Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 74 DEL 9/10/2019

OGGETTO: Assistenza sociosanitaria territoriale: Integrazioni e modifiche al DCA 97/2018: "Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3)" e approvazione "Requisiti, criteri, procedure di accesso e tariffe per le R.S.A.: Unità di cura residenziale R2 - Requisiti dei Centri Diurni - Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017.
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta vi: "completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica")

.
VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 "*Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario ad acta il dott. Joseph Polimeni e quale sub commissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 che:

a) assegna "al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente";
b) individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto *vi*) "*completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica*";

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

RICHIAMATI:

a. il comma 80 dell'articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui "*Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro*";
b. il comma 231 bis dell' articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 così come introdotto dal comma 34, dell'articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011, n. 14 secondo cui: "*il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 , convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all'art. 2, coma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell'efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole*";
c. la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, "*nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge ,in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come ordinanze emergenziali statali in deroga, ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro*";

PREMESSO CHE

a) il Decreto del Commissario ad Acta n. 14 del 1/3/2017 di approvazione dei Programmi Operativi 2016/2018, tra gli obiettivi programmati nell'ambito dell'intervento 19.1 "Assistenza sociosanitaria territoriale", individua la riqualificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale, per setting distinti per intensità di cura, dell' "Area Adulti e anziani non autosufficienti" e dell' "Area della

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Disabilità e Riabilitazione" al fine di completare il sistema di offerta assistenziale in riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, tenendo conto del Progetto Mattone 12 "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" del Ministero della Salute;

b) nei citati Programmi Operativi per l'"Area Adulti e anziani non autosufficienti" l'offerta assistenziale residenziale programmata è così articolata:
   b1. "Unità di cure residenziali intensive" (R1) per assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
   b2. "Unità di Cure Residenziali Estensive" (R2) per assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
   b3. "Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento" (R3) per assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento;
   b4. "Unità di cure residenziali per demenze" (R2D) per assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze;

CONSIDERATO CHE

a. il DPCM 12 gennaio 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), al Capo IV- "*Assistenza sociosanitaria*", individua, tra l'altro, la tipologia di assistenza residenziale extraospedaliera e i trattamenti da garantire a persone adulte non autosufficienti e a persone adulte con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, stabilendo i criteri di eleggibilità, le modalità di accesso, la durata e gli oneri della spesa;
b. all'art. 30 il citato DPCM stabilisce che nell'ambito dell'assistenza residenziale il SSN garantisce tra l'altro: trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore;

RILEVATO

a. che l'articolazione dell'assistenza residenziale extraospedaliera definita dal citato DPCM sui LEA corrisponde alla classificazione delle prestazioni contenuta nel documento della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA "*Prestazioni residenziali e semiresidenziali*", del 2007, alle quali vengono attribuiti codici di attività di norma utilizzati anche per il conferimento dei dati attraverso i flussi informativi nazionali sanitari – NSIS;
b. che al codice di attività "R2" corrispondono trattamenti erogati in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.;

TENUTO CONTO

a. che il DCA 97/2018 ha determinato i "*Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3*)";
b. che da una revisione del documento sono stati evidenziati alcuni errori materiali e necessità di chiarimenti tra i requisiti minimi di cui all' "Allegato 1 – Parte 1 – Requisiti";

RITENUTO per quanto esposto,

a. di dover completare, in attuazione del Programma Operativo 2016-2018 - Intervento 19.1 - DCA 14/2017, in coerenza con quanto previsto dal DPCM 12/1/2017 e in continuità con quanto

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

previsto dal DCA 97/2018, la disciplina per l'attivazione dell'assistenza sociosanitaria residenziale per persone non autosufficienti;

b. di dover, a tal fine, definire per le Unità di Cure residenziali estensive R2 per adulti non autosufficienti i requisiti minimi, strutturali tecnologici nonché i requisiti ulteriori – e le relative tariffe nonché criteri e procedure di accesso e dimissioni;

VISTI

a. la Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 7301 del 31 dicembre 2001**,** che definisce i requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e/o socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione;
b. il Regolamento n. 1 del 22/6/2007 "Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale";
c. il DCA 51 del 4/7/2019 "Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private (Deliberazione del Consiglio dei Ministri luglio 2017, punto ix: "corretta conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori in coerenza con le osservazioni ministeriali")";

RITENUTO necessario, altresì:

a. modificare, per effetto della rimodulazione dell'offerta sociosanitaria territoriale di cui al presente decreto, la DGRC 7301 del 31/12/2001 – Sez. C – nella parte relativa a Residenze Sanitarie Assistenziali, e in ogni parte difforme da quanto previsto dal presente decreto;
b. modificare l'Allegato C - Scheda SRes3 del sopra citato Regolamento 1/2007 nella parte relativa ai requisiti specifici per "RSA per anziani non autosufficienti", per "RSA per anziani non autosufficienti Modulo demenza" e per "RSA per disabili non autosufficienti" ;

