



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 5665

SEDUTA DEL 26/01/2026

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali MARCO ALPARONE *Vicepresidente*  
ALESSANDRO BEDUSCHI  
GUIDO BERTOLASO  
FRANCESCA CARUSO  
GIANLUCA COMAZZI  
ALESSANDRO FERMI  
PAOLO FRANCO  
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA  
ELENA LUCCHINI  
FRANCO LUCENTE  
GIORGIO MAIONE  
DEBORA MASSARI  
MASSIMO SERTORI  
CLAUDIA MARIA TERZI  
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

ATTUAZIONE DEL SECONDO LIVELLO DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE NELL'AMBITO DELLE RSD (ICA 2 - RSD) IN ORDINE ALLA D.G.R. N. 1513 DEL 13.12.2023 E ALLA D.G.R. N. 2229 DEL 22.04.2024

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

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

Il Dirigente Clara Sabatini

Esito favorevole del controllo degli aspetti finanziari e/o patrimoniali, ai sensi dell'art. 8, comma 5 della D.G.R. n. 4755/2016:

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

**VISTA** la seguente normativa nazionale:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.", come modificato dal D.lgs. 10/08/2018, n. 101 e dal decreto-legge 8 ottobre 2021, n. 139 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 3 dicembre 2021, n. 205;
- decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";
- decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- decreto ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";
- DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";

**VISTE** le seguenti leggi regionali:

- 30 agosto 2008 n. 1 "Legge regionale statutaria";
- 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m.i.;

**RICHIAMATI** inoltre:

- il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII legislatura, approvato con DCR XII/42 del 20/06/2023, che costituisce il documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia;
- il Piano Socio-Sanitario Regionale 2024/2028, approvato con DCR n. 395 del 14.07.2024;



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

**PRESO ATTO** che la DGR 1513/2023 ha stabilito di:

- finalizzare dall'anno 2024, oltre alla remunerazione legata alla tariffa S.I.D.I (Scheda Individuale Disabili) ulteriori risorse di Fondo Sanitario Regionale (FSR) fino a 11 mln/Euro per il riconoscimento, con decorrenza dal 1/01/2024, a titolo di "Indice di Complessità Assistenziale" (I.C.A.) di una tariffa pro die a favore degli ospiti tipici delle Residenze Sanitarie Assistenziali per persone con disabilità (RSD) e delle Comunità Alloggio Sociosanitarie per persone con disabilità (CSS) che, nell'ambito della valutazione riportata nel flusso S.I.D.I., si trovano in una o più delle condizioni a maggior impatto di complessità legata alla sfera dell'alimentazione e/o del comportamento (comportamenti auto/etero aggressivi);
- riconoscere ulteriori risorse di FSR, fino a 6 mln/Euro, in presenza di comportamenti-problema nell'ambito della disabilità qualificabili come casistica di secondo livello di complessità, che possono essere presi in carico in modo appropriato nelle RSD, da realizzare all'esito di uno specifico approfondimento nell'ambito del Tavolo interdirezionale per la Disabilità, già costituito con Decreto Direzione Generale Welfare n. 11118 del 24/07/2023, composto da DG Famiglia, ATS, ASST, Associazioni degli Enti gestori, Comuni, Associazioni delle famiglie;

**PRESO ATTO**, inoltre, che con DGR 2229/2024 ad oggetto "Determinazioni in attuazione della DGR XII/1513 del 13/12/2023 finalizzate alla definizione del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD" si è stabilito il percorso da attuare per la definizione del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD, rinviandone le determinazioni a successivo atto;

**CONSIDERATO** che con DGR 2966/2024 si è stabilito di destinare ulteriori risorse, pari a 6 mln/euro, per l'attuazione di quanto previsto dalle DGR n. 1513/2023 e DGR n. 2229/2024, pertanto le risorse totali risultano pari a 12 mln/euro;

**RICHIAMATI** altresì tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Sociosanitario Regionale ed in particolare:

- DGR 3720/2024 che dispone l'avvio del riconoscimento del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD di cui alle D.G.R. n. 1513/2023 e D.G.R. n. 2229/2024, confermando l'impegno di 12 mln/euro;
- DGR 5589/2025 che dispone l'avvio del riconoscimento del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD nel corso del 2026;

**VALUTATO** che la UO Polo Territoriale – Direzione Generale Welfare –, coinvolgendo il Tavolo interdirezionale per la Disabilità ha concluso l'iter di definizione del riconoscimento del secondo livello di complessità assistenziale in RSD, così come previsto dalla DGR 2229/2024 e come riportato nell'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, procedendo pertanto a definire, attraverso specifiche linee metodologiche:



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

- la popolazione che necessita di un secondo livello di complessità assistenziale di presa in carico
- lo standard di personale
- lo standard di competenze del personale
- l'evidenza del trattamento
- la tariffa;

**CONSIDERATO** che sono state definite due categorie di riconoscimento:

- Elevato: con tariffa aggiuntiva, a quella definita dalla classe SIDi e dall'ICA 1 livello, pari a 29,20 euro/die/persona e un minutaggio settimanale aggiuntivo, a quello previsto dalla classe SIDi, pari ad almeno 450 minuti per persona;
- Molto Elevato: con tariffa aggiuntiva, a quella definita dalla classe SIDi e dall'ICA 1 livello, pari a 43,90 euro/die/persona e un minutaggio settimanale aggiuntivo, a quello previsto dalla classe SIDi, pari ad almeno 675 minuti per persona;

**RITENUTO:**

- di approvare il documento "Linee metodologiche per l'attuazione del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD (ICA 2 - RSD)", allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di avviare il riconoscimento del secondo livello di complessità assistenziale in RSD secondo le modalità e tempistiche dettagliate nel documento innanzi citato;

**STABILITO** di demandare a successivi atti dell'UO Polo Territoriale - Direzione Generale Welfare - per l'attuazione operativa del presente provvedimento, anche in termini di eventuali ulteriori indicazioni con carattere di precisazione delle determinazioni assunte;

**DATO ATTO** che quanto disposto dal presente provvedimento trova copertura per l'esercizio 2026, per l'importo massimo di 12 milioni di Euro, nelle complessive risorse assegnate alle ATS con Decreto della Direzione Centrale Bilancio e Finanza n. 18933 del 19/12/2025 "Assegnazione a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del FSR per l'esercizio 2026";

**RITENUTO** di definire che il livello degli oneri annui riconoscibili a titolo di extrabudget ICA 2, per le RSD ubicate in ciascuna ATS, è quello indicato nell'allegato 1, paragrafo 8 "Riparto Budget per ATS";

**RITENUTO** altresì di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it);



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

**STABILITO** che il presente provvedimento non è soggetto alla pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs. n. 33/2013;

**RICHIAMATE** la l.r. 20/08 e le DD.G.R. relative all'assetto organizzativo della Giunta regionale;

**VAGLIATE** ed assunte come proprie le predette determinazioni;

**A VOTI UNANIMI** espressi nelle forme di legge;

### DELIBERA

1. di disporre l'avvio del riconoscimento del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD (ICA 2 – RSD), di cui alle D.G.R. n. 1513/2023 e D.G.R. n. 2229/2024, confermando l'impegno di 12 mln/euro per l'anno 2026;
2. di approvare due categorie di riconoscimento:
  - Elevato: con tariffa aggiuntiva, a quella definita dalla classe SIDi e dall'ICA 1 livello, pari a 29,20 euro/die/persona e un minutaggio settimanale aggiuntivo, a quello previsto dalla classe SIDi, pari ad almeno 450 minuti per persona;
  - Molto Elevato: con tariffa aggiuntiva, a quella definita dalla classe SIDi e dall'ICA 1 livello, pari a 43,90 euro/die/persona e un minutaggio settimanale aggiuntivo, a quello previsto dalla classe SIDi, pari ad almeno 675 minuti per persona;
3. di approvare il documento "Linee metodologiche per l'attuazione del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD (ICA 2 – RSD)", allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di avviare il riconoscimento del secondo livello di complessità assistenziale in RSD secondo le modalità e tempistiche dettagliate nel documento di cui al punto 3);
5. di demandare a successivi atti dell'UO Polo Territoriale - Direzione Generale Welfare - l'attuazione operativa del presente provvedimento, anche in termini di eventuali ulteriori indicazioni con carattere di precisazione delle determinazioni assunte;
6. di dare atto che quanto disposto dal presente provvedimento trova copertura per l'esercizio 2026 nelle complessive risorse assegnate alle ATS con Decreto della Direzione Centrale Bilancio e Finanza n. 18933 del 19/12/2025 "Assegnazione a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del FSR per l'esercizio 2026";



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

7. di definire che il livello degli oneri annui riconoscibili a titolo di extrabudget ICA 2, per le RSD ubicate in ciascuna ATS, è quello indicato nell'allegato 1, paragrafo 8 "Riparto Budget per ATS";
8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it);
9. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs. 33/2013.

IL SEGRETARIO  
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

**Regione Lombardia**

**LINEE METODOLOGICHE PER L'ATTUAZIONE DEL  
SECONDO LIVELLO DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE  
NELL'AMBITO DELLE RSD (ICA 2 – RSD)**

## Abstract

Nell'ambito della programmazione regionale sociosanitaria in materia di disabilità, negli ultimi anni il tema delle problematiche comportamentali ha assunto una crescente rilevanza a fronte di un incremento delle emergenze comportamentali determinate da un aumento dei disturbi della condotta con una conseguente difficoltà dei servizi a trattare questa specifica popolazione.

Al fine di fornire sostegni per il trattamento e la gestione appropriata delle problematiche comportamentali delle persone con disabilità, nel 2023 con la DGR n. 1513 è stato avviato un percorso che ha previsto il riconoscimento di due livelli di complessità per gli ospiti tipici di RSD e CSS che, nell'ambito della valutazione riportata nel flusso S.I.D.I., si trovano in una condizione di complessità legata in particolare alla sfera del comportamento (comportamenti auto/etero aggressivi).

Con la medesima DGR è stato dato avvio al riconoscimento del primo livello di complessità assistenziale - ICA 1 - per gli ospiti tipici di RSD e CSS con comportamenti auto etero aggressivi con livello 4 rilevato da SIDI (*spesso – più volte, nell'arco della settimana e del giorno*) per i quali, al fine di sostenere i percorsi attivati, è stato previsto un incremento tariffario pari a 7,9 utente die, ad invarianza di standard gestionali.

Con il presente documento si definisce il secondo livello di complessità – ICA 2 – che prevede uno specifico percorso di presa in carico per le persone in condizione di emergenza comportamentale che, stante la complessità della condizione, non possono che essere inserite in RSD.

Si tratta infatti di persone a cui è già stato riconosciuto il livello ICA 1 e che, ad esito della valutazione, risultano nella condizione di emergenza comportamentale, ovvero presentano una problematica comportamentale con un livello di intensità, frequenza o imprevedibilità tale da rappresentare un rischio immediato e concreto per l'incolumità della persona stessa o di altri, per cui risultano necessari contesti appropriati con un potenziamento degli interventi.

Le Linee metodologiche declinate nel presente documento discendono dallo sviluppo di un processo metodologico che ha consentito la definizione dell'ICA 2 RSD e la validazione dei relativi strumenti di accertamento.

Ad esito del lavoro svolto si è pervenuti alla definizione dell'ICA 2 RSD, individuando in primis i destinatari ed i criteri di eleggibilità ad ognuna delle due previste categorie– livello Elevato e livello Molto Elevato – con il relativo specifico standard di personale aggiuntivo.

Sono stati poi definiti i percorsi per il riconoscimento ed il mantenimento dell'ICA 2 RSD differenziati sulla base del percorso della persona con comportamenti problemi, ovvero:

- persona già inserita in RSD con ICA 1
- persona al domicilio o in altri setting per la quale si prevede l'inserimento in RSD.

Sono state quindi individuate le modalità con cui le RSD che accolgono persone con ICA 2 RSD sono chiamate a dare evidenza dell'attuazione dei percorsi previsti e sono state definite le relative tariffe.

A completamento del processo sviluppato, sono state indicate le modalità attraverso cui si intende sostenere lo sviluppo e l'aggiornamento continuo delle competenze degli operatori di tali RSD attraverso percorsi formativi unitamente all'inclusione delle stesse RSD nello sviluppo della rete regionale per le emergenze comportamentali.



## Sommario

<b>PREMESSA</b>	2
<b>1. L'INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE DI SECONDO LIVELLO NELLE RSD</b>	4
1.1 Definizione di problematiche comportamentali e di emergenza comportamentale	3
1.2 Indice di complessità RSD di II° livello - ICA 2 RSD	5
1.3 Criteri di eleggibilità e categorie ICA 2 RSD	6
1.4 Standard personale ICA 2 RSD	7
<b>2. PROCESSO METODOLOGICO</b>	8
2.1 PRIMA FASE DI INDAGINE	8
2.1.1 Analisi della popolazione totale selezionata	8
2.1.2 Questionario di valutazione	8
2.1.3 Risultati sintetici	9
2.2 SECONDA FASE DI INDAGINE	13
2.2.1 Analisi della popolazione totale selezionata	13
2.2.2 Questionario di valutazione	13
2.2.3 Risultati sintetici	13
2.3 STRUMENTO DI VALUTAZIONE PER IL RICONOSCIMENTO DI ICA 2 DAL DOMICILIO	16
2.3.1 Test dello strumento	17
2.3.2 Metodo di classificazione	17
<b>3. I PERCORSI PER IL RICONOSCIMENTO ED IL MANTENIMENTO ICA 2 RSD</b>	17
3.1 Riconoscimento dell'ICA 2 RSD	18
3.1.1 Riconoscimento dell'ICA 2 per la persona già inserita in RSD con ICA 1	18
3.1.2 Riconoscimento dell'ICA 2 per la persona per la quale è previsto l'inserimento in RSD	19
3.2 Verifica dell'ICA 2 RSD	21
<b>4. EVIDENZA DEL TRATTAMENTO</b>	22
<b>5. FORMAZIONE E PERCORSI DI CONSULENZA</b>	24
<b>6. TARIFFE</b>	25
<b>7. FASE DI AVVIO ICA 2 RSD</b>	26
7.1 Persone già assegnatarie, a seguito della prima rilevazione, di ICA 2 RSD (n. 836)	26
7.2 Avvio valutazioni per eventuali nuovi beneficiari di ICA 2 RSD	26
7.3. Indicatori monitoraggio esiti e processo ICA 2 RSD	26
<b>8. RIPARTO BUDGET PER ATS</b>	31
<b>ALLEGATI</b>	28
A: Valutazione ICA 2 RSD	
B: Valutazione ICA 2 ASST	
C: Legenda di compilazione ASST	

## PREMESSA

La D.G.R. n. XII/1513 del 13 dicembre 2023 “Determinazioni in ordine al potenziamento delle risorse di FSR destinate nel 2024 all’area dei servizi territoriali residenziali dell’area anziani, dell’area residenziale della disabilità e dell’area residenziale delle dipendenze” ha riconosciuto l’elevata complessità assistenziale delle persone con disabilità che manifestano problematiche comportamentali e sono inserite nelle RSD.

A tal fine la stessa DGR ha previsto due livelli tariffari differenziati, correlati all’intensità dei bisogni e alla specificità della presa in carico assistenziale. Il primo livello – ICA 1 – è definito in relazione alla massima complessità assistenziale riferita alle dimensioni dell’alimentazione e del comportamento delle persone inserite in CSS e RSD.

Con la successiva DGR n. XII/2229/2024 è stato definito un percorso volto a riconoscere e sostenere in modo appropriato la gestione delle problematiche comportamentali complesse nelle RSD – secondo livello – ICA 2 RSD - da declinare nelle seguenti fasi:

1. identificazione della popolazione che necessita di un secondo livello di complessità assistenziale di presa in carico;
2. definizione dello standard di personale;
3. definizione dello standard di competenze del personale;
4. individuazione delle modalità di evidenza del trattamento;
5. definizione della tariffa.

