivate dalle Strutture per fasce di età:
 - ≥ 65 anni (rilevazione ATS)
 - ≥ 75 anni (rilevazione ATS)
 - ≥ 85 anni (rilevazione ATS)
 - ≥ 100 anni (rilevazione ATS)

PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA

U.O. ospedaliera:

Valutata la necessità di dimissione protetta durante il ricovero dell'assistito *(se necessario contatto preliminare di confronto sull'appropriatezza della segnalazione con L'Equipe territoriale di valutazione multidimensionale)*

Per tutti gli assistiti con necessità di cure palliative l'informazione va trasmessa all'Equipe territoriale di valutazione multidimensionale anche in caso di passaggio all'UOCP o all'Hospice.



MODALITA' DI AMMISSIONE PROTETTA

Il MMG/PDF che individua la necessità di ricorrere a ricoveri/prestazioni specialistiche programmate a favore di un assistito già in carico ai servizi territoriali:

concorda con l' équipe territoriale per la valutazione multidimensionale l'attivazione del percorso di ammissione protetta verso:

- Ricoveri ordinari
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale
- MAC - Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale
- BIC - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale
- Posti Tecnici di Cure Subacute

contatta il referente dell'U.O. della struttura di ricovero per:

1. presentare il caso
2. concordare la data e le modalità di accesso del paziente

redige l'impegnativa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali/ricovero (specificando che si tratta di ammissione protetta concordata con l'U.O. interessata)

informa l'équipe per la valutazione multidimensionale della scelta effettuata per l'invio del modulo

L' Equipe territoriale per la valutazione multidimensionale trasmette all'U.O. il modulo per l'ammissione protetta

L'U.O. della Struttura accoglie e valuta le richieste di ammissione e **concorda** con il MMG/PDF i tempi e le modalità d'accesso

Al termine del ricovero viene seguito il percorso di dimissione protetta

L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale supporta anche in termini logistici il percorso di ammissione protetta

LEGENDA DEGLI ACRONIMI UTILIZZATI

ATS:	Agenzia di Tutela della Salute
ASST:	Aziende Socio Sanitarie Territoriali
ADI:	Assistenza Domiciliare Integrata
MMG:	Medico di Medicina Generale
PDF:	Pediatra Di Famiglia

RSA: Residenza Sanitario Assistenziale
RSD: Residenza Sanitaria Disabili
U.O.: Unità Operativa
STCP: Assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (gestita da UOCP)
UOCP: Unità Operativa Cure Palliative
BIC: Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale
MAC: Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale
PI: Progetto individuale

Struttura U.O. Tel.

**SCHEMA DI SEGNALAZIONE PER DIMISSIONE PROTETTA DA UTILIZZARE ANCHE PER
SEGNALAZIONE DEGLI ASSISTITI CON NECESSITÀ DI CURE PALLIATIVE**

Cognome e nome dell'assistito data di nascita
 residente a in via n.
 tel. Familiare di riferimento (grado di parentela, cognome, nome, n. telefonico)

Diagnosi medica di dimissione

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE:

percezione della realtà: () confuso () vigile () disorientato
 respirazione: () normale () patologica
 alimentazione () normale () S.N.G. () N.P.T. () altro
 eliminazione intestinale: () normale () stipsi () diarrea () incontinenza
 () stomia tipo frequenza di gestione
 eliminazione urinaria: () normale () incontinenza () guaina esterna () pannolone
 () catetere vescicale; tipo calibro sostituito il
 () stomia tipo frequenza di gestione
 mobilitazione: () attiva fuori dal letto () attiva fuori dal letto con ausili
 () attiva nel letto () completamente passiva
 riposo e sonno: () normale () patologico
 vestirsi e spogliarsi: () autosufficiente () non autosufficiente
 igiene personale: () autosufficiente () non autosufficiente aiuto da parte di
 comunicazione: () mantenuta () compromessa
 lesioni cutanee: () no () sì tipo
 sede medicazioni con
 terapia del dolore: farmaci
 posologia via di somm.
 necessita di : () presidi sanitari richiesti () sì () no
 () ausili sanitari richiesti () sì () no
 è portatore di C.V.C.: () sì () no tipo: medicazioni come da protocollo: () sì () no
 se no, con quali prodotti e frequenza:

Il paziente è a conoscenza della propria patologia? sì () no ()