VISTI

- la DGRC n.7301/2001;
- il Regolamento n. 1/2007;
- la DGRC n. 41 del 14/2/2011 "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "Il sistema dei servizi domiciliari in Campania";
- la DGR 323 del 3/7/2012 "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziane-S.Va.M.A. Campania modifiche ed integrazioni della D.G.R.C. 1811/2007";
- il DCA n. 55/2017 e 55/2018;
- il DCA 97/2018 e i successivi decreti dirigenziali della Direzione Generale della Salute n. 3/1029; n. 10/2019 e n.16/2019;
- il DCA 51 del 4/7/2019 pubblicato sul BURC n. 41 del 22 Luglio 2019;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

DECRETA

per quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

1. di **APPROVARE, in** sostituzione integrale dell' "ALLEGATO 1 – parte 1 REQUISITI" del DCA 97/2018, il documento "Allegato 1 Requisiti minimi e ulteriori per le strutture RSA Unità di Cura R3-RD3-R2D-R2"**,** allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante;

2. di **APPROVARE** il documento "Allegato 2- Criteri e caratteristiche RSA-R2", allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante, che definisce caratteristiche, criteri e procedure di accesso per le R.S.A. per persone adulte non autosufficienti Unità di Cura estensive R2;

3. di **APPROVARE** l' "Allegato 3 - Personale e minuti di assistenza RSA-R2", che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che determina l'articolazione del personale, i minuti di assistenza e le tariffe per le R.S.A. per persone adulte non autosufficienti Unità di Cura R2;

4. di **MODIFICARE** per effetto e nei termini della rimodulazione dell'offerta sociosanitaria territoriale di cui al presente decreto, la DGRC n.7301 del 31/12/2001 – Sez. C – nella parte relativa a Residenze Sanitarie Assistenziali, nonché ogni altra parte non conforme a quanto previsto dal presente decreto;

5. di **MODIFICARE** l'Allegato C - Scheda SRes3 del sopra citato Regolamento 1/2007 nella parte relativa ai requisiti specifici per "RSA per anziani non autosufficienti", per "RSA per anziani non autosufficienti Modulo demenza" e per "RSA per disabili non autosufficienti";

6. di **FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di definire, entro tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, una procedura standard per la messa in rete delle RSA con i servizi territoriali e ospedalieri;

7. di **RISERVARE** in prima applicazione del presente decreto, n. 1600 posti letto del fabbisogno totale stabilito dal DCA 14/2017 per le Unità di Cura R2, di cui almeno il 10% del fabbisogno su base aziendale per la realizzazione di posti letto pubblici;

8. di **STABILIRE** che, previa formulazione di indicazioni procedurali specifiche da parte della Direzione Generale Tutela della salute, che potranno promuovere forme di programmazione delle ASL per l'efficace e ordinato sviluppo dell'assistenza residenziale territoriale anche con rifermento alla localizzazione, e sulla base dei requisiti minimi e ulteriori di cui al presente decreto:

    8a. le strutture già accreditate per altri setting assistenziali territoriali possono richiedere l'autorizzazione alla realizzazione per trasformazione di alcuni posti letto nella tipologia Unità di Cura estensiva R2, e il rilascio dell'accreditamento con riserva di verifica con le procedure già in uso; le strutture in corso di riconversione da art. 26 possono richiedere la trasformazione dei posti letto in eccesso nella tipologia R2 nell'ambito di un eventuale aggiornamento dell'accordo di riconversione;

    8b. per le strutture RSA-Unità di cura estensiva R2 di nuova realizzazione si procederà all'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio; successivamente, su istanza dell'interessato, sarà disposto il rilascio dell'accreditamento con riserva di verifica con le procedure già in uso, a seguito di verifica, su richiesta della DG Tutela della Salute, da parte dei competenti servizi aziendali dell'adeguamento ai requisiti di cui al presente decreto e al DCA 51/2019 e previa adozione di Delibera aziendale di attestazione di accreditabilità;

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

9. di **STABILIRE**, altresì, che per i requisiti minimi strutturali per i Centri Diurni sociosanitari per disabili e anziani si fa rifermento ai requisiti indicati alla sezione C dell'allegato alla DGRC 7301/2001 relativamente a "Presidi d riabilitazione estensiva di soggetti portatori di disabilità fisiche psichiche e sensoriali" con la specificazione che i locali destinati a servizi (cucina, spogliatoio-guardaroba, servizi igienici, soggiorno pranzo, ambulatori e uffici) possono essere in comune con altri servizi residenziali e semiresidenziali attivi all'interno della stessa struttura. La superficie complessiva e dei locali del Centro Diurno devono essere proporzionati al numero di posti letto autorizzati;

10. di **STABILIRE**, altresì, che le disposizioni di cui al presente Decreto potranno subire variazioni in esito a provvedimenti di riordino della rete territoriale disposti con Decreto del Commissario ad Acta;

11. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;

12. di **INVIARE** il presente decreto al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, alla Direzione Generale Politiche sociali anche per la notifica; agli Ambiti Sociali Territoriali, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R nonché al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità.