L’attuazione di tale percorso è stata coordinata dall’U.O Polo Territoriale con il contributo del Tavolo interdirezionale per la Disabilità che, a tal fine, ha costituito un sottogruppo operativo composto da rappresentanti di ASST, di ATS, enti erogatori ed Associazioni dei familiari.

Per garantire un metodo rigoroso, l’U.O. sviluppato un lavoro che ha previsto anche il supporto tecnico del Dipartimento di Statistica dell’Università Bicocca di Milano e quello di Aria S.p.A.

Il presente documento formalizza gli esiti finali del processo di analisi, validazione e definizione dei criteri e degli strumenti per l’implementazione dell’ICA 2 RSD.

## 1. L'INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE DI SECONDO LIVELLO NELLE RSD

### 1.1 Definizione di problematiche comportamentali e di emergenza comportamentale

L'indice di complessità assistenziale di secondo livello (ICA 2 RSD) ha come obiettivo principale quello di fornire sostegni specifici per il trattamento e la gestione appropriata delle problematiche comportamentali delle persone con disabilità inserite nelle RSD.

Tali problematiche possono derivare da condizioni diverse, tra cui:

- la presenza di comportamenti problematici<sup>1</sup> come definiti dalla Linea Guida sulla diagnosi e trattamento degli adulti con disturbo dello spettro dell'autismo (il 29 ottobre 2025 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità);
- la presenza di problematiche psicopatologiche, che possono manifestarsi anche attraverso comportamenti disfunzionali;
- la presenza di problemi di salute fisica (ad esempio dolore, disturbi gastrointestinali, alterazioni neurologiche o sensoriali) che possono generare irritazione, disagio o sofferenza tali da determinare l'insorgenza di problematiche comportamentali.

L'ICA di secondo livello, nell'ambito di questa ampia cornice definitoria, pone particolare attenzione a quei comportamenti che hanno un impatto significativo sulla sicurezza fisica delle persone con disabilità e dei loro familiari e che costituiscono un grave ostacolo alla possibilità di condurre un progetto di vita all'interno di contesti inclusivi e partecipativi.

Tra i comportamenti maggiormente rilevanti si evidenziano:

- aggressività e provocazione,
- distruttività,
- autolesionismo,
- comportamenti pericolosi per la persona.

La presenza di problematiche comportamentali, anche di natura molto grave, può essere determinata da cause organiche, psicopatologiche oppure da comportamenti problema appresi nel corso della storia di vita della persona.

Per questo motivo è essenziale una valutazione multidimensionale che prenda in considerazione gli aspetti medici, psicologici, ambientali e comunicativi, con l'obiettivo di identificare il significato del comportamento e di pianificare interventi mirati e personalizzati.

Si definisce **emergenza comportamentale** una condizione in cui la problematica comportamentale raggiunge un livello di intensità, frequenza o imprevedibilità tale da rappresentare un rischio immediato e concreto per l'incolumità della persona o di altri e in cui gli interventi erogati nei contesti ordinari non risultano sufficienti a fornire una risposta adeguata.

L'emergenza comportamentale rappresenta quindi una fattispecie specifica della problematica comportamentale che richiede un intervento intensivo, strutturato e coordinato, finalizzato a garantire la sicurezza, prevenire danni fisici o psicologici e ripristinare condizioni di stabilità e benessere.

---

<sup>1</sup>Di seguito è riportata la definizione di comportamento problema adottata dalla Linea Guida ISS e mutuata dal Royal College of Psychiatrists per la popolazione con disabilità intellettiva (Royal College of Psychiatrists, 2001; O'Brien, 2003; Szymanski, 2002), estendendola a tutto lo spettro autistico, indipendentemente dalle capacità intellettive e linguistiche. Si definisce un comportamento problema quando si è in presenza dei seguenti criteri diagnostici generali:

**A.** Il comportamento presenta una frequenza, gravità o cronicità tali da richiedere una valutazione clinica e un intervento o supporto specifico.

**B.** Il comportamento non è la conseguenza diretta di altri disturbi psichiatrici, di effetti collaterali farmacologici o di condizioni mediche generali.

**C.** È presente almeno una delle seguenti condizioni:

1. Il comportamento ha un impatto significativamente negativo sulla qualità della vita della persona o di chi la circonda, determinando una restrizione delle opportunità sociali, dell'autonomia, dell'integrazione nella comunità o dell'accesso ai servizi.
2. Il comportamento comporta rischi rilevanti per la salute o la sicurezza della persona e/o di altri.

**D.** Il comportamento è persistente e pervasivo, manifestandosi in una varietà di contesti personali e sociali, anche se può essere più accentuato in alcune situazioni.

In quest'ottica, la gestione delle problematiche comportamentali — e ancor più delle emergenze comportamentali — deve essere considerata parte integrante di un più ampio progetto di vita e di salute, fondato sulla comprensione delle cause, sulla prevenzione e sulla promozione del benessere globale della persona.

Una corretta gestione dell'emergenza comportamentale richiede dunque un intervento complesso e sistemico, che coinvolga almeno quattro ambiti principali. Occorre quindi agire contemporaneamente su diversi pilastri:

- **Politiche dei servizi:** sviluppo di una rete territoriale organizzata in livelli differenziati di intensità e specializzazione, coerente con il modello regionale per la gestione delle emergenze.
- **Aspetto gestionale:** processo di analisi strutturata dei bisogni di sostegno specifici della persona con comportamenti problematici finalizzato a definire risorse, tempi di assistenza aggiuntivi e competenze necessari.
- **Diffusione del know-how:** l'acquisizione di personale aggiuntivo per le persone con disabilità e problematiche comportamentali significative deve essere accompagnata da una formazione specifica su tali tematiche, come previsto, ad esempio, dalle Linee Guida Nazionali dell'ISS sul trattamento dei comportamenti problematici nelle persone con autismo e disabilità intellettiva.
- **Governo clinico:** le strutture devono adottare modelli organizzativi improntati all'integrazione multidisciplinare, alla supervisione clinica e all'adozione di protocolli basati su analisi funzionale: devono organizzare in modo integrato gli spazi, la gestione del personale e l'interazione tra le diverse competenze cliniche (medici di varie specialità, psicologi, educatori, ecc.). È inoltre fondamentale, ad esempio, prevedere una supervisione clinica costante e la definizione di procedure individualizzate per la prevenzione dei comportamenti problematici, la gestione delle crisi e l'applicazione di protocolli di trattamento per il decremento basati sulle funzioni del comportamento problema.

La definizione dell'ICA 2 RSD, oggetto del presente atto, si inserisce nella strategia regionale volta a strutturare una rete qualificata per la presa in carico delle emergenze comportamentali, anche in coerenza con il Piano Operativo Regionale Autismo 2024–2028 di cui alla DGR 3686/2024 e con l'avvio della Rete regionale per le emergenze comportamentali di cui alla successiva DGR n. 3688/2024.

L'obiettivo è definire una rete-regionale per il riconoscimento, l'intervento tempestivo e l'appropriata gestione delle emergenze comportamentali, servente l'intero territorio regionale a sostegno di uno specifico percorso per la presa in carico delle emergenze comportamentali la cui comparsa impatta in modo rilevante sul funzionamento e sulla qualità della vita delle persone e dei loro familiari, nonché sul sistema dei servizi. L'impostazione si articola in più livelli. In primis è prevista l'attivazione di tre Équipe Dedicare per le Emergenze COmportamentali (EDECO), una centrale e due locali, con il compito di sostenere nei singoli territori la creazione e lo sviluppo della rete dei servizi articolati in 1°, 2° e 3° livello e di fornire consulenza e formazione ai servizi di secondo e primo livello o consulenza nella gestione delle emergenze comportamentali del proprio territorio.

I tre livelli in cui si articola la rete sono:

- servizi di PRIMO livello: si tratta dei contesti per l'abitare e/o servizi diurni e ambulatoriali che in via prioritaria sostengono persone nel loro percorso riabilitativo e/o del loro progetto di vita e hanno una formazione base per la gestione di eventuali comportamenti problematici senza caratteristiche di rilievo;
- servizi di SECONDO livello: sono servizi sia residenziali che diurni o ambulatoriali che hanno l'obiettivo di accogliere o sostenere la persona con residui problemi di comportamenti anche provenienti da servizi di terzo livello. Questi servizi sono specializzati nella gestione dei disturbi comportamentali ancorché, in questo caso, tali disturbi possono essere relativamente stabilizzati e quindi non hanno più il carattere dell'acuzie e della pervasività.

- servizi di TERZO livello: sono servizi prioritariamente residenziali, con un alto livello di specializzazione che hanno l'obiettivo di accogliere la persona con gravi disturbi comportamentali, orientando il loro lavoro su tre diversi vettori:
  - inquadramento diagnostico di potenziali comorbidità psichiatriche o internistiche e indagine sulle funzioni del comportamento;
  - trattamento integrato (comportamentale e farmacologico) per ridurre la frequenza, l'intensità e la durata del comportamento e permettere la dimissione verso altri contesti abitativi e la conseguente ripresa della realizzazione del progetto di vita;
  - dimissione assistita che prevede la formazione e la supervisione dei contesti abitativi che accoglieranno la persona al momento della dimissione.

In coerenza con quanto previsto in ordine ai servizi di secondo livello, l'ICA 2 RSD sostiene pertanto un modello specifico di presa in carico multidisciplinare, dinamico e orientato al miglioramento della qualità della vita della persona con disturbi comportamentali, attraverso il rafforzamento della collaborazione tra le RSD e i servizi territoriali delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), la promozione di una progettualità specifica condivisa nonché la valorizzazione del ruolo degli interlocutori istituzionali coinvolti nel progetto individuale, nell'ottica di un utilizzo appropriato delle risorse messe a disposizione in favore delle persone inserite in RSD.

Una corretta gestione dell'emergenza comportamentale, pertanto, non può essere affrontata unicamente attraverso l'erogazione di risorse di personale aggiuntive in quanto una scelta di questo tipo, oltre a non garantire un trattamento adeguato alla persona con disabilità, rischierebbe di impiegare le risorse in modo non appropriato. Ne deriva la necessità di prevedere una formazione specifica per gli operatori unitamente ad azioni volte a sostenere specifica qualificazione degli interventi come elementi qualificanti dell'ICA 2 RSD.

### *1.2 ICA 2 RSD*

L'impostazione dell'ICA 2 RSD è stata sviluppata in allineamento ai principi della riforma della Disabilità di cui alla Legge 227/2021 e delle relative linee attuative di cui al D.lgs 62/2024, con particolare riferimento al processo di valutazione multidimensionale propedeutico alla definizione del Progetto di Vita (PdV).

In considerazione della fase di avvio della suddetta riforma e tenuto conto dell'evoluzione dell'assetto dell'assistenza territoriale in attuazione del DM 77/2022, l'implementazione dell'ICA 2 RSD si svilupperà con gradualità prevedendo pertanto due step di processo.

Il primo, che si avvia con il presente atto, prevede il coinvolgimento dell'ASST nella fase valutativa per le persone per cui, nell'ambito della definizione del PdV, è previsto l'inserimento in RSD. Tale coinvolgimento potrà essere esteso, in una seconda fase, anche alle persone già inserite in struttura.

Questa impostazione risponde altresì all'esigenza di valorizzare la specificità degli interventi sostenuti dall'ICA 2 RSD anche al fine di un utilizzo appropriato delle risorse specificatamente dedicate in ordine sia all'ammissibilità a tale livello di complessità che al mantenimento di tale riconoscimento nel tempo.

In tal senso è stato sviluppato uno specifico percorso di valutazione e di verifica con la definizione dei relativi strumenti.

Al fine di valutare l'andamento dell'applicazione del presente provvedimento si prevede un periodo di osservazione di 24 mesi a seguito del quale si procederà ad eventuali revisioni del processo e delle relative modalità attuative.

### *1.3 Criteri di eleggibilità e categorie ICA 2 RSD*

I destinatari dell'ICA 2 RSD, in coerenza con quanto previsto con la DGR 1513/2023 in merito all'ICA 1, sono indicati unicamente nelle persone inserite in RSD che possiedono contemporaneamente i seguenti criteri:

- avvenuto riconoscimento dell'ICA 1 per presenza di comportamenti auto-etero aggressivi con livello 4 (*“spesso più volte nell’arco della settimana e del giorno”*), rilevabile da SIDI WEB;
- classificazione nelle classi SIDI 1, 2.

Pur non definendo a priori un target di età, fatta salva l’appropriatezza dell’inserimento in RSD, si rileva che il picco delle problematiche comportamentali emerge in fase preadolescenziale e raggiunge la massima prevalenza nella fascia d’età compresa tra i 14 e i 35 anni.

Alla luce degli elementi emersi nel processo metodologico, che verrà declinato nel capitolo 2, l’ICA 2 RSD si articola nelle seguenti categorie:

- categoria Elevata (E - ICA 2 RSD);
- categoria Molto Elevata (ME - ICA 2 RSD).

Ai fini del riconoscimento dell'ICA 2 RSD e della relativa categoria (E - ICA 2 RSD / ME - ICA2 RSD) devono essere utilizzati i seguenti strumenti:

- **Valutazione ICA2\_RSD:** in caso di persona già inserita in RSD.
- **Valutazione ICA2\_ASST:** in caso di persona per cui è previsto l’inserimento in RSD.

#### 1.4 Standard personale ICA 2 RSD

Alle due categorie sopra indicate deve essere garantito un minutaggio settimanale aggiuntivo rispetto a quello già dovuto per la classificazione SIDI, per tutto il periodo di riconoscimento dell’ICA 2 RSD, così come esitato dal suddetto processo metodologico.

Al fine di consentire flessibilità degli interventi erogati in favore della persona, viene individuato un range di cui il valore massimo è costituito dal minutaggio rilevato dal processo metodologico ed il minimo è pari al 90% del massimo, come di seguito indicato:

Livello Classe ICA
<b>E - ICA 2 RSD categoria Elevata</b> Minutaggio settimanale da garantire: range da 450 a 500 min. per persona, aggiuntivi rispetto al minutaggio SIDI. Il minutaggio minimo da garantire è pertanto pari a 450 minuti.
<b>ME - ICA 2 RSD categoria Molto elevata</b> Minutaggio settimanale da garantire: range da 675 a 750 min. per persona, aggiuntivi rispetto al minutaggio SIDI. Il minutaggio minimo da garantire è pertanto pari a 675 minuti.

In ordine alla composizione dell’équipe dedicata alla persona, considerata la valenza attribuita nell’ambito del riconoscimento dell’ICA 2 RSD alla specificità degli interventi da attivare per le singole persone in coerenza con i bisogni di sostegno rilevati in sede di valutazione, si ritiene di non definire a priori le figure professionali che concorrono al minutaggio aggiuntivo.

Risulta in ogni caso confermato che le figure professionali da coinvolgere sono quelle previste dalla DGR 12620/2003 così come modificata dalla DGR 850/2023, essendo tale intervento un potenziamento del percorso di RSD già in atto per la persona, con una formazione specifica nella gestione e prevenzione del comportamento problema.

La composizione dell’équipe è pertanto individuata dalla RSD, che ha il compito di garantirne la coerenza con i sostegni necessari alla persona per tutto il periodo in cui si manifestano i comportamenti problema. La RSD che accoglie una persona

con ICA 2 deve quindi assicurare a tutta l'équipe una formazione adeguata, in coerenza con le linee guida specifiche per questa popolazione e con un appropriato governo clinico così come indicato in precedenza.

In considerazione del previsto periodo di monitoraggio dall'implementazione dell'ICA 2 per un periodo di 24 mesi, nel caso in cui l'esito della verifica del minutaggio aggiuntivo non sia positivo, ATS procede ad estendere la verifica ad un arco temporale più ampio.