Paziente con necessità di cure palliative sì () no () - Se sì:
 Indice di Karnofsky Scala numerica di valutazione del dolore ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
 Pianificato trasferimento in struttura dedicata sì () no () - Se sì indicare tipologia, struttura e data
 Tipologia: () UOCP () ospedalizzazione domiciliare () Hospice
 Struttura: () Domus Salutis () Orzinuovi (ASST della Franciacorta) () Gavardo (ASST del Garda)
 () Hospice Richiedei () Hospice Il Gabbiano - Pontevico () Hospice RSA Passerini - Vestone
 Data di trasferimento

Note

Data prevista per la dimissione protetta:

Operatore ospedaliero di riferimento/telefono

Data Il/la Coordinatore Infermieristico Il Medico

Da trasmettere all'Equipe di Valutazione Multidimensionale di residenza

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ATS Brescia

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE PER LE CURE PALLIATIVE

SCHEDA DI SEGNALAZIONE ALL'EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

(da inviare all'equipe di valutazione del territorio di)

Proponente:

☐ MMG ☐ PDF ☐ Struttura _____ ☐ Altro _____
Specificare Specificare

Cognome: _____ Nome: _____

data di nascita: _____ Codice Fiscale: _____

LEGENDA: MMG: Medico di Medicina Generale; PDF: Pediatria di Famiglia

Per il Sig./Sig.ra:

☐ M ☐ F _____
sempre data di nascita Cognome Nome _____
Codice Fiscale
_____ domicilio _____ N. civico _____ Comune_____ Telefono 1(obbligatorio) _____ Telefono _____ Altri recapiti

Eventuale Centro Specialistico di riferimento _____

Situazione familiare: vive solo/a ☐ con badante ☐ con coniuge/convivente ☐
 con figlio/a ☐ con genitore ☐ con parente ☐ famiglia con più persone ☐

 Persona di riferimento Relazione con il paziente Telefono e-mail
Note Inserire note**Diagnosi principale:** ☐ Oncologica ☐ Non oncologica

precisare diagnosi: _____

Indicazione a: ☐ Cure Palliative simultanee ☐ sole Cure Palliative**Comorbidità** (se diverse dalla patologia per cui si richiede la presa in carico)
☐ Cardiovascolari ☐ Respiratorie ☐ Metaboliche ☐ Neurologiche
Eventuali note Inserire eventuali note**Terapie in atto:** Inserire la descrizione delle terapie in atto....**Sintomi** LEGENDA: NRS: scala numerica del dolore

☐ Dolore	ben controllato	si	no	☐ Astenia
	NRS _____	(da 1 a 10)		
☐ Dispnea	ben controllata	si	no	☐ Disfagia parziale assoluta
☐ Emorragia	ben controllata	si	no	☐ Febbre
☐ Delirium	ben controllato	si	no	☐ Altro

Condizioni patologiche e relativi presidi sanitari di supporto

☐ Catetere vescicale (data ultima sostituzione: _____)	☐ Ureterocutaneostomia
☐ Catetere venoso centrale (data ultima medicazione: _____)	☐ Drenaggi
☐ Tracheostomia	☐ Medicazioni complesse
☐ Enterocolostomia	☐ Nutrizione parenterale
☐ Nutrizione enterale	☐ Altro

Grado di consapevolezza del paziente

Conosce la diagnosi: ☐ del tutto o quasi ☐ parzialmente ☐ vagamente ☐ per niente

Conosce la prognosi: ☐ con ragionevole precisione ☐ vagamente ☐ per niente

Tipologia di Cure Palliative ritenuta più opportuna dal proponente

- ☐ Approccio del solo MG/PLS
☐ Cure palliative di base (con ADI-voucher)
 Cure palliative specialistiche: ☐ Domiciliari (STCP) ☐ In Hospice - UOCP
☐ Altro (specificare):

Karnofsky Performance Status: punteggio (da 1 a 100)

Attività lavorativa	Attività quotidiane	Cura personale	Sintomi / supporto sanitario	
completa	completa	completa	nessuno	100
lieve difficoltà	lieve difficoltà a camminare	completa	segni/sintomi minori / calo ponderale < 5% / calo energie	90
lieve-grave difficoltà	lieve/moderata difficoltà a camminare/guidare	lieve difficoltà	alcuni sintomi / calo ponderale < 10% / calo moderato di energie	80
inabile	moderata difficoltà / si muove prevalentemente in casa	moderata difficoltà	alcuni segni/sintomi / calo grave di energie	70
	grave difficoltà a camminare e guidare	moderata-grave difficoltà	segni/sintomi maggiori / grave calo ponderale > 10%	60
	alzato per più del 50% ore giorno	grave difficoltà	supporto sanitario frequente / paziente ambulatoriale	50
	a letto per più del 50% ore giorno	limitata alla cura di sé	assistenza sanitaria straordinaria / frequenza e tipo interventi	40
	Inabile	inabile	indicato ricovero ospedaliero o domiciliare / supporto sanitario a > intensità	30
			grave compr. una/più funzioni vitali irreversibile	20
			rapida progressione processi biologici mortali	10
			morto	0