Il Direttore Generale Tutela della
Salute ed il Coordinamento del SSR
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

ALLEGATO 1
Requisiti minimi e ulteriori per le strutture RSA Unità di Cura R3-RD3-R2D-R2

1. Modifiche e integrazioni all'allegato 1 – parte 1 – Requisiti del Dca n. 97/2018

La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio extraospedaliero che offre a persone adulte non autosufficienti, non assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità, che necessitano di trattamenti prevalentemente di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero.
La struttura R.S.A. è articolata in uno o più unità di cura, anche di diversa tipologia, organizzate per l'erogazione di trattamenti residenziali a diversa intensità assistenziale nell'arco delle 24 ore, in relazione alla tipologia di utenza accolta e dei relativi bisogni assistenziali.
E' auspicabile che una struttura residenziale – RSA sia organizzata in più unità di cure, autonome, secondo la capacità ricettiva ed i requisiti definiti di seguito, senza determinare sovrapposizioni, per rispondere alle specifiche e variabili esigenze del paziente non autosufficiente nell'ambito del percorso unico assistenziale

Requisiti minimi strutturali e tecnologici delle RSA

La struttura deve essere localizzata in zona ben collegata anche mediante mezzi pubblici.
La capacità recettiva di una struttura RSA non può essere inferiore a 20 posti letto e non superiore complessivamente a 120 posti.
La struttura è organizzata in una o più unità di cura R3, R2D, RD3. In ciascuna struttura può essere prevista solo una Unita di Cura R2.
Ciascuna Unità di cura (R3- RD3- R2D) può essere articolata in massimo 3 moduli di max 20 posti letto ciascuno che garantiscano trattamenti di diversa intensità assistenziale, se previsti.
L'Unità di Cura R2 è allocata all'interno di struttura RSA e coesiste con altre Unità di cura, al fine di garantire la continuità assistenziale; è consentito un numero complessivo massimo di 20 posti letto per trattamenti R2 per struttura RSA.
Le Unità di Cura R2 possono essere attivate esclusivamente nelle strutture che ospitano almeno una Unità di Cura R3.
Le A.S.L. attivano Unità di Cura R2 pubbliche nell'ambito della rete aziendale pubblica dei servizi per la non autosufficienza anche in assenza di una Unità di Cura R3, e in prossimità di presidi sanitari territoriali o ospedalieri.
All'interno della struttura RSA deve essere garantita la separazione dei diversi setting assistenziali, ovvero delle Unità di cura.
Ad ogni Struttura RSA è preposto un Dirigente sanitario; sono garantite inoltre le funzioni amministrative con personale idoneo.
La superficie totale utile funzionale della struttura è fissata in mq. 40 per ospite, con l'abbattimento del 20% della superficie per le strutture collocate nei centri storici dei capoluoghi di provincia e per quelle preesistenti alla data di adozione del presente decreto.
Ogni struttura deve rispettare le norme generali sulla sicurezza, sulla prevenzione di infortuni; deve essere priva di barriere architettoniche e deve essere dotata di:

- impianto di riscaldamento;
- impianto di illuminazione emergenze
- impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- segnaletica di informazione diffusa

Di seguito si riportano i requisiti minimi previsti.

PER OGNI MODULO:
Camere fino a 3 letti: metratura minima-bagno escluso: mq. 9 per una persona; mq. 18 per 2 persone; mq 27 per 3 persone; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'alzata con l'utilizzo di dispositivi appositi (elevatori, carrozzine adatte, ecc.)
Servizi igienici per la non autosufficienza collegati alle camere di norma in numero di 1 ogni camera e comunque non meno di 1 ogni due camere, di dimensioni e con disposizioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine e il sostengo da parte degli operatori per l'attività di assistenza anche mediante l'utilizzo di ausili di sollevamento;

- Campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto
- Locale per bagno assistito dotato di vasca per immersione totale in posizione supina
- Locali idonei per lo svolgimento delle seguenti attività:
  - Ambulatorio /medicheria
  - controllo persone con servizi igienici annessi
  - deposito biancheria sporca
  - vuotatoio e lavapadelle
  - tisaneria
  - soggiorno/gioco-TV/ spazio collettivo
- Attrezzature particolarmente adattate ad ospiti non deambulanti non autosufficienti:
- letti, materassi e cuscini antidecubito,
- dotazione di 1 carrozzina di serie con schienale reclinabile, con pedana regolabile, con cuscino antidecubito e a ruote piccole, da utilizzare in caso di necessità (Unità posturale)
- ausili posturali (1 per modulo)
- idonei sistemi elettrici di sollevamento con dotazione adeguata di sollevatori elettrici in numero proporzionato alla tipologia degli ospiti ed alla presenza di personale e comunque in numero non inferiore ad 1 ogni modulo, di cui uno con bilancia automatica inserita, o di altri sistemi (ad es. binario – monorotaia o ad "H");
- Un pesa persona per non autosufficienti
- Apparecchi per saturimetria transcutanea

Inoltre, per ogni modulo delle Unità di cura R2 è richiesto a disposizione un carrello per l'emergenza dotato di:

- elettrocardiografo
- sistema di aspirazione elettrico per le secrezioni bronchiali
- saturimetro
- pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi
- laringoscopio completo
- dotazione di farmaci per l'emergenza
- apparecchiature per la somministrazione di ossigeno a norma delle disposizioni vigenti in materia
- defibrillatore automatico eventualmente anche a disposizione della struttura
- nebulizzatore
- disponibilità di valutazioni neurofisiopatologiche, urodinamiche, monitoraggio pressorio, e.g.a.

PER UNITÀ DI CURA:

- locale per il personale (guardiola)[1]
- deposito medicinali e presidi medico-chirurgici
- vano per deposito biancheria

[1] Può essere adibito a questa funzione anche uno dei locali Ambulatorio/medicheria previsto per ciascun modulo

- Segnaletica per l'orientamento di facile intuizione (es. codici a colori);
- Spazi per la socializzazione, accoglienza e incontri con le famiglie e loro Associazioni e comunque dimensionato in relazione al numero di ospiti composti da:
- Angolo bar.
- Sale e soggiorno polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite.
- Servizi igienici.

PER STRUTTURA:

- locale necessario per l'incontro tra il personale socio-sanitario e le famiglie
- Ingresso con portineria, posta e telefono;
- Lavanderia e stireria (possibilità di servizio appaltato all'esterno);
- Cucina attrezzata (il locale e le attrezzature devono essere previste, anche se il servizio è appaltato all'esterno, per favorire momenti di socializzazione);
- Servizi igienici per il personale e locale spogliatoio;
- Camera ardente;
- Almeno un ascensore montalettighe;
- Corrimani lungo tutti i corridoi, le scale e i locali di passaggio;
- Magazzini;
- Deposito pulito e sporco.
- Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo etc.
- Locale di accoglienza (atrio-attesa)
- Uffici amministrativi
- Direzione sanitaria[2]
- Locali ed attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche;
- locali e palestra con attrezzature per le attività riabilitative e motorie previste, dimensionato in relazione al numero di ospiti**;**

Devono essere previste attrezzature e farmaci per il pronto soccorso cardio-respiratorio (defibrillatori, pallone ambu).
Deve essere presente, inoltre, adeguata e garantita disponibilità di pompe per l'alimentazione enterale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti e alla tipologia di utenti accolti.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Per Ogni Unità di cura devono essere garantiti:

- collaborazione alle attività di valutazione multidisciplinare e multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- collaborazione alla stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- il lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'equipe interdisciplinare;
- la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività;
- il coinvolgimento delle famiglie degli ospiti;
- i collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri e con i distretti sanitari con protocolli operativi per eventuali interventi di urgenza o emergenza, protocolli di dimissione

[2] Può essere adibito a questa funzione anche uno dei locali Ambulatorio/medicheria previsto per ciascuna struttura

protetta/programmata;
il numero e la tipologia di personale medico, infermieristico, di assistenza alle persone, di riabilitazione, di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Per le specifiche dotazioni di personale, nonché i minuti di assistenza, si rinvia all'Allegato 1 Parte 5 del DCA 97/2018 riportante le tabelle "Articolazione del personale e minuti di assistenza" per le tipologie di Unità di cura R3-R3D ed R2D.
Per le specifiche dotazioni di personale per R2, nonché i minuti di assistenza, si rinvia all'allegato 3 del presente provvedimento.