## 2. PROCESSO METODOLOGICO

Nell'ambito dell'attuazione della DGR 1513/2023, è stata sviluppata un'attività metodologica finalizzata alla definizione del secondo livello di complessità assistenziale all'interno delle Residenze Sanitarie per Disabili (RSD).

Il percorso di definizione del secondo livello di complessità assistenziale all'interno delle Residenze Sanitarie per Disabili (RSD) si è articolato in due fasi distinte sviluppate attraverso un'indagine presso le RSD selezionate e orientate all'analisi della popolazione assistita e all'emersione dei bisogni legati alla gestione della complessità comportamentale.

L'obiettivo complessivo è stato quello di fornire elementi conoscitivi e operativi per una più appropriata allocazione delle risorse da parte delle ATS, tenendo conto del carico assistenziale differenziato delle singole strutture per la gestione della complessità degli assistiti.

### 2.1 PRIMA FASE DI INDAGINE

#### 2.1.1 Analisi della popolazione totale selezionata

L'analisi è stata svolta su 90 RSD che, alla data del 31 dicembre 2023, avevano in carico persone su posti ordinari e a contratto con il parametro in SIDi **“Presenza di comportamento auto-etero aggressivo”** al massimo livello di compromissione, pertanto già beneficiarie di ICA1, pari a n. 1.541 persone. L'indagine ha coinvolto i territori afferenti a tutte le ATS.

È risultato che in media, il **40,6%** del totale di posti letto ordinari RSD (pari a 1541 su 3791) era occupato da persone con compromissione massima sul parametro sopra citato. A livello di singola struttura, i valori oscillano da un minimo di +1,7% (1 persona su 60 posti letto) a un massimo del 100%. In particolare, n. 36 RSD hanno in carico un numero di persone con comportamento auto-etero aggressivo al massimo livello di compromissione superiore alla media calcolata su tutte le strutture (40.6%).

Questo dato mette in evidenza un'elevata variabilità nella distribuzione della complessità assistenziale tra le diverse UdO, sottolineando la necessità di disporre di strumenti più articolati e specifici per la valutazione del fabbisogno reale.

Il solo parametro relativo alla compromissione massima del comportamento auto-etero aggressivo, infatti, non risulta sufficiente a spiegare in modo esaustivo l'intensità del bisogno assistenziale.

Alla luce di ciò, si è ritenuto opportuno sviluppare un questionario di valutazione in grado di rilevare le diverse dimensioni del percorso assistenziale con particolare riferimento alla prevenzione e alla gestione.

#### 2.1.2 Questionario di valutazione

È stato quindi predisposto un questionario finalizzato a raccogliere dati relativi agli interventi di prevenzione e gestione necessarie in relazione ai comportamenti disfunzionali.

Per la predisposizione del questionario si è fatto riferimento anche alla scala di Valutazione dei Sostegni Reali (Va.So.Re.), un modello valutativo che misura l'intensità dei supporti necessari alle persone con disabilità.

Il questionario prende in considerazione le seguenti aree comportamentali:

1. Distruttività
2. Aggressività fisica eterodiretta e/o comportamenti provocatori

3. Comportamenti pericolosi per la persona

4. Autolesionismo

Per ciascuna area, sono stati indagati:

- Frequenza e caratteristiche degli interventi
- Figure professionali coinvolte
- Gravità degli episodi
- Numero di occorrenze di manifestazione degli episodi

Complessivamente sono state coinvolte nell'indagine numero 1.541 persone, che presentavano in SIDI il livello massimo del parametro "Presenza di comportamento auto-etero aggressivo", inserite nelle 90 RSD.

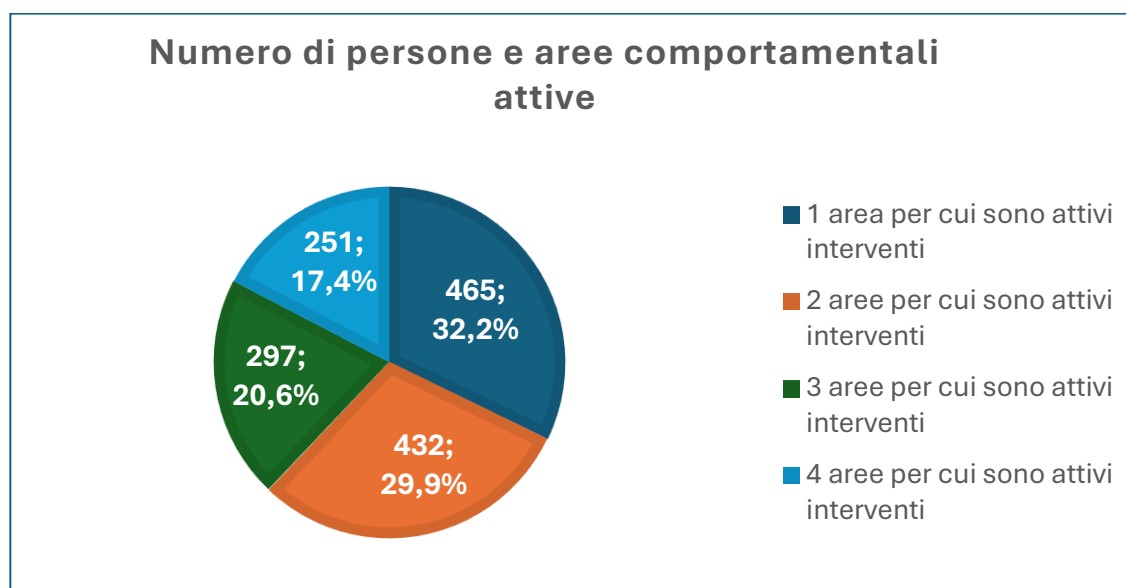
È stato richiesto alle RSD di compilare il questionario facendo riferimento ai dati relativi all'anno solare 2023, così da poter disporre di dati su un'intera annualità.

Ad esito della somministrazione, alla data del 20.09.2024, sono stati correttamente completati e inviati n. **1.445** su 1541 pari al 94%.

### 2.1.3 Risultati sintetici

L'analisi dei dati raccolti con la suddetta somministrazione a n. 1.445 persone ha consentito di evidenziare i risultati che di seguito si riportano in forma aggregata.

In merito all'intensità del sostegno correlato ai comportamenti problema relativi alle 4 aree identificate dal questionario, è stata analizzata la contemporanea attivazione di più aree, rilevando che nel 38% degli ospiti (pari a n. 548 persone su 1.445) risultano necessari interventi in tre (n. 297) ed in quattro aree (n.251), come rappresentato nel grafico sotto riportato.



Per ognuno dei quattro gruppi indicati nel grafico sopra riportato è stata inoltre valutata la combinazione di interventi di prevenzione e gestione a fronte di comportamenti problema attivi. Tale analisi ha consentito di rappresentare la distribuzione di tutte le n. 1.445 persone distinguendo i solo interventi di prevenzione o di gestione dagli interventi di prevenzione e gestione contemporaneamente attivi.

Di seguito si riportano gli esiti declinati per ciascuno dei quattro gruppi.

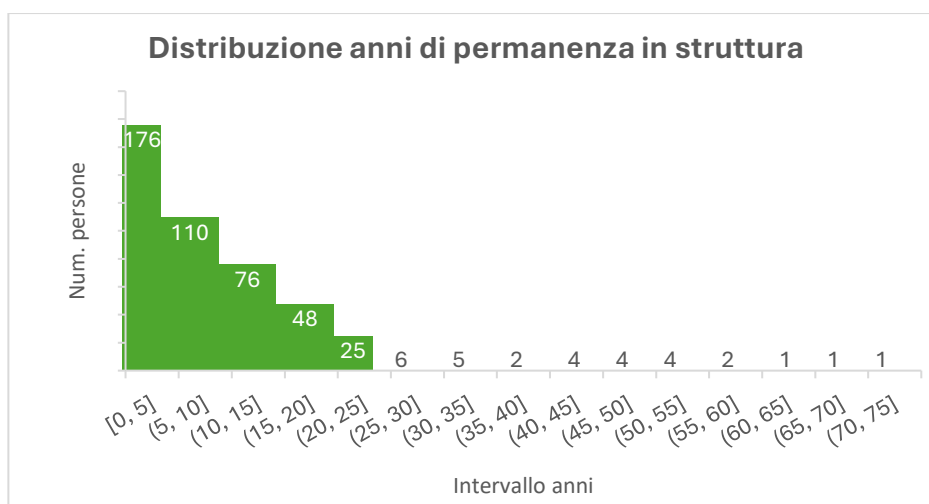
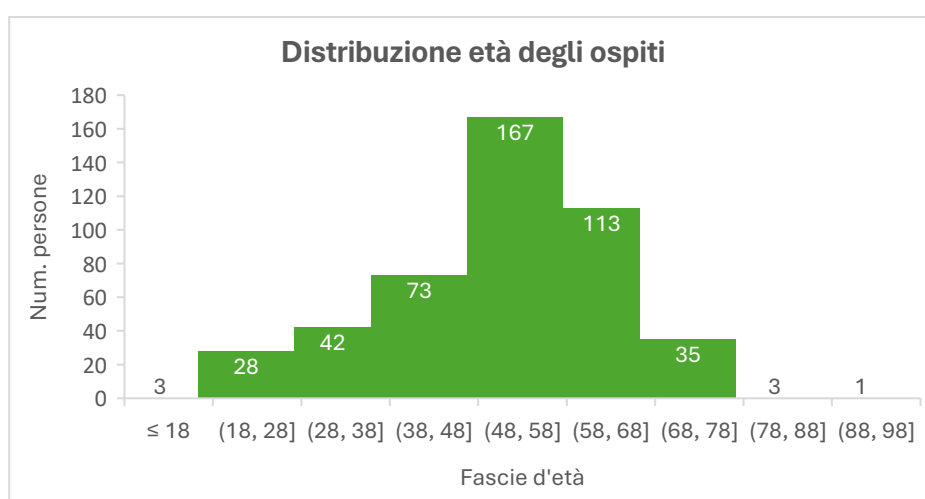
*A) Persone con interventi in una sola area: combinazione interventi di prevenzione e gestione*



Tipologia di gestione/prevenzione	N. persone
Solo prevenzione aggressività	19
Solo prevenzione autolesionismo	6
Solo prevenzione comportamenti pericolosi	11
Prevenzione e gestione aggressività	<b>307</b>
Prevenzione e gestione distruttività	4
Prevenzione e gestione autolesionismo	49
Prevenzione e gestione comportamenti pericolosi	64
Anomali*	5
<b>Totale</b>	<b>465</b>

\*Con anomali si intende i questionari che presentano la compilazione delle domande inerenti alla gestione del comportamento e non quelle inerenti alla prevenzione, che è invece presupposto della gestione stessa.

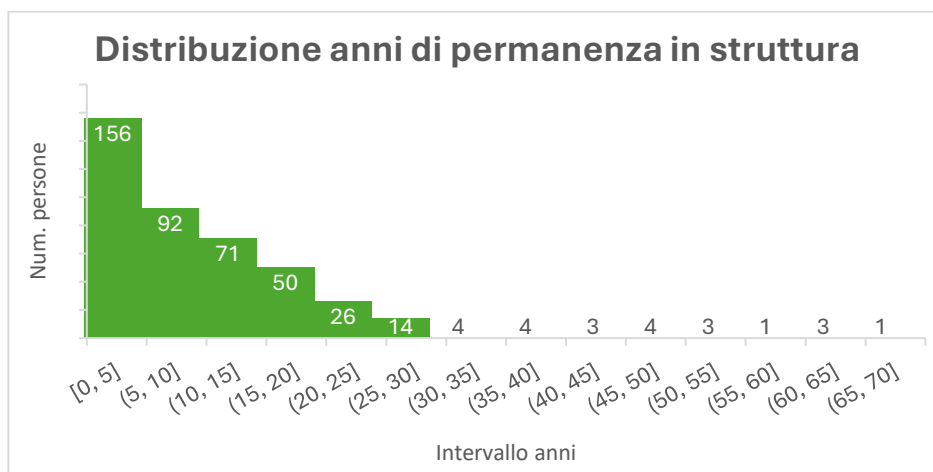
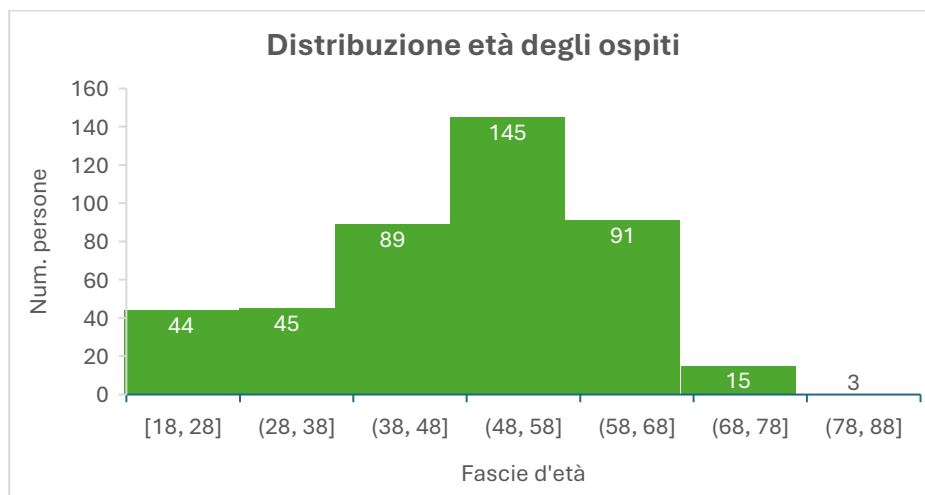
Di seguito i grafici relativi alla distribuzione dell'età e degli anni di permanenza in struttura di questo primo sottogruppo.



B) Persone con interventi in due aree: combinazione interventi di prevenzione e gestione

Tipologia di gestione/prevenzione	N. persone
Solo Prevenzione	16
Gestione attiva solo per una delle due aree	42
Prevenzione e gestione per entrambe le aree di prevenzione	<b>370</b>
Anomali	4
<b>Totale</b>	<b>432</b>

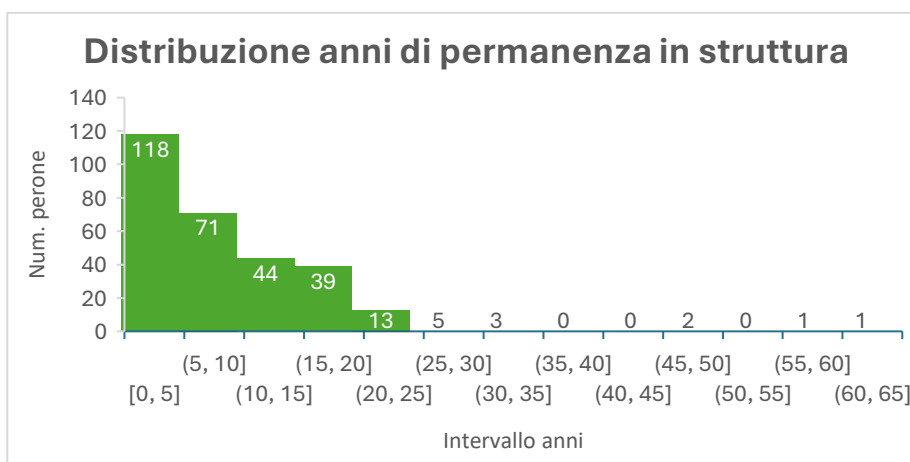
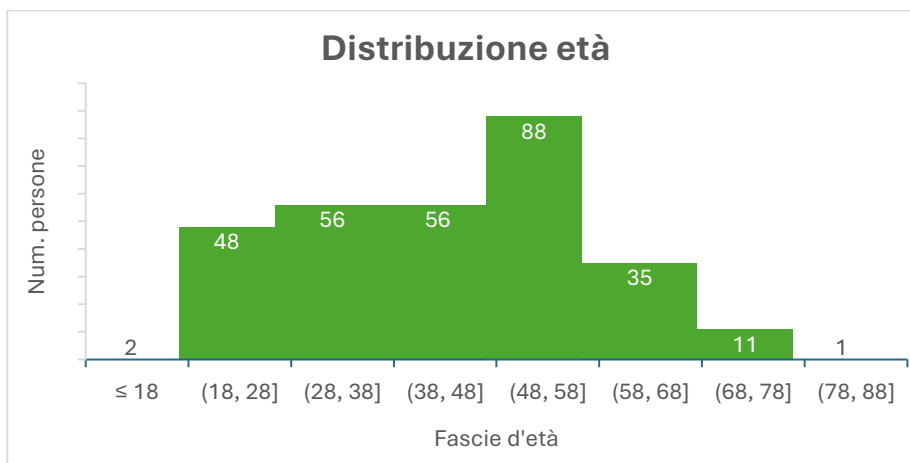
Di seguito i grafici relativi alla distribuzione dell'età e degli anni di permanenza in struttura del secondo sottogruppo.