Data Prevista dimissione: _____

Indicare email a cui verranno inviate le risposte _____

Equipe di valutazione multidimensionale Ambito di _____

Data _____

Tel.: _____

Fax: _____

Indirizzo e_mail _____

SEGNALAZIONE PER AMMISSIONE PROTETTA

Alla U.O. _____

Struttura _____

Dr. _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ MMG/PDF _____

Residenza _____ Via _____ n. _____

Persona di riferimento _____ tel. _____

Motivo della segnalazione

Assistito con necessità di cure palliative () sì () no

Ricovero/ Prestazione richiesta:

Data e ora concordata di ammissione protetta: _____

Operatore territoriale da contattare:

Cognome e Nome _____ tel. _____

L'Operatore dell'équipe di valutazione

Il Medico

Si prega di scrivere in stampato ed in modo leggibile

CRITERI E MODALITÀ PER L'ACCESSO A POSTI TECNICI SUB ACUTI

Strutture del territorio dell'ATS di Brescia che hanno attivato posti tecnici di cure subacute

Struttura	Presidio
Fondazione Poliambulanza	Brescia
ASST Spedali Civili di Brescia	Gardone Valtrompia
ASST della Franciacorta	Orzinuovi
ASST del Garda	Pontevico
Casa di Cura Villa Gemma – Barbarano	Gardone Riviera

La DGR IX/1479 del 30/03/2011 indica i criteri di riferimento in merito ai posti tecnici di cure subacute; in particolare precisa:

“.....Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. E' quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

.....Le attività subacute rappresentano una forma distinta di attività sanitaria che ha l'obiettivo di erogare le cure, professionalmente qualificate, necessarie a garantire, per alcune definite tipologie di pazienti, l'uscita dalla fase acuta del ricovero.

.....Le cure subacute richiedono, per ogni paziente, la formulazione di un piano di trattamento che porti a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti.

Le cure subacute non devono essere confuse con le attività socio – sanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica.

.....Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale.

Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende: una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi.

Sono orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio.

La durata media della degenza in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10/15 giorni e per ogni singolo paziente, al momento della accettazione, la degenza attesa, secondo il piano di assistenza individuale, non dovrebbe essere mai inferiore ai 7/10 giorni. La degenza ha comunque una durata limitata, non superiore ai 30/40 giorni.

Alla fine del percorso terapeutico è prevista una valutazione dei risultati ottenuti anche in relazione agli attesi.”

La DGR di riferimento specifica inoltre:

- **Criteri di accesso;**
- **Criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per l'accesso;**
- **Criteri di esclusione.**

Pianificazione dell'accesso a posti tecnici di cure subacute:

Quando il MMG/Equipe di Valutazione Multidimensionale/Specialista, previo accordo con l'Unità di cure subacute, ritengono opportuno l'inserimento in Posto Tecnico di Cure Subacute, definiscono il piano individuale avvalendosi degli strumenti di valutazione/pianificazione in uso e specificamente la **“Scheda per l'arruolamento del paziente nella struttura sub acuta”**, predisposta presso ciascuna Struttura. L'accesso alle cure per gli assistiti provenienti dal domicilio o dai servizi della rete territoriale (RSA, etc.) richiede idonea impegnativa del curante.

SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITA' DI CURE INTERMEDIE

Cognome e Nome	Data Nascita	Sesso
		☐ M ☐ F

Domicilio (indirizzo abitazione o struttura residenziale)	telefono

Residente in Lombardia:	☐ No ☐ Si	Invalidità:	☐ No ☐ Si ☐ In corso
Cittadino extra UE:	☐ No ☐ Si	Accompagnamento:	☐ No ☐ Si ☐ In corso

Inviante

☐ Ospedale		telefono
Reparto		
Referente		
☐ Altro (Riportare nominativo e qualifica medico med. Gen., medico RSA, medico specialista, ecc.)		telefono

Caregiver/persona di riferimento	telefono

Amministratore di sostegno	☐ Non necessario ☐ No ☐ Si	telefono
Nominativo		

Costituiscono criteri di esclusione per il ricovero in unità di cure intermedie:

- paziente instabile secondo la classificazione della scala SIC (punteggio 3)
- paziente con acuzie non risolte
- percorso diagnostico incompleto o in corso di definizione
- paziente con patologia psichiatrica attiva
- paziente con condizione per cui sono previsti interventi specifici (SV, SLA, hospice)

AREA CLINICA VALUTAZIONE DI INSTABILITA' CLINICA (SCALA SIC)

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

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 strumenti



EVENTO INDICE (evento che ha determinato il ricovero in ospedale da cui deve essere dimesso con una diagnosi oppure evento al domicilio che determina una recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale entrambi passibili o meno di ripristino clinico-funzionale)

Data evento indice se individuabile

Altrimenti specificare il periodo: ☐ meno di 3 mesi ☐ meno di 6 mesi ☐ meno di un anno

Mezzo di sintesi (se posizionato un mezzo di sintesi specificarne il tipo/materiale per possibili incompatibilità in indagini radiologiche o terapie)

CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA)

RIFERITA ALLA CONDIZIONE PRECEDENTE L'EVENTO INDICE

- ☐ **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

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

**Comorbidità
significativa**

(patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso)

**CONDIZIONI GENERALI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**• **Controllo del tronco** (con riferimento al trunk control test)

- ☐ nessun controllo (TCT=0)
- ☐ in grado di girarsi senza supporto su almeno un lato (TCT <25)
- ☐ capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi con supporto (TCT<50)
- ☐ capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi senza supporto (TCT> 50)
- ☐ buon controllo

• **Passaggi posturali:**☐

Indipendente

☐

con aiuto

☐

dipendente

• **Utilizza ausili per la deambulazione:**☐

SI

☐

NO

Se sì, quali?

• **Verticalizzazione:**☐

SI

☐

NO

• **Carico concesso:**☐

completo

☐

parziale

☐

assente

• **Se in ossigenoterapia, in atto svezzamento:**☐

SI

☐

NO

• **Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento:**☐

SI

☐

NO

• **Se cannula tracheale, in atto rimozione:**☐

SI

☐

NO

Stato Nutrizionale:

☐

ADEGUATO

☐

OBESITA'

☐

MALNUTRIZIONE

Peso kg:

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

Eventuali farmaci con piano terapeutico:

TERAPIE IN CORSO

☐ Assenza di terapie	1
☐ Terapia solo orale	2
☐ Trattamento infusivo	3
☐ Nutrizione perenterale totale	3
☐ Trattamento dialitico attivo	3

ALTRI BISOGNI CLINICI

☐ Assenza di altri bisogni clinici	1
☐ Monitoraggio ematochimici standard	2
☐ Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	3
☐ Necessità di follow-up strumentale	3
☐ Necessità di consulenze specialistiche	3

**SCALA DI DISABILITÀ 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 paziente 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 sì/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

Patologie psichiatriche: ☐ No ☐ Sì <i>Se sì, specificare</i>	Alterazioni del comportamento rilevanti ☐ Wandering ☐ Depressione ☐ Agitazione/aggressività ☐ Etilismo
In carico a CPS: ☐ No ☐ Sì <i>Se sì, specificare</i>	
Tentato suicidio: ☐ No ☐ Sì <i>Se sì, specificare</i>	
Rientro al domicilio ☐ Certo ☐ Probabile ☐ RSA Attivata pratica	
Il Paziente è affetto da demenza? ☐ No ☐ Sì	Se sì, la diagnosi risale a: ☐ < 3 mesi ☐ < 1 anno ☐ > 1 anno
Disturbi comportamentali e sintomi psichici? ☐ No ☐ Sì	Se sì, da quanto tempo: ☐ giorni ☐ vari mesi ☐ anni



Regione Lombardia

Da compilare solo per profilo demenze

Disturbi comportamentali

- ☐ Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.)
- ☐ Allucinazioni
- ☐ Vagabondaggio o si perde fuori casa
- ☐ Agitazione notturna
- ☐ Inversione ritmo sonno-veglia
- ☐ Aggressività verso sé e/o gli altri
- ☐ Urla o lamentazioni o vocalismi
- ☐ Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica
- ☐ Presenza di disturbi del comportamento alimentare

Confusione

- ☐ Completamente confuso, personalità destrutturata
- ☐ Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe
- ☐ Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio
- ☐ Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente

Irritabilità

- ☐ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ☐ Mostra ogni tanto segni di irritabilità
- ☐ Non mostra segni di irritabilità

Irrequietezza

- ☐ Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
- ☐ Si agita e gesticola durante la conversazione
- ☐ Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

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 familiari, 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)

OBIETTIVI DEL RICOVERO (anche più di uno)