REQUISITI ULTERIORI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.) per:
- Adulti non autosufficienti affetti da disturbi cognitivi e demenze - R2D
- Adulti non autosufficienti - R3
- Adulti non autosufficienti - R2
- Adulti non autosufficienti con disabilità fisiche psichiche e sensoriali - RD3

1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	A
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • Nome e cognome del responsabile della residenza • Elenco delle prestazioni erogabili • Modalità di accesso • Orari di accesso • Orari per il rilascio di eventuali referti all'interessato o al familiare delegato	A
4	La Guida deve contenere, inoltre, informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi eventualmente a carico dell'utente e le relative modalità di pagamento	**A**
5	Deve essere garantito ai familiari l'accesso alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	**A**
6	Deve essere garantita la possibilità di socializzazione per l'utenza compatibilmente con le condizioni dei pazienti	**A**
7	Deve essere garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento**, laddove previsto**	**B**
8	Deve essere garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza	**A**
9	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche, con telefonia fissa o mobile, dal letto di degenza	**A**
10	Devono essere previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	**A**
11	La struttura deve prevedere modalità di custodia valori e beni personali	**B**
12	Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza	**A**
13	Devono esistere ed essere seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente	**A**

14	Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione. *Interpretazione: dispositivo medico: qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo*	**A**
15	Per ciascun ospite deve essere redatta una cartella clinica in cui ogni operatore annota cure e trattamenti	**A**
16	Deve esistere una documentazione attestante le relazioni intercorrenti tra la struttura e il responsabile della presa in carico per ciascun ospite	**A**
17	Devono essere garantite, nella struttura, prestazioni specialistiche agli ospiti e devono essere previste procedure di assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno	**A**
18	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite deve essere accompagnato da una sintesi clinica e devono essere mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero	**A**
19	Deve esistere ed essere seguita una procedura di dimissione protetta/programmata per il rientro degli ospiti a domicilio o al setting di provenienza o altro ritenuto idoneo (che preveda la comunicazione al medico curante, l'addestramento dei familiari, l'acquisizione di tutti i materiali necessari, il proseguimento a domicilio delle cure necessarie). Nel caso di residenze sanitarie private la procedura deve prevedere l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale	A
20	Deve esistere una documentazione della gestione delle liste d'attesa	A
21	Deve esistere ed essere seguita una procedura scritta relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	B
22	Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	A
23	Deve essere garantita la presenza coordinata dei Medici di Medicina Generale, quando previsto, all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale	A
24	Devono essere presenti e applicate procedure per la gestione delle emergenze	A
25	Deve esistere ed essere seguita una procedura per le richieste di visite specialistiche	A
26	Devono esistere ed essere seguite procedure scritte per • il bagno e la doccia • l'igiene orale • l'igiene a letto	A
27	Devono esistere ed essere seguite procedure per la somministrazione di farmaci	
28	La distribuzione e somministrazione di farmaci deve essere eseguita da un infermiere	A
29	Devono esistere ed essere seguite procedure per la somministrazione di farmaci, la erogazione di prestazioni di dialisi, emodialisi, emotrasfusioni, nad, ossigenoterapia (per la presa in carico di persone adulte non autosufficienti in unità di cura R2)	A
30	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella	A

31	Devono essere presenti ed essere seguite procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	A
32	Devono essere predisposti programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette,in relazione alle condizioni cliniche dei pazienti	B
33	Deve essere garantita, all'occorrenza, l'attività di podologia	C
34	Devono esistere ed essere applicate procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito	A
35	Il decorso delle piaghe da decubito deve essere monitorato regolarmente in cartella	A
36	Il personale di assistenza deve essere specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti con formazione documentata	
37	Il personale di assistenza deve essere specificamente addestrato con formazione documentata all'utilizzo di strumenti finalizzati alla misurazione del raggiungimento degli obiettivi di salute definiti nonché finalizzati al monitoraggio: – dei parametri vitali e all'utilizzo di scale cliniche appropriate,: – dell'andamento clinico (per la presa in carico di persone adulte non autosufficienti in unità di cura R2)	
38	Devono esistere ed essere applicate procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es cateterizzati e tracheostomizzati)	A
39	Volontari e parenti devono essere addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti	C
40	I familiari devono essere addestrati al nursing prima della dimissione	B
41	In cartella devono essere registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia	B
42	Deve essere possibile scegliere in anticipo tra diversi menù	B
43	Deve essere possibile offrire diete speciali personalizzate per ospiti con esigenze particolari (patologie, intolleranze, etc.) previa consulenza e controllo dietologico dell'ASL	A
44	I pasti devono essere serviti a giusta temperatura	A
45	Deve essere consentito agli ospiti di tenere nelle loro stanze oggetti personali	A
46	Deve essere possibile l'utilizzo di un televisore in camera	B
47	Ad ogni ospite deve essere garantita la sistemazione dei propri indumenti in un guardaroba personale	A
48	Gli indumenti personali devono essere identificati quando sono mandati in lavanderia	A
49	Devono esistere protocolli interni per un corretto lavaggio della biancheria da letto e degli indumenti (se la lavanderia non è esternalizzata)	A
50	Deve essere disponibile nella struttura un barbiere-parrucchiera almeno una volta alla settimana	A
51	Deve essere garantita l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti	A
52	Devono essere disponibili ed applicate linee guida, periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate	B
53	Deve essere effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida	B
54	Devono essere utilizzate scale di valutazione validate adeguate alla tipologia di disabilità e/o non autosufficienza presente	A