*C) Persone con interventi in tre aree: combinazione interventi di prevenzione e gestione*

Tipologia di gestione/prevenzione	N. persone
Presenza della solo prevenzione	6
Un aspetto comportamentale attivo su 3 per la gestione	21
Due aspetti comportamentali attivi su 3 per la gestione	29
Presenza di prevenzione e gestione	<b>241</b>
<b>Totale</b>	<b>297</b>

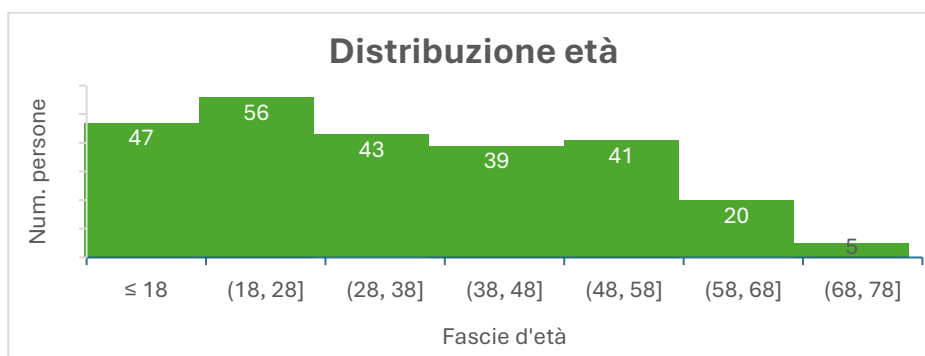
Di seguito i grafici relativi alla distribuzione dell'età e degli anni di permanenza in struttura del terzo sottogruppo.



*D) Persone con interventi in quattro aree: combinazione interventi di prevenzione e gestione*

Tipologia di gestione/prevenzione	N. persone
Presenza di solo prevenzione	4
Gestione attiva su un aspetto su 4	2
Gestione attiva su due aspetti su 4	13
Gestione attiva su tre aspetti su 4	20
Prevenzione e gestione attiva su tutti e 4 gli aspetti	212
<b>Totale</b>	<b>251</b>

Di seguito i grafici relativi alla distribuzione dell'età del quarto sottogruppo.



A conclusione della prima fase, alla luce dell'analisi dei dati raccolti è emersa la necessità di procedere ad un approfondimento al fine di misurare l'impegno effettivamente dedicato e quello ritenuto necessario sulla base delle caratteristiche demografiche, cliniche e comportamentali degli assistiti delle RSD.

A tal fine è stata avviata la seconda fase nel corso della quale è stata svolta una seconda indagine campionaria.

## 2.2 SECONDA FASE DI INDAGINE

### 2.2.1 Analisi della popolazione totale selezionata

L'indagine è stata svolta su un campione casualmente selezionato tra le 1.445 persone coinvolte nella prima fase per un totale di n. 200 persone inserite in 20 delle 90 RSD coinvolte appartenenti a 7 ATS, come indicato in tabella.

ATS	Num. ospiti
ATS DELLA BRIANZA	22
ATS DELLA VAL PADANA	22
ATS DELL'INSUBRIA	72
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	18
ATS DI PAVIA	25
ATS DI BERGAMO	11
ATS DI BRESCIA	30
<b>Totale</b>	<b>200</b>

### 2.2.2 Questionario di valutazione

Per misurare l'impegno effettivamente dedicato e quello ritenuto necessario per la prevenzione e gestione della complessità comportamentale dell'ospite, è stato predisposto un ulteriore questionario impostato per la rilevazione in una settimana specifica dell'anno 2025 di dati riferiti al conteggio dei minuti complessivi dedicati e dei minuti ritenuti necessari, oltre a quanto già previsto dagli standard gestionali disposti dalle specifiche DGR. Il conteggio è stato effettuato per ogni figura professionale coinvolta e suddiviso sulle attività di gestione e prevenzione dei comportamenti pericolosi per la persona, di autolesionismo, di distruttività e di aggressività fisica eterodiretta e/o comportamenti provocatori per l'ospite.

È stata richiesta la distribuzione percentuale del tempo di impegno assistenziale per la gestione degli aspetti comportamentali che interessano l'ospite.

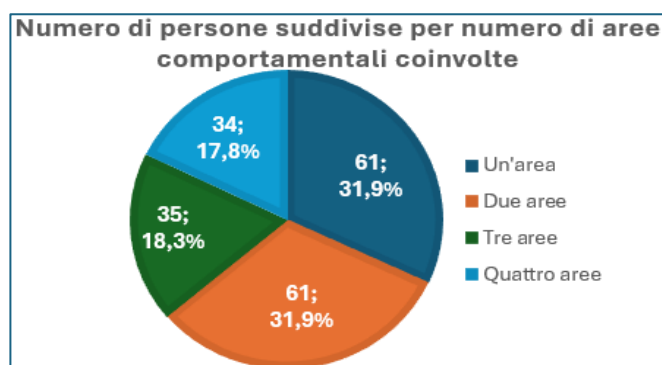
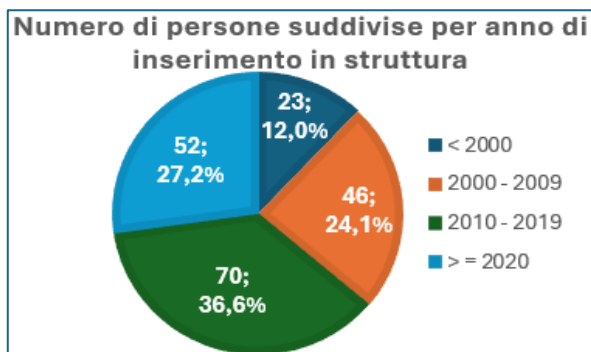
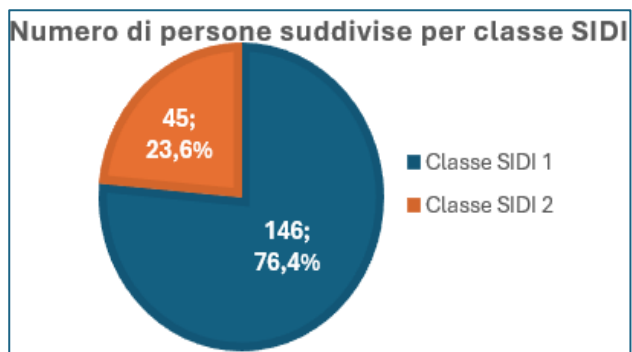
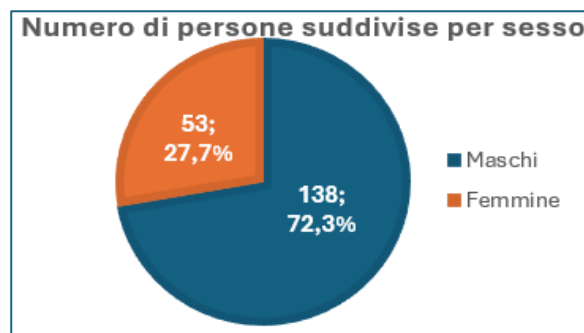
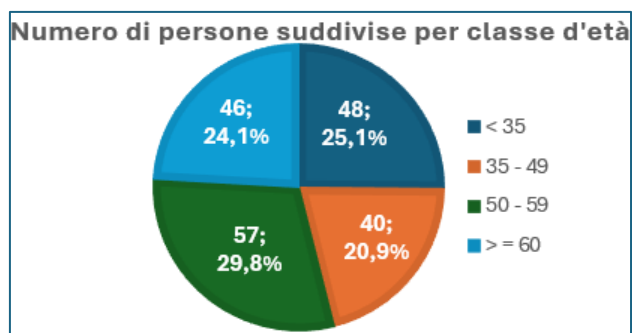
Ad esito dell'aggiornamento della situazione relativa agli interventi sui comportamenti problema, sui 200 questionari pervenuti non sono stati inclusi nella successiva analisi un totale di 9 questionari in quanto non presentavano più i criteri previsti per il riconoscimento dell'ICA 2 RSD (assenza di comportamenti problema attivi e valore anomalo sul numero di minuti aggiuntivi richiesti).

In totale, sono stati quindi inclusi nelle analisi 191 questionari.

Questa seconda rilevazione ha permesso di confermare e raffinare i dati raccolti nella prima fase, offrendo una base solida per eventuali modifiche agli standard assistenziali.

### 2.2.3 Risultati sintetici

Le 191 persone coinvolte nell'indagine sono state caratterizzate sulla base dell'età (classificata in <35, 35-49, 50-59 e ≥60 anni), del sesso, della classe SIDI e l'anno di inserimento in struttura.



Inoltre, è stato valutato il numero di aree coinvolte (da 1 a 4) e le caratteristiche del sostegno per la prevenzione e la gestione di ciascuna delle 4 aree considerate, ovvero aggressività, distruttività, autolesionismo e comportamento pericoloso per la persona.

Tali caratteristiche sono state codificate con le lettere dell'alfabeto dalla A alla E, con una scala crescente all'aumentare dell'intensità del sostegno necessario (nello specifico, la lettera A indica che l'intervento non era necessario per assenza di manifestazione del comportamento problema, mentre la lettera E indica la strutturazione di un pacchetto di interventi complesso).

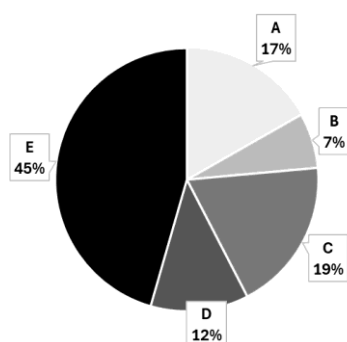


Figura 1 – Aggressività

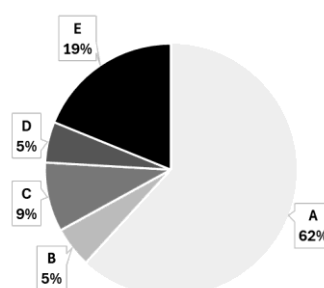


Figura 2 – Distruttività

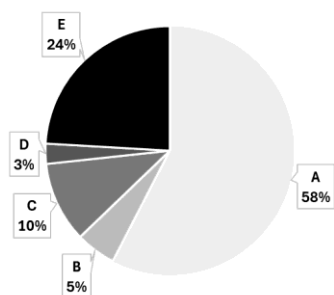


Figura 3 – Autolesionismo

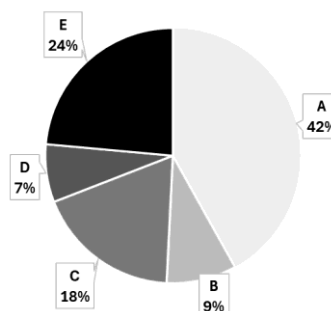


Figura 4 - Comportamento pericoloso per la persona

Infine, è stata valutata la frequenza di interventi messi in atto per prevenire/gestire i comportamenti che è stata classificata in 3 livelli:

- <1 volta/settimana;
- ≥1 volta/settimana;
- Quotidiana/pluri quotidiana.

È stata quindi considerata la frequenza maggiore tra quelle indicate per la prevenzione e per la gestione dei comportamenti e la gravità dei comportamenti, a seconda si fossero verificati danni non significativi o danni significativi verso altri.

Al fine di valutare le caratteristiche, tra quelle sopra descritte, associate alla richiesta di tempo aggiuntivo per la prevenzione e/o la gestione dell'individuo (variabile dicotoma, valore 0 = nessun minuto aggiuntivo richiesto; valore 1 = numero di minuti aggiuntivi richiesti maggiore di 0), sono stati implementati modelli di regressione log-binomiale, in cui la variabile dipendente (y) era la richiesta di tempo aggiuntivo (come sopra descritto) e le variabili indipendenti erano le caratteristiche dell'individuo. L'analisi ha mostrato che la classe d'età (<35 vs ≥35 anni), il sesso, l'utilizzo di farmaci per la gestione dei comportamenti, la frequenza per gli interventi messi in atto per la prevenzione/gestione dell'aggressività e la gravità degli episodi nelle aree dell'aggressività e del comportamento risultavano statisticamente e positivamente associati alla richiesta di tempo aggiuntivo. Tuttavia, aggiustando i modelli per l'intensità del sostegno necessario per la gestione/prevenzione dei comportamenti, tali caratteristiche perdevano di significatività, mentre si osservava un'associazione positiva con l'intensità del sostegno nelle 4 aree. In altri termini, l'intensità del sostegno nelle 4 aree considerate "assorbiva" l'effetto delle altre caratteristiche, risultando l'unica variabile in grado di spiegare la richiesta di tempo aggiuntivo. Per tale motivo, si è deciso di assegnare dei "pesi" ai minuti/settimana da erogare solo sulla base dell'intensità di interventi erogati per la gestione/prevenzione dell'individuo. A tal fine, ciascun individuo è stato classificato nella classe maggiore tra quella riportata per la prevenzione e la gestione (ad esempio, un individuo classificato in classe C per la prevenzione e in classe E per la gestione, è stato classificato in classe E).

I pesi sono stati stimati utilizzando modelli lineari multilivello, al fine di tenere in considerazione la struttura gerarchica delle osservazioni, ovvero gli individui (unità di primo livello) che sono presi in carico da diverse strutture (unità di secondo livello). L'intensità degli interventi (codificati dalle lettere A - E) è stata messa in relazione alla somma del numero di minuti totali richiesti per la prevenzione e la gestione dei comportamenti. La stima dei coefficienti ( $\beta$ ) dei modelli, ovvero il numero medio di minuti richiesti all'aumentare di un livello di intensità dell'intervento (passando ad, esempio, dalla classe A alla B, o dalla B alla C, e così via) sono stati utilizzati per assegnare i minuti aggiuntivi da erogare ad ogni individuo. Le stime dei modelli hanno portato ad assegnare 110 minuti aggiuntivi per un incremento unitario del livello nell'area dell'aggressività, e 76, 23 e 40 minuti aggiuntivi, rispettivamente, per le aree della distruttività, dell'autolesionismo e del comportamento pericoloso per la persona.

Di seguito la tabella che riporta i pesi stimati, cioè la stima del tempo aggiuntivo (minuti/settimana) per la prevenzione e/o gestione dell'individuo in base alla tipologia di intervento erogato per la prevenzione/gestione della persona.

Si evidenzia che sono stati presi in considerazione unicamente gli interventi previsti a partire dal livello C stante che il livello A non prevede alcun intervento ed il livello B prevede interventi già riconosciuti dalla classificazione SIDI (organizzazione dell'ambiente e del tempo; un singolo intervento di gestione).