- ☐ Stabilizzazione clinico assistenziale ("convalescenza" e monitoraggio funzioni vitali)

- ☐ Recupero e miglioramento funzionale
- ☐ Supporto e addestramento del care-giver (nursing riabilitativo e addestramento a device e/o ausili)
- ☐ Valutazione e indirizzo alle cure di fine vita (prognosi poco favorevole e approccio palliativo)



Regione Lombardia

AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (ICA)

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		4) ALIMENTI E IDRATAZIONE	
☐ Senza aiuto/sorveglianza	1	☐ Senza aiuto/sorveglianza	1
☐ Parametri < 3 rilevazioni die	2	☐ Prescrizione dietetica	2
☐ Parametri ≥ 3 rilevazioni die	3	☐ Necessità di aiuto per azioni complesse	2
☐ Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	☐ Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
☐ Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	☐ Presenza di disfagia lieve	3
☐ Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	☐ Presenza di disfagia moderata/severa	4
☐ Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	☐ Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
☐ Quantità urine	2	5) ELIMINAZIONE	
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		☐ Senza aiuto/sorveglianza	1
☐ Senza aiuto/sorveglianza	1	☐ Monitoraggio alvo	2
☐ Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	☐ Necessità di clisma	3
☐ Dispnea da sforzo grave	3	☐ Necessità di essere accompagnato al WC	3
☐ Dispnea a riposo	4	☐ Gestione della stomia	3
☐ Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	☐ Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
☐ Tosse acuta/cronica	3	☐ Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3
☐ Parametri < 3 rilevazioni die	2	☐ Cateterismo durante il ricovero / a lunga permanenza	3
☐ Parametri ≥ 3 rilevazioni die	3	6) IGIENE E ABBIGLIAMENTO	
☐ Ossigenoterapia	3	☐ Senza aiuto/sorveglianza	1
☐ Necessità di ventiloterapia notturna	3	☐ Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
☐ Presenza di tracheostomia	4	☐ Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
☐ Terapia con nebulizzazioni	3	☐ Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
3) MEDICAZIONI		7) MOVIMENTO	
☐ Assenza di medicazioni	1	☐ Senza aiuto/sorveglianza	1
☐ Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	☐ Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
☐ Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	☐ Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
☐ Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	☐ Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
☐ Ferita chirurgica non complicata	2	☐ Necessità di utilizzare il sollevatore	4
☐ Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	☐ Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
☐ Moncone di amputazione da medicare	3	8) RIPOSO E SONNO	
☐ Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	☐ Senza aiuto/sorveglianza	1
☐ Stomia recente da medicare	3	☐ Sonno indotto con farmaci	2

☐ Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	☐ Disturbi del sonno	3
		☐ Agitazione notturna costante	4
		9) SENSORIO E COMUNICAZIONE	
		☐ Senza aiuto/sorveglianza	1
		☐ Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
		☐ Difficoltà in grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
		☐ Deficit cognitivo lieve	2
		☐ Deficit cognitivo moderato	3
		☐ Deficit cognitivo grave	4
		☐ Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
		10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	
		☐ Senza aiuto/sorveglianza	1
		☐ Apparecchi medicali dal domicilio	2
		☐ Rischio caduta medio-alta	4
		☐ Uso di mezzi di protezione	4
		☐ Attivazione assistente sociale	3
		☐ Educazione sanitaria del care-giver	2
		☐ Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3

INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	1	2	3	4
FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA	☐	☐	☐	☐
FUNZIONE RESPIRATORIA	☐	☐	☐	☐
MEDICAZIONI	☐	☐	☐	☐
ALIMENTI E IDRATAZIONE	☐	☐	☐	☐
ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE	☐	☐	☐	☐
IGIENE E ABBIGLIAMENTO	☐	☐	☐	☐
MOVIMENTO	☐	☐	☐	☐
RIPOSO E SONNO	☐	☐	☐	☐
SENSORIO E COMUNICAZIONE	☐	☐	☐	☐
AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	☐	☐	☐	☐
ESITO DI COLONNA MAGGIORMANTE RAPPRESENTATO	☐	☐	☐	☐
LA VALUTAZIONE I.C.A. DELINEA IL PROFILO	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Nella scheda ICA compilare tutte le voci dei bisogni rilevanti come significativi, nello schema riassuntivo utile a definire il Profilo riportare solo il valore dell'item prevalente. La colonna del numero più rappresentato delinea il Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3, 4)

Data di compilazione

Nome e firma dell'Infermiere

Nome e firma del Medico

Matrice per la determinazione del Profilo di cura

Per ciascuna area sono stati 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, Ranking 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 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
<i>Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo</i>		<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