55	Devono essere utilizzati gli strumenti di valutazione multidimensionale approvati dalla Regione	A
56	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	B
57	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)	B
58	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: • cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; • quale azione è stata attuata o proposta; • quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; • quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	C
59	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	C
60	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione sanitaria rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 72% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le strutture con dotazioni pari o inferiori a cinque unità lavorative.	A
61	Devono essere svolte indagini sulla soddisfazione dell'utenza a scadenze periodiche (almeno una volta l'anno) e devono esistere procedure formalizzate o protocolli organizzativi per disciplinare le relazioni con il volontariato e il privato sociale al fine di garantire prestazioni anche non sanitarie legate all'autonomia e autodeterminazione delle persone ospitate (frequenza ad attività sociali, tempo libero, scuola, ecc).	B
62	Non possono essere ammessi ospiti senza la previa valutazione multidimensionale del distretto con l'espressa indicazione dell'esito della valutazione e la redazione del progetto sociosanitario personalizzato/indicazione del setting appropriato	A
63	Nelle ammissioni devono essere osservati, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, secondo il criterio di individuare la struttura più prossima territorialmente alla residenza dell'utente.	A

64	Deve essere presente il piano esecutivo declinato in: • azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate; • quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati; • durata complessiva del piano; • strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post	A
65	Deve essere previsto l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati: 1. cartella personale; 2. registro degli ospiti; 3. registro delle consegne; 4. diario delle attività collettive; 5. regolamento interno	A
66	Deve essere prevista la consulenza protesica	A
67	Devono essere svolte attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo	A
68	Devono esistere programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti	A
69	Devono essere erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di mobilizzazione secondo le più recenti linee guida ed orientamenti	A
70	Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispositivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti	C
71	Deve essere definito il protocollo per la Nad e la nutrizione parenterale in relazione alle tipologie di Unità di cura e di utenti	A
72	Devono essere garantite le prestazioni di sostegno psicologico, di orientamento cognitivo e di riattivazione, di neuroriabilitazione se rientranti nel progetto personalizzato, con personale interno o con personale dei servizi sanitari in relazione ai requisiti di personale (per la presa in carico dei soggetti affetta da demenze/disturbi cognitivi ineriti in unità di cura R3/R2D)	A
73	Deve essere garantita a percorsi assistenziali specifici definiti dalla ASL o dalla Regione.	B

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) per adulti non autosufficienti - Unità di cura estensiva R2. Criteri di accesso e di eleggibilità

1. DESCRIZIONI E FINALITÀ.

L'Unità di cura residenziale extraospedaliera, classificata R2 è un'unità di cura, collocata all'interno di struttura RSA, deputata ad erogare trattamenti residenziali estensivi, modulati ed organizzati a seconda delle necessità degli ospiti adulti non autosufficienti e/o cronici, con patologie che non presentano particolari criticità e sintomi complessi, che non necessitano di ricoveri ospedalieri e non sono trattabili e gestibili con altre modalità assistenziali o al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, in quanto richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, integrata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. I trattamenti sono garantiti mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

I soggetti adulti non autosufficienti e cronici collocati nell'Unità di cura R2 necessitano di osservazione, di sorveglianza e assistenza infermieristica e una fase continuativa terapeutico e riabilitativa finalizzata alla cura, al mantenimento delle autonomie prevenzione delle complicanze da immobilizzazione, somministrazione continuativa di terapie, gestione delle stomie, della peg e di ogni ausilio e protesi, cura delle lesioni da decubito grave.

L'Unità R2 garantisce prestazioni mediche, infermieristiche e tutelari, prestazioni riabilitative di prevenzione delle complicanze dell'inattività e di mantenimento delle autonomie, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, nutrizione enterale e parenterale protratta, somministrazione di terapie e.v., trattamento di lesioni da decubito profonde, assistenza protesica, dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, somministrazione continuativa di terapie, gestione delle stomie.

L'unità di cura R2 è collegata ed inserita nella rete dei servizi per l'assistenza alla non autosufficienza e cronicità, o comunque ad essa funzionalmente collegata mediante protocolli operativi definiti dalle Aziende; è collegata altresì funzionalmente alla rete territoriale degli ambulatori specialistici dell'ASL sulla quale insiste e alla rete dell'emergenza.