	Caratteristiche del sostegno necessario per la prevenzione/gestione		
	C	D	E
Aggressività	110	220	330
Distruttività	76	152	228
Autolesionismo	23	46	69
Comportamento	40	80	120
Totale	249	498	747

L'analisi condotta ha permesso la validazione dello strumento impiegato nella prima fase - “**Strumento di valutazione ICA 2 - RSD**” e del relativo algoritmo di classificazione da utilizzare per il riconoscimento dell'ICA 2 RSD.

Stante la finalità del presente lavoro rivolto alle situazioni di maggiore complessità, si è ritenuto di considerare i sostegni più intensi ovvero quelli previsti dal livello D ed E, anche tenuto conto della valorizzazione già riconosciuta per le medesime persone con la classificazione SIDI e il livello ICA I. Ne deriva che il suddetto strumento permette di classificare le persone per cui viene riconosciuto l'ICA 2 in due categorie:

- Elevata
- Molto Elevata

Le due categorie si evidenziano sulla base della somma dei pesi attribuiti ad ogni risposta data per le caratteristiche del sostegno necessario ad ogni aspetto comportamentale.

Ad ogni categoria è stato quindi associato un minutaggio settimanale aggiuntivo a quello previsto per la classe SIDI, come indicato nella tabella seguente:

Categorie ICA
<b>E - ICA 2 RSD categoria Elevata</b> (minutaggio settimanale aggiuntivo: a 500 min. per persona)
<b>ME - ICA 2 RSD categoria Molto elevata</b> (minutaggio settimanale aggiuntivo: a 750 min. per persona)

Attraverso il seguente metodo di classificazione risulta che 836 persone su 1.445 sono classificate come ICA 2 RSD, di queste n. 463 ricadono nella categoria Elevata e n. 373 in quella Molto Elevata.

### 2.3 STRUMENTO DI VALUTAZIONE PER IL RICONOSCIMENTO DI ICA 2 DAL DOMICILIO O DA ALTRI SETTING

A conclusione dell'indagine sopra declinata, che ha definito uno strumento per le persone che già sono presenti in RSD, è emersa la necessità di prevedere uno specifico strumento per la valutazione delle persone che si trovano a domicilio o in altri setting e per le quali è stato previsto l'inserimento in RSD.

È sorta quindi la necessità di strutturare uno “**Strumento di valutazione ICA2 - ASST**” semplificato, compilabile dall’equipe di ASST con il supporto dei caregivers responsabili a domicilio e/o degli operatori di altri setting, che permetta la valutazione per l’eventuale riconoscimento ICA 2 RSD.

È stato pertanto strutturato uno strumento da adottare per la valutazione a domicilio/altri setting che in ottica di coerenza si articola nelle stesse quattro aree tematiche principali dello strumento di valutazione ICA2:

- Aggressività fisica eterodiretta e/o comportamenti provocatori
- Distruttività
- Autolesionismo
- Comportamenti pericolosi per la persona

Per ciascuna area sono stati definiti specifici item (azioni) riconducibili ai comportamenti problema manifestati dalla persona.

Per ogni item è richiesta la compilazione di un punteggio da 0 (frequenza/intensità minima) a 4 (frequenza/intensità elevata) per ogni parametro considerato.

I parametri sono:

1. *Frequenza del comportamento* – quanto spesso si manifesta il comportamento problematico.
2. *Intensità/Magnitudo del comportamento* – livello di energia, forza e modalità espressiva del comportamento.

### 2.3.1 Test dello strumento

Lo “Strumento di valutazione ASST” è stato sottoposto, nel corso dell’anno 2025, ad una fase di test, che ha previsto la somministrazione ad un sottogruppo di 20 persone in RSD. I dati emersi sono stati analizzati e confrontati puntualmente con quelli acquisiti ad esito della prima indagine campionaria al fine di poter confermarne l’affidabilità.

È stata poi definita la modalità di classificazione in ICA 2 RSD Categoria Elevata e in ICA 2 RSD Categoria Molto Elevata in coerenza con la metodologia già applicata con lo “Strumento di valutazione ICA 2 RSD”.

### 2.3.2 Metodo di classificazione

Se almeno uno degli item all’interno di una qualsiasi delle quattro aree riporta un punteggio totale (calcolato come la somma dei valori di intensità e frequenza) compreso tra 6 e 8, l’ospite viene inserito nella categoria ICA 2. Successivamente, è necessario procedere alla determinazione della classe di appartenenza, verificando se l’ospite rientra nella categoria Elevata o Molto Elevata e nello specifico:

- se il punteggio totale supera il valore di 6 per una o due azioni di una qualsiasi area comportamentale allora la persona è classificata come ICA 2 categoria Elevata (E).
- se il punteggio totale supera il valore di 6 per almeno 3 azioni di una qualsiasi area comportamentale allora la persona è classificata come ICA 2 categoria Molto Elevata (ME).

Il metodo illustrato è stato testato sui dati a disposizione ed è risultato valido e affidabile.

## 3. I PERCORSI PER IL RICONOSCIMENTO ED IL MANTENIMENTO ICA 2 RSD

L’iter attuativo dell’ICA 2 RSD si articola in due macro-fasi cronologicamente ordinate:

- Riconoscimento dell’ICA 2 RSD;
- Verifica del mantenimento dell’ICA 2 RSD.



### 3.1 Riconoscimento dell'ICA 2 RSD

La macro-fase - riconoscimento dell'ICA 2 RSD – prevede una differenziazione sulla base del percorso della persona con comportamenti problemi, potendosi trattare di:

- persona già inserita in RSD con ICA 1
- persona al domicilio o in altri setting per la quale si prevede l'inserimento in RSD.

#### 3.1.1 Riconoscimento dell'ICA 2 RSD per la persona già inserita in RSD con ICA 1

Il riconoscimento dell'ICA 2 RSD è finalizzato a verificare per la persona inserita in RSD, che presenta comportamenti problema, l'eleggibilità al livello assistenziale maggiormente rispondente ai suoi bisogni ed a garantire gli interventi più appropriati.

La valutazione dell'eleggibilità all'ICA 2 RSD viene effettuata dall'equipe della RSD utilizzando lo strumento "Valutazione ICA 2 – RSD" (allegato al presente documento) disponibile nel portale SIDI WEB, opportunamente validato ad esito del processo metodologico declinato nel precedente capitolo. Medesimo procedimento deve essere attuato anche per variazione di categoria ICA 2 RSD già riconosciuta.

Nel procedimento è coinvolta l'ATS di ubicazione nel complesso delle sue articolazioni e funzioni e nello specifico in quella di controllo e monitoraggio della spesa.

In caso di riconoscimento dell'ICA 2 si procede con le seguenti modalità:

1. RSD attraverso lo strumento "Valutazione ICA 2 – RSD" identificata la categoria ICA 2 RSD in cui rientra la persona: categoria elevata o categoria molto elevata;
2. RSD contatta l'ATS di ubicazione della struttura, comunicando l'avvenuto inserimento della valutazione ICA 2 RSD in SIDI WEB;
3. ATS di ubicazione della struttura in base alla compatibilità delle risorse procede alla validazione sul portale, entro 10 giorni lavorativi.

L'ICA 2 RSD, con la relativa specifica tariffa e minutaggio aggiuntivo, decorre dalla data di validazione di ATS;

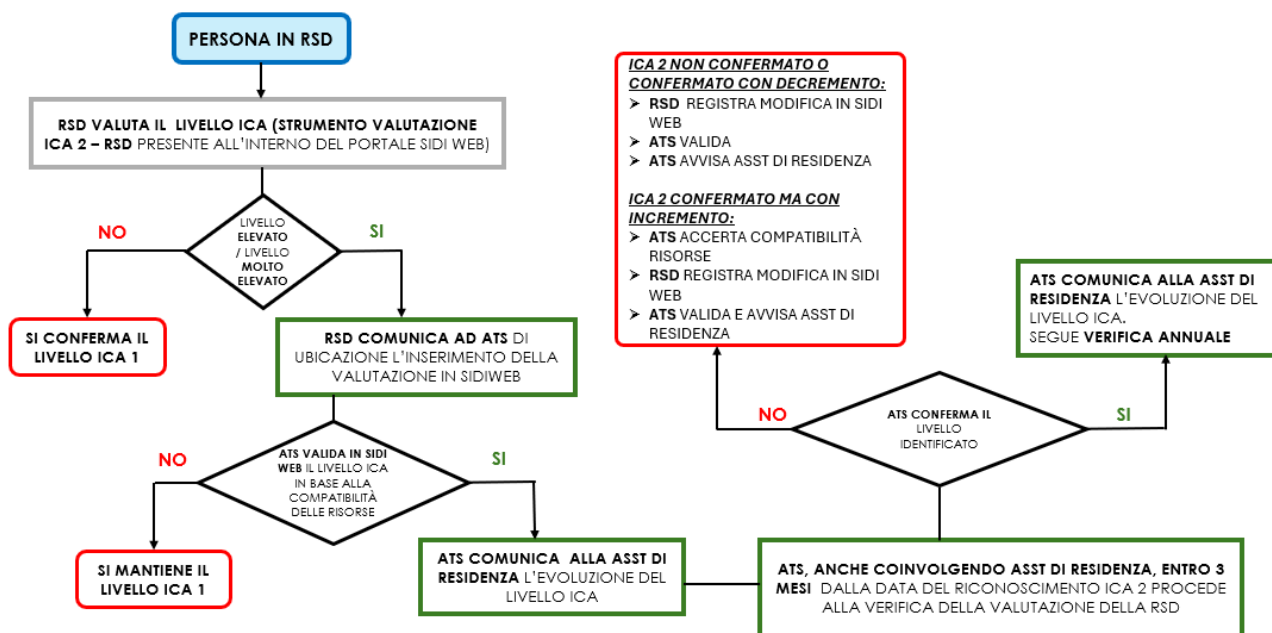
4. ATS informa ASST di residenza della persona;
5. ATS entro 3 mesi dalla registrazione in SIDI Web procede, presso la Unità di offerta, con un controllo di appropriatezza mirato alla verifica della valutazione effettuata dalla RSD.

L'esito della verifica può essere:

- ☐ **conferma** della valutazione della RSD;
- ☐ **non conferma o conferma con variazione della categoria in decremento :**
  - RSD registra la modifica in SIDI WEB
  - ATS valida: la variazione dell'ICA 2 RSD, con la relativa specifica tariffa e minutaggio aggiuntivo, decorre dalla data di validazione di ATS
  - ATS avvisa ASST di residenza
- ☐ **conferma ma variazione della categoria in incremento :**
  - ATS accerta compatibilità delle risorse
  - RSD registra la modifica in SIDI WEB
  - ATS valida: la variazione dell'ICA 2 RSD, con la relativa specifica tariffa e minutaggio aggiuntivo, decorre dalla data di validazione di ATS
  - ATS avvisa ASST di residenza.

Il riconoscimento finale dell'ICA 2 RSD registrato in SIDI web deve essere in ogni caso conservato nel FASAS.

Di seguito la flowchart del processo:



### 3.1.2 Riconoscimento dell'ICA 2 RSD per la persona per la quale è previsto l'inserimento in RSD

Per la persona che vive a domicilio o che si trova inserita in altra tipologia di struttura sanitaria, sociosanitaria o sociale e che presenta comportamenti problema e per la quale viene definito un progetto che prevede l'inserimento in RSD, viene attivata la valutazione per il riconoscimento dell'ICA 2 RSD preliminarmente ed in prossimità all'inserimento.

L'ASST di residenza, con il coinvolgimento di tutti gli interlocutori coinvolti nella predisposizione del Progetto di Vita della persona, compila lo strumento "Valutazione ICA 2 – ASST", (allegato al presente documento), opportunamente validato ad esito del processo metodologico declinato nel precedente capitolo.

Al fine di sostenere una modalità di compilazione con criteri omogenei è stata predisposta una legenda di compilazione\_ASST (allegata al presente documento) in cui, in relazione allo strumento Valutazione ICA2\_ASST, viene dettagliata la descrizione corrispondente ai singoli item di cui si compone.

Nel procedimento è coinvolta l'ATS di ubicazione nel complesso delle sue articolazioni e funzioni e nello specifico di quelle di controllo e monitoraggio della spesa.

#### In caso di riconoscimento dell'ICA 2 RSD si procede con le seguenti modalità:

1. ASST attraverso lo strumento "Valutazione ICA 2 – ASST" identificata la categoria ICA 2 RSD in cui rientra la persona: categoria elevata o categoria molto elevata.
2. ASST acquisisce formale dichiarazione da parte dell'ATS di ubicazione della RSD individuata in merito alla disponibilità delle risorse registrando l'esito e gli estremi della comunicazione in calce alla scheda di valutazione:
  - in caso di esito negativo il procedimento di riconoscimento ICA 2 RSD è chiuso;
  - in caso di esito positivo, successivamente all'ingresso della persona nella RSD, la struttura provvede ad inserire l'assegnazione ICA 2 RSD con categoria pari a quella segnalata dalla ASST.

L'ASST valida, entro 10 giorni lavorativi, l'attivazione dell'ICA 2 RSD con decorrenza dalla data di ingresso in RSD.

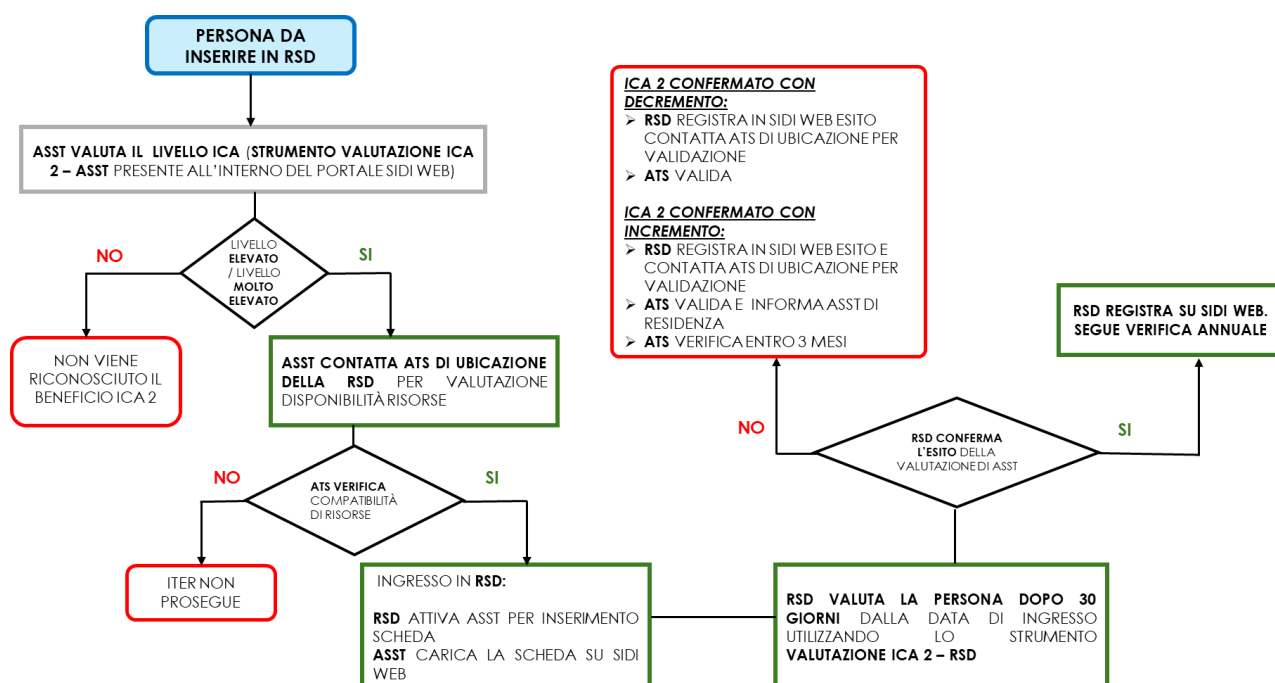
3. RSD, dopo 30 giorni dall'inserimento della persona nella UdO procede ad effettuare un'ulteriore valutazione utilizzando lo strumento "Valutazione ICA 2- RSD" al fine di contestualizzarla alla luce dell'avvenuta modifica del luogo di vita della persona.

I possibili esiti del suddetto processo sono i seguenti:

- ❑ **conferma** con la medesima categoria;
- ❑ **non conferma o conferma con variazione della categoria in decremento:**
  - RSD registra in SIDI WEB esito
  - ATS valida: la variazione dell'ICA 2 RSD, con la relativa specifica tariffa e minutaggio aggiuntivo, decorre dalla data di validazione di ATS
  - ATS avvisa ASST di residenza
- ❑ **Conferma ma con incremento della categoria:**
  - RSD registra in SIDI WEB l'esito
  - RSD contatta ATS di ubicazione per validazione
  - ATS valida e informa ASST di residenza. La variazione dell'ICA 2 RSD, con la relativa specifica tariffa e minutaggio aggiuntivo, decorre dalla data di validazione di ATS
  - ATS verifica presso la RSD con un controllo di appropriatezza mirato entro 3 mesi.

Il riconoscimento finale dell'ICA 2 registrato in SIDI web deve essere in ogni caso conservato nel FASAS.

Di seguito la flowchart del percorso:



Nell'ottica di sostenere il rafforzamento della collaborazione tra le strutture residenziali e i servizi territoriali delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), promuovendo progettualità condivise e valorizzando il ruolo degli interlocutori istituzionali coinvolti nel progetto individuale, si evidenzia che ASST possa svolgere un'azione-supporto alla RSD nella valutazione dell'efficacia e della necessità degli interventi attuati considerati i bisogni della persona e la dinamica nel tempo degli stessi.

### 3.2 Verifica dell'ICA RSD 2

Nell'ambito dell'implementazione dell'ICA 2 RSD la verifica si connota come strumento di governance clinico-assistenziale, finalizzato al consolidamento di un modello di presa in carico multidisciplinare, dinamico e orientato al miglioramento continuo della qualità della vita della persona.

La previsione di un sistema di verifica strutturato sostiene altresì la promozione di una cultura della valutazione e dell'autovalutazione che costituisce una leva strategica per l'innalzamento della qualità dei servizi e per la sostenibilità del sistema nel medio-lungo periodo, garantendo un miglioramento continuo e misurabile delle pratiche assistenziali.

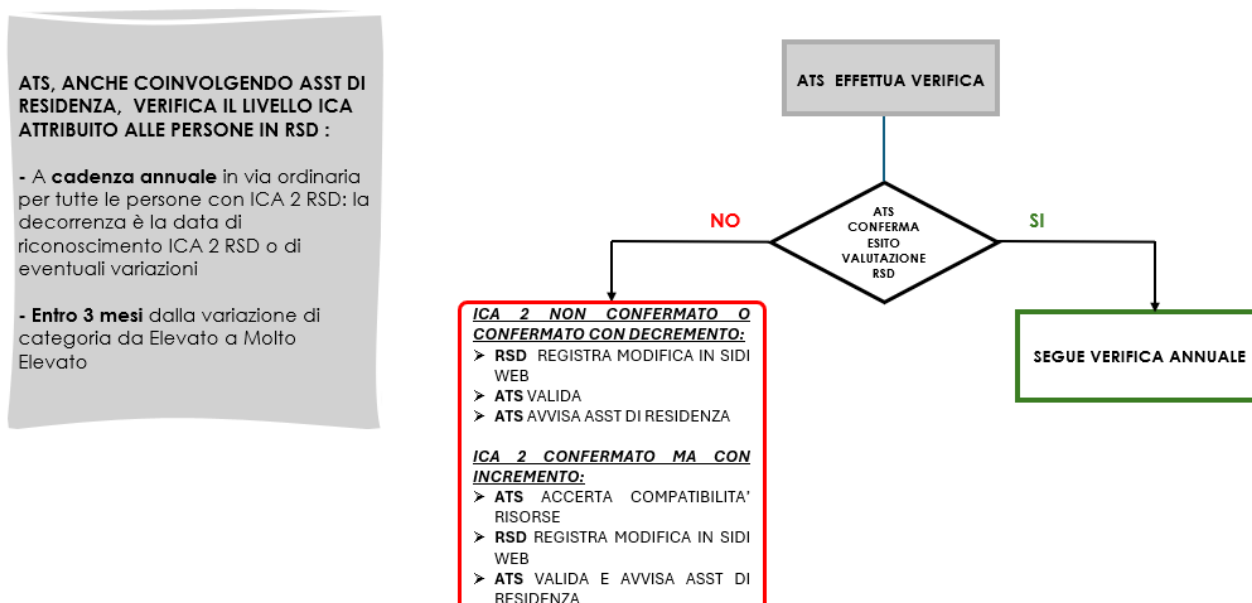
La verifica dell'ICA 2 RSD è svolta dall'ATS presso la RSD nell'ambito delle attività istituzionali di controllo di appropriatezza con la seguente tempistica:

- entro un anno dalla data di validazione di ATS per tutte le persone con ICA 2 RSD;
- entro tre mesi dalla validazione di ATS della variazione della categoria ICA 2 RSD da Elevato (E) a Molto Elevato (ME).

I possibili esiti della verifica sono i seguenti:

- ☐ **conferma** con la medesima categoria;
- ☐ **non conferma o conferma con variazione della categoria in decremento:**
  - RSD registra la modifica in SIDI WEB
  - ATS valida. La variazione dell'ICA 2 RSD, con la relativa specifica tariffa e minutaggio aggiuntivo, decorre dalla data di validazione di ATS
  - ATS avvisa ASST di residenza
- ☐ **conferma ma con variazione della categoria in incremento:**
  - ATS accerta compatibilità delle risorse
  - RSD registra la modifica in SIDI WEB
  - ATS valida. La variazione dell'ICA 2 RSD, con la relativa specifica tariffa e minutaggio aggiuntivo, decorre dalla data di validazione di ATS
  - ATS avvisa ASST di residenza.

Il riconoscimento finale dell'ICA 2 registrato in SIDI web deve essere in ogni caso conservato nel FASAS.



L'U.O. Polo Territoriale provvederà a fornire alle ATS specifica check list per le verifiche di appropriatezza mirate all'ICA 2 RSD. Si specifica che stante la prevista fase di monitoraggio dell'implementazione dell'ICA 2 per un periodo di 24 mesi, laddove l'esito della verifica dovesse determinare la mancata conferma dell'ICA o della categoria, ATS, in un'ottica di accompagnamento, procede unicamente ad attuare l'iter sopra declinato applicando la sanzione amministrativa soltanto nei casi di variazione della classe SIDi o di non conformità di quanto rappresentato in SIDi.

Le attività di verifica sopra indicate devono essere considerate parte integrante del piano dei controlli dell'ATS.

#### **4. EVIDENZA DEL TRATTAMENTO**

Nel FASAS di ogni persona a cui è stato riconosciuto l'ICA 2 RSD deve essere presente:

- ☐ la scheda di valutazione ICA 2\_RSD con le eventuali successive variazioni e, laddove prevista, la scheda di valutazione ICA2\_ASST.
- ☐ documentazione chiara e completa che descriva le diverse fasi di analisi, intervento e monitoraggio delle problematiche comportamentali da parte dell'équipe RSD.
- ☐ esito della verifica da parte di ATS.

La valutazione, gli interventi previsti ed effettuati devono essere documentati con modalità tali da rendere evidente la presenza di tutti gli aspetti di seguito declinati con il relativo aggiornamento lungo tutto il periodo di riconoscimento dell'ICA 2 RSD.

Gli aspetti da documentare sono i seguenti:

##### **A. Descrizione della problematica comportamentale**

Questa parte deve contenere:

- o la descrizione del comportamento problema in termini chiari e concreti, basata cioè su elementi osservabili e misurabili;
- o evidenza delle riunioni con l'équipe e i familiari finalizzate alla condivisione e la discussione del problema (validità sociale);
- o il consenso informato relativo all'intervento, firmato dalla persona con disabilità e/o dal tutore o amministratore di sostegno, se presenti.

##### **B. Raccolta dei dati di partenza (baseline)**

La baseline serve a dare una dimensione quantitativa del fenomeno e come parametro di riferimento per comprendere l'efficacia del successivo intervento (ad esempio attraverso la raccolta di parametri come la frequenza, intensità o durata del comportamento).

Questa parte deve contenere i dati iniziali della problematica comportamentale che sono stati raccolti, in quanto necessari per descrivere la situazione prima dell'intervento.

##### **C. Identificazione del valore funzionale del comportamento**

Questa fase è particolarmente importante perché ha lo scopo di comprendere le motivazioni che stanno alla base dell'emissione della problematica comportamentale. Questa comprensione sarà la base per la successiva definizione del trattamento (definizione degli interventi di prevenzione, gestione della crisi e interventi sulle conseguenze).

Ad esempio, il comportamento può servire ad attirare attenzione; evitare una richiesta o un'attività; ottenere un oggetto o una soddisfazione di un bisogno fisico; comunicare disagio o dolore o altre funzioni.

Questa parte deve contenere l'esito dell'identificazione del valore funzionale del comportamento per cui si possono usare strumenti di analisi funzionale di osservazione diretta o indiretta.

#### **D. Interventi di prevenzione**

Gli interventi di prevenzione, laddove previsti, hanno lo scopo di ridurre la probabilità che il comportamento problematico si ripresenti, migliorando la qualità della vita della persona.

Questi possono comprendere, a titolo indicativo, l'insegnamento di nuove abilità o di modalità alternative di comunicazione, la definizione di una strutturazione su misura della giornata, il miglioramento delle condizioni ambientali — come la gestione degli spazi, dei rumori, delle luci o di altri stimoli — e il potenziamento del supporto emotivo e relazionale. In alcuni casi, possono includere anche interventi di tipo sanitario o farmacologico, quando clinicamente indicati.

Questa parte deve contenere per ogni intervento di prevenzione la declinazione di:

- tipo di azione prevista,
- frequenza con cui viene attuata
- figure professionali coinvolte nella sua realizzazione.

#### **E. Interventi di gestione della crisi comportamentale**

L'intervento di gestione ha la funzione di contenere i danni alla persona stessa, ai care-giver o al contesto di vita a fronte di crisi comportamentali. Per crisi comportamentale si fa riferimento all'emissione della problematica comportamentale nella sua forma più acuta e spesso contraddistinta da disregolazione emotiva.

Questa parte deve contenere:

- la descrizione puntuale degli interventi assistenziali, educativi, medici, comunicativi, relativi alla gestione degli spazi, o altro da attivare durante la crisi comportamentale;
- l'indicazione delle figure professionali coinvolte

In presenza di situazioni che richiedano una limitazione temporanea dell'agibilità fisica della persona, oltre a prevedere l'esplicito riferimento a tale procedura nel consenso informato, dovrà essere programmata un'azione di monitoraggio post-contatto, finalizzata a verificare l'integrità fisica e funzionale della persona. Nello specifico si richiama quanto previsto in tema di contenzioni dalle normative nazionali di riferimento e dalla DGR 1765/2014.

#### **F. Interventi sulle conseguenze da attivare dopo la crisi comportamentale**

Gli interventi sulle conseguenze sono attivati con lo scopo di ridurre la probabilità futura del ripetersi della crisi comportamentale e favorire l'apprendimento di comportamenti alternativi.

Queste possono includere ad esempio:

- Strategie post-evento: modalità di supporto alla persona dopo la crisi (es. tempo di decompressione, attività di rilassamento, comunicazione empatica).
- Interventi educativi successivi: insegnamento di comportamenti alternativi e funzionali, training sull'autoregolazione o relativi alla richiesta di aiuto.
- Programmazione delle conseguenze: definizione di interventi conseguenti al comportamento, nel rispetto della dignità e dei diritti della persona. Se presenti questi dovranno essere riportati nel consenso informato.

Questa parte deve contenere:

- la descrizione delle modalità con cui l'équipe gestisce gli esiti immediati

- la descrizione delle modalità con cui l'équipe gestisce gli esiti successivi alla problematica comportamentale;
- le figure professionali coinvolte.

#### **G. Revisione periodica**

Consente di mantenere il percorso sempre coerente con i bisogni della persona e verificare l'efficacia del trattamento.

Questa parte deve contenere:

- monitoraggi sull'emissione della problematica comportamentale;
- aggiornamenti del trattamento sulla base dei risultati raggiunti e dei cambiamenti osservati nel tempo;
- l'indicazione della tempistica con cui vengono raccolti e analizzati i dati e riviste le strategie;
- la registrazione e documentazione di eventuali modifiche apportate al piano degli interventi previsti.

### **5. FORMAZIONE E PERCORSI DI CONSULENZA**

Le emergenze comportamentali nelle persone con disabilità rappresentano una sfida complessa per operatori sanitari, educatori e caregiver. La formazione sulle emergenze comportamentali rappresenta pertanto uno snodo fondamentale per:

- garantire interventi efficaci e sicuri;
- migliorare la qualità della vita degli utenti;
- ridurre lo stress degli operatori;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- promuovere un approccio evidence-based nella gestione delle problematiche comportamentali.

In tale ottica il percorso ICA 2 RSD prevede lo sviluppo e l'aggiornamento continuo delle competenze degli operatori attraverso percorsi formativi anche strutturati, favorendo la diffusione di buone pratiche e la costruzione di un linguaggio professionale condiviso tra i diversi attori del sistema.

Tale obiettivo verrà conseguito con le seguenti modalità:

- ☐ piano di formazione organizzato dal livello regionale.

Nell'ottica di sostenere una conoscenza di base e specialistica sulla tematica, la Struttura competente dell'UO Polo Territoriale assicura il coinvolgimento di tutte le RSD accreditate nel percorso formativo promosso in materia di emergenze comportamentali nell'ambito dei progetti attuati a valere sul Fondo Nazionale Autismo e nello specifico:

- formazione di base: si tratta di un corso introduttivo, finalizzato all'acquisizione della consapevolezza e dimestichezza con i concetti, i principi, le procedure e le strategie che possono essere utilizzate per l'inquadramento, la valutazione e il trattamento dei disturbi del comportamento.

Tale corso è rivolto agli operatori che affrontano quotidianamente situazioni di autolesionismo, etero aggressività e comportamenti distruttivi.

Tale corso sarà sviluppato in più edizioni tra la fine del 2025 ed il 2026 con l'attivazione da parte delle ATS di tutte le RSD accreditate insistenti sul territorio regionale, anche se non già con persone con ICA 2 RSD, che potranno esprimere la propria adesione o meno al corso.

- formazione avanzata: si tratta di un percorso formativo che offre una preparazione approfondita su principi, procedure e applicazioni pratiche nella gestione delle emergenze comportamentali, integrando i costrutti di Qualità della Vita nel progetto individualizzato.

Tale formazione è prioritariamente rivolta alle RSD che, ad esito del lavoro svolto per il processo metodologico dettagliato nel secondo capitolo del presente documento, risultano accogliere persone con ICA 2 RSD.

- ❑ obbligo per le RSD che accolgono persone con ICA 2 RSD di attuare un piano formativo annuale specifico sulla tematica, rivolto a tutte le figure professionali. Di tale piano deve essere data opportuna evidenza nel piano di formazione e aggiornamento del personale previsto dalla DGR 2569/2014 e s.m.i..