I trattamenti erogati in Unità cura intermedia R2 hanno una durata massima di 60 giorni, per la remissione dei sintomi e del quadro clinico, al termine dei quali si prevede ritorno al domicilio o in setting assistenziali di minore intensità.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

2. DESTINATARI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

Nella R.S.A.- R2 sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico e formulazione del progetto assistenziale personalizzato, soggetti adulti non autosufficienti e/o cronici, con patologie o condizioni cliniche non assistibili in ospedale o a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, con esiti di patologie o in fase di riacutizzazione che non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono un alto livello di assistenza sanitaria, monitoraggio infermieristico e continuità di assistenza tutelare quali:

- Pazienti in dimissione da reparti di degenza di strutture per l'assistenza ospedaliera o provenienti da altra struttura residenziale territoriale o dal domicilio con diagnosi completata in condizioni funzionali compromesse tali da determinare la non autosufficienza anche temporanea e che presentino un grado di complessità derivante da condizioni cliniche-funzionali tali da escludere il collocamento in altri setting;
- Persone non autosufficienti con patologie non acute in condizioni di stabilità clinica, che richiedono elevata tutela sanitaria, continuità assistenziale e trattamenti estensivi, quali cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti riabilitativi finalizzati al mantenimento e prevenzione delle complicanze da immobilità, stimolazione sensoriale, integrato da un livello di assistenza tutelare di alta intensità ;
- Pazienti non autosufficienti provenienti dal domicilio affetti da patologie croniche, cronico-degenerative in fase di riacutizzazione che richiedono una fase di cura estensiva di breve durata.

In particolare, i soggetti eleggibili in R2 possono presentare particolari condizioni tra quelle di seguito elencate anche contemporanee tali da richiedere cure estensive tra le quali, ad esempio:

- Terapia parenterale con accesso periferico
- Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
- Broncoaspirazione/drenaggio posturale
- ventiloterapia
- Ulcere distrofiche arti
- Tracheotomia
- Ano artificiale
- Ureterostomia
- Catetere vescicale
- Terapia riabilitativa
- Elevato bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
- Dialisi peritoneale
- Gestione stomia
- Eliminazione urinaria intestinale
- NAD con SNG o con PEG
- Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
- Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche
- Emodialisi NPD: dialisi peritoneale notturna
- Terapia parenterale con accesso centrale
- Trasfusione emazie concentrate
- Lesione da decubito

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

- Terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia

In relazione alle condizioni clinico funzionali e ai bisogni rilevati le persone eleggibili in tale setting assistenziale hanno

- necessità di nursing quotidiano quali ad esempio interventi finalizzati al monitoraggio pluriquotidiani e rilevazione dei parametri vitali e gestione degli ausili;
- necessità di interventi specialistici finalizzati al monitoraggio della stabilizzazione clinica,
- necessità tutelare elevata

Questi interventi connotano i trattamenti estensivi garantiti nell'Unità di cura R2 e possono essere completati da prestazioni riabilitative di prevenzione delle complicanze da immobilità e di stimolazione

L'eleggibilità dei pazienti in questo setting assistenziale è, altresì, valutata considerando anche i criteri di esclusione che di seguito si riportano

- instabilità clinica ,
- terminalità
- la mancanza di una diagnosi certa e definitiva
- la presenza di patologie psichiatriche, demenza associata a disturbi dell'aggressività e del comportamento,
- malattie infettive
- necessità di prestazioni specialistiche ad elevato impegno

3. ACCESSO IN RSA – R2

L'accesso è effettuato a seguito di valutazione multidimensionale che consente la individuazione di tale setting assistenziale nel corso della presa in carico domiciliare /in unità di cura residenziale extraospedaliera o al verificarsi di episodi clinici che determinino una variazione del piano assistenziale o al termine del percorso di degenza o nel processo di dimissione ospedaliera. La valutazione multidimensionale consente l'analisi delle problematiche sanitarie e sociosanitarie per l'individuazione del setting di continuità assistenziale più appropriato.

L'ingresso avviene da altro setting assistenziale residenziale o domiciliare, su segnalazione del MMG o del referente clinico dell'équipe che ha in carico il paziente; può avvenire anche da ospedale, che avvia la segnalazione e la procedura di ricovero in R2.

L'accesso è regolato attraverso la Valutazione Multidimensionale effettuata con le schede già validate S.Va.M.A., corredate di istruzioni per la corretta compilazione ed utilizzo dei profili di cura, nonché i criteri di complessità già indicati. Nel caso di segnalazione del reparto ospedaliero può essere utilizzata la scheda di segnalazione per l'accesso ai servizi territoriali per l'avvio e formalizzazione della procedura di accesso.