Nell'ottica dello sviluppo della rete regionale per le emergenze comportamentali, come indicato nel capitolo 1 del presente documento, le RSD che accolgono persone con ICA 2 saranno incluse nel lavoro già avviato, potendo quindi avvalersi della consulenza da parte dell'Équipe Dedicata per le Emergenze COmportamentali (EDECO) di riferimento.

A seguito dell'avvio dell'iter oggetto del presente documento, tali RSD saranno infatti coinvolte nel lavoro di costruzione della rete regionale per le emergenze comportamentali.

## 6. TARIFFE

Per l'implementazione della casistica di secondo livello di complessità in presenza di comportamenti-problema sono stati già stati individuati i seguenti finanziamenti:

- con DGR 1513/2023 sono stati finalizzati fino a 6 mln;
- con DGR 2966/2024 sono stati destinati ulteriori 6 mln al percorso al percorso di definizione del secondo livello di complessità.

Al fine di dare attuazione a tali disposizioni si prevede, contestualmente all'avvio dei progetti di supporto individuale e all'adeguamento degli standard assistenziali (minutaggio aggiuntivo settimanale per ICA 2 RSD elevato 450 minuti e per ICA 2 RSD molto elevato 675 minuti), e previa conclusione degli iter previsti, di corrispondere a partire dal 1/3/2026, agli utenti riconosciuti nella condizione di ICA 2 RSD le maggiorazioni tariffarie pari a € 29,20 die/persona per livello Elevato e € 43,90 die/persona per il livello Molto Elevato che saranno corrisposte a titolo di extra budget.

Si riporta pertanto la remunerazione die (comprensiva anche della remunerazione ICA 1):

	IMPORTO TARIFFA GG	di cui QUOTA A BUDGET
<b>RSD TIPICA CLASSE 1</b> ICA 2 RSD ELEVATO	172,60	143,40
<b>RSD TIPICA CLASSE 1</b> ICA 2 RSD MOLTO ELEVATO	187,30	143,40
<b>RSD TIPICA CLASSE 2</b> ICA 2 RSD ELEVATO	141,50	112,30
<b>RSD TIPICA CLASSE 2</b> ICA 2 RSD MOLTO ELEVATO	156,20	112,30

La remunerazione aggiuntiva per l'ICA 2 RSD è stata definita tenendo conto del mix professionale effettivo delle RSD, del minutaggio atteso per ciascuna categoria, del costo orario risultante da scheda struttura aggiornato tenendo conto degli adeguamenti contrattuali (in analogia al metodo utilizzato per la DGR 4680/2024), dei costi indiretti per adeguare l'organizzazione complessiva della struttura alla gestione dei comportamenti problema.

L'integrazione ex ICA 2 RSD viene corrisposta a titolo di extra budget, rendicontabile solo per i soggetti che hanno completato con ATS e ASST l'iter per l'eleggibilità a tale condizione (inclusa la verifica della sostenibilità).

In fase di primo avvio le risorse sono ripartite tra le ATS sulla base delle strutture di ubicazione degli ospiti considerati idonei all'ICA 2 RSD nelle rilevazioni eseguite sulla popolazione RSD nel 2023. Ai fini di consentire nelle strutture ubicate nel proprio territorio l'eventuale inserimento di ulteriori ospiti eleggibili a tale condizione non già rientranti negli elenchi risultanti dalle rilevazioni, si prevede che ogni ATS possa disporre di un ulteriore plafond pari al 9% dell'assegnazione.

L'assistenza aggiuntiva per la gestione dei comportamenti problema non è addebitabile all'utenza.



## 7. FASE DI AVVIO ICA 2 RSD

### *7.1 Persone già assegnatarie, a seguito della prima rilevazione, di ICA 2 RSD (n. 836)*

Le RSD che, a seguito della rilevazione effettuata nell'ambito dello sviluppo del processo metodologico declinato nel secondo capitolo, hanno persone riconosciute come beneficiarie di ICA 2 RSD riceveranno per ciascun codice SIDI lo strumento "Valutazione ICA2\_RSD" in formato pdf compilabile al fine di procedere ad una rivalutazione delle persone in carico. Una volta completata la compilazione per ogni codice SIDI, lo strumento genererà automaticamente l'esito, indicando se la persona risulta beneficiaria della misura e specificando la relativa categoria di gravità, "Elevato" o "Molto Elevato".

Una volta concluso questo processo, la RSD disporrà del quadro aggiornato delle persone riconosciute per ICA 2 RSD e delle loro categorie di gravità, potendo quindi organizzarsi per garantire il minutaggio aggiuntivo richiesto. Al termine delle rivalutazioni, l'esito complessivo dovrà essere trasmesso all'UO Polo Territoriale secondo le modalità che verranno successivamente comunicate.

La RSD a partire dal **1° marzo 2026** potrà procedere a caricare tali valutazioni nella sezione dedicata sul portale SIDI Web e contattare l'ATS di ubicazione che procede alla validazione entro 10 giorni lavorativi.

Per il riconoscimento della tariffa dell'ICA 2 RSD, solo per le 836 persone, considerato l'iter di valutazione già svolto in precedenza, la data di validazione di ATS coincide con la data di inserimento della valutazione in SIDI WEB da parte della RSD.

Ne deriva pertanto che dalla suddetta data il minutaggio relativo alla persona riconosciuta beneficiaria di categorie ICA 2 RSD deve essere effettivamente assicurato da parte della RSD unitamente all'aggiornamento del FASAS con gli elementi di evidenza relativi ai comportamenti problema, come previsto dal capitolo 4.

Per la successiva verifica si seguono le modalità e tempistiche previste al capitolo 3, l'UO Polo Territoriale procederà a fornire alle ATS una check list specifica.

Si precisa infine che la formazione verrà avviata inizialmente nelle modalità previste dal capitolo 5, il gestore della RSD dovrà inoltre prevedere nel proprio piano formativo 2026 percorsi specifici dedicati alla gestione e prevenzione dei comportamenti problema.

La UO Polo Territoriale fornirà successivamente indicazioni tecniche per l'inserimento delle valutazioni all'interno del portale SIDI WEB.

### *7.2 Avvio valutazioni per eventuali nuovi beneficiari di ICA 2 RSD*

Dal 1.04.2026 le RSD potranno procedere ad effettuare le valutazioni, direttamente nel portale SIDI WEB, per nuovi beneficiari della misura ICA 2 RSD, seguendo le modalità operative previste dal capitolo 3.

Lo strumento *Valutazione ICA 2 – RSD* per la fase di valutazione per le persone già inserite in RSD sarà a disposizione, in sezione dedicata, nel portale SIDI WEB.

Lo strumento *Valutazione ICA2\_ASST*, per le persone che sono a domicilio o in altri setting e per le quali è previsto un inserimento in RSD, sarà inviato insieme al manuale tecnico in formato pdf compilabile e genererà in automatico l'esito della valutazione.

Per la successiva verifica si seguono le modalità e tempistiche previste al capitolo 3, l'UO Polo Territoriale procederà a fornire alle ATS una check list specifica.

### *7.3 Indicatori monitoraggio esiti e processo ICA 2 RSD*

Durante il periodo della sperimentazione (24 mesi) verranno definite modalità di monitoraggio sul processo e sulle relative modalità attuative previste dal presente documento, al fine di apportare correttivi se ritenuti necessari.

La UO Polo Territoriale metterà a disposizione delle equipe delle ASST e ATS, nelle modalità che verranno comunicate, il supporto necessario per un confronto operativo sulle criticità o sui dubbi riscontrati nelle valutazioni e nelle verifiche di rispettiva competenza.

Al fine di monitorare gli esiti e il processo si definiscono i seguenti indicatori:

- numero di persone riconosciute nel 2026 nella categoria ME che hanno avuto un decremento di categoria o la conclusione di ICA 2 nel periodo di riferimento:  $\leq 5\%$  dei beneficiari con categoria ME del 2026;
- budget utilizzato nel periodo rapportato al budget disponibile per ATS:  $\geq 70\%$ ;
- Budget utilizzato nel periodo rapportato al budget disponibile a livello regionale:  $\geq 80\%$ ;
- numero di persone per le quali ATS ha modificato a seguito della verifica la categoria ovvero non ha confermato ICA 2 rapportato al totale delle persone con ICA 2 RSD:  $< 20\%$ .

## 8. RIPARTO BUDGET PER ATS

	Limite extra-budget annuo ICA 2 RSD
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	2.077.399,00
322 - ATS DELL'INSUBRIA	2.588.440,00
323 - ATS DELLA MONTAGNA	217.205,00
324 - ATS DELLA BRIANZA	856.618,00
325 - ATS DI BERGAMO	1.061.942,00
326 - ATS DI BRESCIA	1.255.624,00
327 - ATS DELLA VAL PADANA	3.168.524,00
328 - ATS DI PAVIA	774.248,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>12.000.000,00</b>

Il riparto di cui sopra è comprensivo della quota per coprire, *le persone già assegnatarie, a seguito della prima rilevazione, di ICA 2 RSD*, laddove confermate dalla valutazione prevista, e della quota di riserva per finanziare l'inserimento di ulteriori utenti ICA 2 RSD per i bisogni che dovessero insorgere successivamente.

## ALLEGATO A

### Strumento di valutazione ICA2 RSD

#### Domande di carattere anagrafico

1. Nome RSD
2. Codice trattamento
3. Anno di nascita della persona per la quale si sta compilando il questionario

#### A. Terapia Farmacologica

**A.1 Prevenzione:** Trattamento farmacologico per la prevenzione del comportamento autoetero aggressivo o che necessita controllo

- ☐ Assente  
☐ Presente

**A.2 Gestione:** Utilizzo di terapie farmacologiche al bisogno successive al verificarsi del comportamento o, se presenti, dei segni prodromici dello stesso

- ☐ Sì  
☐ No

#### B. Aggressività fisica eterodiretta e/o comportamenti provocatori

##### B1. Prevenzione

- ☐ Caratteristiche del sostegno necessario per la prevenzione della aggressività fisica eterodiretta/comportamenti provocatori

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato
- B. organizzazione dell'ambiente e del tempo
- C. aiuti verbali per prevenire il comportamento, detensionamento, organizzazione dell'ambiente e del tempo
- D. strutturazione di un singolo intervento comportamentale per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzamento, comunicazione funzionale)
- E. strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzamento, comunicazione funzionale)

- ☐ Frequenza del sostegno necessario per la prevenzione della aggressività fisica eterodiretta/comportamenti provocatori

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ meno di una volta a settimana  
☐ una volta a settimana  
☐ più di una volta a settimana  
☐ quotidiana  
☐ pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte al sostegno necessario per la prevenzione della aggressività fisica eterodiretta/comportamenti provocatori

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla:*

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)
- ☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)
- ☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico
- ☐ OSS operatore sociosanitario, ASA ausiliario socioassistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale
- ☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).

## B2. GESTIONE

- ☐ Caratteristiche del sostegno necessario per la gestione della aggressività fisica eterodiretta/comportamenti provocatori a seguito della sua emissione

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. Intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato
- B. Strutturazione di un singolo intervento comportamentale per gestire il comportamento (es. estinzione, stopping ...)
- C. Strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per gestire il comportamento (es. ridirezionamento, allontanamento guidato dal contesto, costo della risposta, estinzione)
- D. Come al punto precedente con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di un operatore.
- E. Come al punto C con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di due o più operatori.

- ☐ Frequenza del sostegno necessario per la gestione della aggressività fisica eterodiretta/comportamenti provocatori a seguito della sua emissione

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Meno di una volta al mese
- ☐ Una volta al mese
- ☐ Una volta a settimana
- ☐ Più di una volta a settimana
- ☐ Quotidiana
- ☐ Pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte al sostegno per la gestione della aggressività fisica eterodiretta/comportamenti provocatori a seguito della sua emissione

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla:*

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)
- ☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)
- ☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico

- ☐ OSS operatore sociosanitario, ASA ausiliario socioassistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale
- ☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).
- ☐ Gravità, anche potenziale, dell'evento di aggressività fisica eterodiretta/comportamenti provocatori

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. Danni non significativi, anche potenziali, ad altri
- B. Danni significativi, anche potenziali, agli altri (es. ecchimosi, lesione di tessuti, infortunio)

## C. Distruttività

### C1. Prevenzione

- ☐ Caratteristiche del sostegno necessario per la prevenzione della distruttività

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. Intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato
- B. Organizzazione dell'ambiente e del tempo
- C. Aiuti verbali per prevenire il comportamento, detensionamento, organizzazione dell'ambiente e del tempo
- D. Strutturazione di un singolo intervento comportamentale per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzamento, comunicazione funzionale)
- E. Strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzamento, comunicazione funzionale)

- ☐ Frequenza del sostegno necessario per la prevenzione della distruttività

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Meno di una volta a settimana
- ☐ Una volta a settimana
- ☐ Più di una volta a settimana
- ☐ Quotidiana
- ☐ Pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte al sostegno necessario per la prevenzione della distruttività

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla.*

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)
- ☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)
- ☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico
- ☐ OSS operatore sociosanitario, ASA ausiliario socioassistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale
- ☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).

## C2. Gestione

- ☐ Caratteristiche del sostegno necessario per la gestione della distruttività

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. Intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato
- B. Strutturazione di un singolo intervento comportamentale per gestire il comportamento (es. estinzione, stopping ...)
- C. Strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per gestire il comportamento (es. ridirezionamento, allontanamento guidato dal contesto, costo della risposta, estinzione)
- D. Come al punto precedente con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di un operatore.
- E. Come al punto C con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di due o più operatori.

- ☐ Frequenza del sostegno necessario per la gestione della distruttività

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Meno di una volta al mese
- ☐ Una volta al mese
- ☐ Una volta a settimana
- ☐ Più di una volta a settimana
- ☐ Quotidiana
- ☐ Pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte al sostegno necessario per la gestione della distruttività

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla:*

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)
- ☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)
- ☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico
- ☐ OSS operatore sociosanitario, ASA ausiliario socioassistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale
- ☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).

- ☐ Gravità, anche potenziale, dell'evento di distruttività

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ A. Danni, anche potenziali, non significativi agli oggetti e agli arredi
- ☐ B. Danni, anche potenziali, che comportano rottura di oggetti e agli arredi.

## D. Autolesionismo

## D1. Prevenzione

- ☐ Caratteristiche dei sostegni necessari per la prevenzione dei comportamenti autolesionistici

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. Intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato
- B. Organizzazione dell'ambiente e del tempo
- C. Aiuti verbali per prevenire il comportamento, detensionamento, organizzazione dell'ambiente e del tempo
- D. Strutturazione di un singolo intervento comportamentale per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzamento, comunicazione funzionale)
- E. Strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzamento, comunicazione funzionale)

- ☐ Frequenza dei sostegni necessari per la prevenzione dei comportamenti autolesionistici

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Meno di una volta a settimana
- ☐ Una volta a settimana
- ☐ Più di una volta a settimana
- ☐ Quotidiana
- ☐ Pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte al sostegno necessario per la prevenzione dei comportamenti autolesionistici

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla:*

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)
- ☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)
- ☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico
- ☐ OSS operatore sociosanitario, ASA ausiliario socioassistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale
- ☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).

## D2. Gestione

- ☐ Caratteristiche dei sostegni necessari per la gestione dei comportamenti autolesionistici

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. Intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato
- B. Strutturazione di un singolo intervento comportamentale per gestire il comportamento (es. estinzione, stopping ...)
- C. Strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per gestire il comportamento (es. ridirezionamento, allontanamento guidato dal contesto, costo della risposta, estinzione)
- D. Come al punto precedente con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di un operatore.

E. Come al punto C con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di due o più operatori.

- ☐ Frequenza dei sostegni necessari per la gestione dei comportamenti autolesionistici

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Meno di una volta al mese
- ☐ Una volta al mese
- ☐ Una volta a settimana
- ☐ Più di una volta a settimana
- ☐ Quotidiana
- ☐ Pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte al sostegno necessario per la gestione dei comportamenti autolesionistici

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla:*

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)
- ☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)
- ☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico
- ☐ OSS operatore sociosanitario, ASA ausiliario socioassistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale
- ☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).

- ☐ Gravità, anche potenziale, dell'evento di autolesionismo

*Risposta obbligatoria. Scelta singola.*

- ☐ Danni, anche potenziali, non significativi a sé stessi
- ☐ Danni, anche potenziali, significativi a sé stessi (ecchimosi, lesione di tessuti) in assenza di protezioni individuali.

## E. Comportamenti pericolosi per la persona

### E1. Prevenzione

- ☐ Caratteristiche dei sostegni necessari per la prevenzione di comportamenti pericolosi per la persona (es. pica, polidipsia, esporsi da finestre, correre in mezzo ad una strada, fuga della persona verso luoghi esterni al servizio potenzialmente pericolosi, ecc.)

*Risposta obbligatoria. Scelta singola.*

- A. Intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato
- B. Organizzazione dell'ambiente e del tempo
- C. Aiuti verbali per prevenire il comportamento, detensionamento, organizzazione dell'ambiente e del tempo
- D. Strutturazione di un singolo intervento comportamentale per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzamento, comunicazione funzionale)



E. Strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per prevenire il comportamento (es. token economy, contratto educativo, organizzazione dell'ambiente e del tempo, procedure di rinforzo, comunicazione funzionale)

- ☐ Frequenza dei sostegni necessari per la prevenzione di comportamenti pericolosi per la persona (es. pica, polidipsia, esporsi da finestre, correre in mezzo ad una strada, fuga della persona verso luoghi esterni al servizio potenzialmente pericolosi, ecc.)

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Meno di una volta a settimana  
☐ Una volta a settimana  
☐ Più di una volta a settimana  
☐ Quotidiana  
☐ Pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte nei sostegni necessari per la prevenzione di comportamenti pericolosi per la persona (es. pica, polidipsia, esporsi da finestre, correre in mezzo ad una strada, fuga della persona verso luoghi esterni al servizio potenzialmente pericolosi, ecc.)

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla.*

- ☐ Medico  
☐ Infermiere  
☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)  
☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)  
☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico  
☐ OSS operatore socio-sanitario, ASA ausiliario socio-assistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale  
☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).

## E2. Gestione

- ☐ Caratteristiche dei sostegni necessari per la gestione di comportamenti pericolosi per la persona (es. pica, polidipsia, esporsi da finestre, correre in mezzo ad una strada, fuga della persona verso luoghi esterni al servizio potenzialmente pericolosi, ecc.)

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- A. Intervento non necessario per assenza di manifestazione del comportamento indicato  
 B. Strutturazione di un singolo intervento comportamentale per gestire il comportamento (es. estinzione, stopping ...)  
 C. Strutturazione di un pacchetto di interventi comportamentali per gestire il comportamento (es. ridirezionamento, allontanamento guidato dal contesto, costo della risposta, estinzione)  
 D. Come al punto precedente con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di un operatore.  
 E. Come al punto C con l'aggiunta di interventi che prevedono anche il blocco fisico temporaneo da parte di due o più operatori.

- ☐ Frequenza dei sostegni necessari per la gestione di comportamenti pericolosi per la persona (es. pica, polidipsia, esporsi da finestre, correre in mezzo ad una strada, fuga della persona verso luoghi esterni al servizio potenzialmente pericolosi, ecc.)

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Meno di una volta al mese
- ☐ Una volta al mese
- ☐ Una volta a settimana
- ☐ Più di una volta a settimana
- ☐ Quotidiana
- ☐ Pluriquotidiana

- ☐ Figure professionali prevalentemente coinvolte nei sostegni necessari per la gestione di comportamenti pericolosi per la persona (es. pica, polidipsia, esporsi da finestre, correre in mezzo ad una strada, fuga della persona verso luoghi esterni al servizio potenzialmente pericolosi, ecc.)

*Risposta obbligatoria. Scelta multipla:*

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Psicologo, Psicopedagogo (area psicologica/psicopedagogica)
- ☐ Educatore professionale, Fisioterapista, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale (professioni sanitarie della riabilitazione)
- ☐ Educatore, Educatore socio-pedagogico
- ☐ OSS operatore sociosanitario, ASA ausiliario socioassistenziale, OTA operatore tecnico assistenziale
- ☐ Arteterapista, Danzaterapista, Musicoterapista, Teatroterapista, Assistente sanitaria (laurea sanitaria 4), Assistente sociale, Massoterapista (altri operatori specializzati).

- ☐ Gravità, anche potenziale, dell'evento di comportamento pericoloso per la persona

*Risposta obbligatoria. Scelta singola:*

- ☐ Rischio, anche potenziale, basso
- ☐ Rischio, anche potenziale, significativo

**Numero pratica:**

Aspetto comportamentale	Azioni	Intensità	Frequenza	Punteggio totale
<b>Aggressività eterodiretta o provocazione</b>	Urla/offende/minaccia			
	Tocca/ Da pacche/ afferra/ stringe			
	Tira i capelli/spinge			
	Graffia/ pizzica/ morde			
	Sputa			
	Pugni/ calci/ sberle			
	Colpisce con oggetti			

Aspetto comportamentale	Azioni	Intensità	Frequenza	Punteggio totale
<b>Comportamento pericoloso per la persona</b>	Ingurgitare/voracità			
	Vagabondaggio			
	Stereotipie che comportano pericolo			
	Ingerisce non commestibili			
	Fuga			
	Rimozione o rottura di presidi sanitari personali che compromettono il trattamento (es. PEG, medicazioni)			

Aspetto comportamentale	Azioni	Intensità	Frequenza	Punteggio totale
<b>Autolesionismo</b>	Si graffia/ Si pizzica/ Si da pacche			

	Si butta a terra			
	Si strappa le unghie/ Si strappa i capelli			
	Da pugni a oggetti			
	Batte la testa/ Si colpisce con oggetti			
	Ingerisce oggetti pericolosi			

Aspetto comportamentale	Azioni	Intensità	Frequenza	Punteggio totale
<b>Distruttività</b>	Sbatte porte/ finestre/ altro			
	Colpisce oggetti			
	Rompe oggetti			
	Lancia/ ribalta			
	Rimuove o danneggia dispositivi medici e terapeutici (PEG, bendaggi, ausili, occlusori, cateteri)			

Per ogni azione descritta compilare:

- **Frequenza di emissione:**
  - 0 Nessuna
  - 1 Mensile (una volta al mese) – episodicità minima
  - 2 Bi - settimanale (ogni due settimane) – frequenza occasionale
  - 3 settimanale (una volta a settimana) – frequenza ricorrente
  - 4 quotidiana (una volta al giorno) o pluriquotidiana (più volte al giorno)
- **Livello di intensità di rischio:**
  - 0 Nulla - Nessuno
  - 1 Lieve - Nessun rischio di danno
  - 2 Moderata - Rischio minimo di danni superficiali
  - 3 Elevata - Rischio moderato di danni
  - 4 Molto elevata - Alto rischio di danni significativi

## ALLEGATO C

### Legenda di compilazione dello strumento:

## Valutazione ICA2\_ASST

### 1. Frequenza del Comportamento

(Numero di volte in cui il comportamento problematico si manifesta in un determinato arco temporale, con riferimento alla settimana come unità di base)

Livello	Descrizione
<b>Livello 0 – Episodicità minima</b>	Il comportamento si manifesta meno di una volta a settimana. L'evento è sporadico, non presenta pattern ricorrenti e non interferisce con il funzionamento del contesto. Non sono richieste modifiche operative né interventi specifici.
<b>Livello 1 – Frequenza occasionale</b>	Il comportamento si verifica circa due volte a settimana. Non è sistematico ma può rappresentare un segnale iniziale. Richiede attenzione e l'attivazione di strategie preventive leggere, orientate alla regolazione del contesto.
<b>Livello 2 – Frequenza ricorrente</b>	Il comportamento si presenta più volte a settimana, con una cadenza tale da influenzare le dinamiche educative e relazionali. È necessario avviare un monitoraggio sistematico e applicare strategie preventive situazionali.
<b>Livello 3 – Frequenza quotidiana</b>	Il comportamento emerge almeno una volta al giorno. Ha un impatto diretto sull'organizzazione delle routine e richiede una pianificazione preventiva continua, con il coinvolgimento regolare delle figure educative.
<b>Livello 4 – Frequenza pluriquotidiana</b>	<b>Il comportamento si manifesta più volte al giorno, in modo persistente e pervasivo. Condiziona fortemente il contesto e necessita di un intervento strutturato, integrato, spesso correlato a elevata intensità e/o gravità.</b>

### 2. Intensità / Magnitudo del Comportamento

(Forza fisica, energia, durata e modalità di manifestazione del comportamento)

L'intensità fa riferimento alla **quantità di energia** espressa nel comportamento, alla sua **durata**, al **grado di attivazione psicomotoria** e al livello di **contenibilità immediata**, indipendentemente dalle sue conseguenze.

Livello	Descrizione
<b>Livello 0 Assente</b>	– Nessuna manifestazione osservabile. La persona risponde in modo regolato e

	adattivo. Non sono necessari interventi.
<b>Livello 1 – Lieve</b>	Il comportamento è contenuto, breve e di bassa energia. Si manifesta in modo isolato e controllabile, senza interferire con l'ambiente. È gestibile con strategie ambientali generiche. Non è necessario un intervento attivo.
<b>Livello 2 – Moderata</b>	Il comportamento è evidente, con una certa carica emotiva o fisica. Può interrompere temporaneamente attività o relazioni, ma la persona mantiene un parziale controllo con il supporto di figure educative. Richiede strategie relazionali o situazionali contestuali.
<b>Livello 3 – Elevata</b>	Il comportamento è prolungato, intenso e difficile da contenere senza interventi mirati. La persona può perdere il controllo, manifestando modalità impulsive o aggressive. È necessario un intervento individualizzato, spesso in tempo reale, da parte del personale.
<b>Livello 4 – Molto elevata</b>	<b>Il comportamento è estremamente disorganizzante, esplosivo o violento, con rischio immediato per l'incolumità della persona o degli altri. Richiede interventi tempestivi, anche fisici, multiprofessionali e formalizzati (es. attivazione di protocolli di emergenza).</b>

### 3. Gravità / Danni Potenziali

*(Conseguenze attuali o potenziali sul contesto, sulle persone e sulle relazioni)*

La gravità valuta l'**impatto prodotto** dal comportamento in termini di **danno fisico, psicologico, materiale o relazionale**, sia immediato che a lungo termine.

Livello	Descrizione
<b>Livello 0 – Nessuna conseguenza rilevante</b>	Il comportamento non determina danni o modifiche significative nel contesto. Può essere ignorato senza implicazioni, o produce un fastidio momentaneo.
<b>Livello 1 – Conseguenze lievi</b>	Il comportamento genera disagio o nervosismo momentaneo, oppure altera leggermente il clima relazionale. I danni materiali o fisici sono superficiali e facilmente riparabili. Nessun impatto duraturo.
<b>Livello 2 – Conseguenze moderate</b>	Si osserva un impatto visibile e prolungato, come tensione, compromissione temporanea delle attività, piccole lesioni o rottura parziale di oggetti. È necessario un monitoraggio, ma non un intervento d'urgenza.
<b>Livello 3 – Conseguenze</b>	Il comportamento determina danni significativi alla persona stessa o ad altri

<b>gravi</b>	(es. lesioni fisiche o psicologiche), oggetti o dinamiche relazionali. Le attività vengono compromesse. Sono richiesti interventi tempestivi e il coinvolgimento del team.
<b>Livello 4 – Conseguenze molto gravi o pericolose</b>	<b>Si configura un rischio concreto o avvenuto per la sicurezza della persona o di altri. I danni possono essere fisici gravi, psicologici profondi, materiali estesi o con potenziale esito duraturo o permanente. È necessaria un'azione immediata e strutturata da parte di più figure professionali.</b>

#### 4. Intervento di Prevenzione

*Livello di pianificazione, strutturazione e supporto messo in atto prima dell'insorgenza del comportamento per ridurre la probabilità o l'intensità.*

Livello	Descrizione
<b>Livello 0 – Nessun intervento necessario</b>	Non si evidenziano condizioni di rischio tali da richiedere azioni preventive. Il contesto educativo e relazionale si mantiene stabile senza necessità di supporti specifici. L'ambiente risulta regolato e la persona manifesta un comportamento adeguato, senza segnali precoci di disagio.
<b>Livello 1 – Strategie ambientali di base</b>	Si attuano misure generali e non personalizzate per mantenere un ambiente prevedibile e funzionale: strutturazione fisica degli spazi, routine visibili, uso di supporti temporali (es. contratti comportamentali, calendari, timer). Gli interventi sono quotidiani, a bassa intensità e volti a ridurre ambiguità e incertezza.
<b>Livello 2 – Supporti relazionali e situazionali</b>	In presenza di segnali di attivazione emotiva o criticità prevedibili, si utilizzano strategie relazionali (es. contratti comportamentali) e ambientali: comunicazione anticipatoria, supporto emotivo, modulazione degli stimoli sensoriali. Gli interventi sono regolari, mirati a prevenire escalation comportamentali.
<b>Livello 3 – Intervento mirato e individualizzato</b>	Sono attivate strategie personalizzate in base al profilo della persona: rinforzi specifici, strumenti visivi individualizzati, tecniche di coping e modifiche ambientali. L'intervento è medio/ alta intensità, con monitoraggio continuo nelle fasce critiche della giornata.
<b>Livello 4 – Strategia strutturata e integrata</b>	<b>È attivo un piano preventivo complesso e formalizzato (inserito nel PEI/PI), con strategie coordinate tra figure educative comportamentali) eo include interventi ambientali, relazionali e individuali, con</b>

**supervisione del team e revisione sistematica. Il supporto è continuativo e ad altissima intensità.**

## 5. Intervento di Gestione

*Livello di risposta e complessità delle azioni messe in atto durante e dopo la manifestazione del comportamento per contenerlo, ridurlo o reindirizzarlo.*

Livello	Descrizione
<b>Livello 0 – Nessun intervento necessario</b>	Il comportamento si risolve spontaneamente, senza necessità di azione. Non altera il contesto o la routine. Il proseguimento delle attività avviene in modo fluido, senza modifiche né coinvolgimento operativo.
<b>Livello 1 – Intervento semplice e immediato</b>	È sufficiente una singola azione per la gestione: può includere ignorare il comportamento (estinzione), un richiamo verbale, un segnale visivo, una pausa breve o una richiesta diretta. L'intervento è di basso impatto, rapido e attuabile da qualunque operatore presente.
<b>Livello 2 – Intervento strutturato ma gestibile</b>	Si utilizzano più strategie coordinate come il ridirezionamento, la riorganizzazione dell'attività, un breve allontanamento o l'applicazione di conseguenze negative proporzionate. Il comportamento è contenibile da un singolo operatore formato e presente sul campo.
<b>Livello 3 – Intervento avanzato con contenimento minimo</b>	Oltre alle strategie strutturate, è necessario l'uso controllato di contenimento fisico limitato (es. blocco di un gesto pericoloso), effettuato in sicurezza da uno o più operatori.  Attivazione di accesso a spazi/ ambienti sicuri, con monitoraggio e strategie individualizzate.  L'azione è mirata, regolata e conforme a procedure interne.
<b>Livello 4 – Intervento complesso con contenimento assistito</b>	È richiesto un intervento articolato, con il coinvolgimento simultaneo di più operatori. Prevede contenimento fisico controllato, azioni coordinate, e l'attivazione di un protocollo di gestione dell'emergenza (es. Inserito nel PEI/PI). L'obiettivo è la messa in sicurezza e la progressiva de-escalation del comportamento.