Con la valutazione multidimensionale sono individuate le caratteristiche del paziente e le sue condizioni; mediante gli strumenti di valutazione è pesata la necessità assistenziale in relazione alle condizioni cliniche, anche collegate alle fasi della patologia.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

L'ingresso in R2 avviene sempre in forma e modalità pianificata, non avviene a seguito di emergenze di tipo clinico o medico poiché i pazienti sono già in carico ai servizi sanitari e sono inviati su segnalazione degli stessi alla Unità di cura R2 per fasi di riacutizzazione delle condizioni cliniche o per concludere il processo assistenziale di patologie in remissione. Per l'inserimento in R2 la presenza/assenza di supporto sociale e della rete familiare rileva soltanto in associazione e in presenza dei bisogni sanitari assistenziali più sopra evidenziati.

All'individuazione del setting segue la formulazione del progetto assistenziale personalizzato-comprensivo di indicazioni relative al trattamento farmacologico ed altre esigenze e prestazioni- e il piano esecutivo.

Durante il ricovero in unità di cura R2, occorre prevedere attività di monitoraggio clinico infermieristico al fine di rilevare ogni modifica delle condizioni del paziente che comporti una conseguente modifica del PAI o del setting appropriato.

3.1 PROCEDURA DI ACCESSO

Alla luce delle considerazioni già formulate, per tale tipologia di trattamenti si segue una procedura di accesso pianificato, avviata su indicazione del casemanager/responsabile clinico del caso, simile al percorso di dimissione protetta, al quale è accomunato trattandosi di servizi senza soluzione di continuità.

Ricomprendiamo in tale procedura anche l'accesso da altra struttura extraospedaliera territoriale e dalle cure domiciliari, quindi si tratta di un accesso di paziente già in carico ai servizi sanitari distrettuali, quindi già noto ed inserito in un percorso di cura e presa in carico. Per l'accesso dal proprio domicilio ma senza assistenza continuativa dei servizi sanitari, caso residuale e non auspcable, la procedura è quella routinaria di attivazione dei servizi attraverso la P.U.A. o il MMG e la conseguente attivazione del percorso di valutazione multidimensionale.L'unità di cura R2 è un nodo della rete dei servizi per la cronicità e per la non autosufficienza e data la tipologia dei servizi offerti il Direttoredel Distretto sul quale incide l'Unità di cura R2 ne ha la responsabilità, sia per la disponibilità di posti sia per la regolamentazione dell'accesso.

La procedura di accesso in R2, prevede di norma le seguenti fasi:

- richiesta di accesso/proposta di ammissione
- valutazione sanitaria multidisciplinare/multidimensionale con scheda S.Va.M.A. corredata dal quadro sinottico per l'individuazione del setting appropriato
- individuazione RSA/R2
- formulazione del PAI
- accesso in unità di cura R2
- formulazione del piano esecutivo
- Fornitura di presidi, ausili, farmaci
- attivazione unità di valutazione anche integrata con il sociale, per la dimissione ed inserimento in altro setting assistenziale o rientro
- Le fasi che compongono tale processo sono da intendersi come fasi anche concomitanti.

Attori

- l'utente e familiari dell'utente-care giver
- Il case manager o il responsabile del caso (MMG/responsabile dell'équipe di cure domiciliari/Direttore sanitario della RSA/p.o./aorn - reparto che dimette

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

- il Direttore del Distretto o suo delegato
- la Porta Unica di Accesso –P.U.A. e l'Unità di valutazione integrata -U.V.I.
- referente sociosanitario del Distretto sanitario
- servizio sociale dell'ASL
- Direttore della struttura RSA-R2 che accoglie

La segnalazione per l'accesso è formulata dal case manager o responsabile clinico del caso della struttura extraospedaliera o dell'équipe di cure domiciliari o da MMG o da responsabile per le dimissioni da ospedale; la proposta di ammissione, nel caso qui descritto è di norma effettuata contestualmente alla segnalazione, trattandosi di un utente già in carico ai servizi, al quale è garantita la continuità assistenziale.

Il responsabile del caso è tenuto, una volta acquisito il consenso dell'utente e del suo familiare/tutore ad attivare tutte le procedure per l'inserimento in R2. Si ricorda che in tutti i casi di segnalazione per l'accesso ad un servizio sociosanitario è necessario che chi segnala ed avvia il percorso acquisisca la formale autorizzazione contestualmente per il trattamento dei dati già dalla fase di segnalazione.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA- Unità R2

Il case manager o il responsabile del caso (MMG/responsabile dell'équipe di cure domiciliari/Direttore sanitario della RSA/ p.o./aorn) accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali, valutata la necessità di collocamento in R2:

- invia al Direttore del Distretto di residenza dell'utente la proposta di ammissione in RSA-R2 corredandola di relazione *e contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi, e trattamenti farmacologici e terapeutici* necessari;
- allerta ed informa la P.U.A. che provvede a comunicare all'Ambito sociale la necessità e i bisogni assistenziali perché si prenda atto della modifica del pai e si predispongano le fasi successive di valutazione.
- ha cura di dimettere dal setting assistenziale il cittadino

E' quindi necessario che ogni struttura di ricovero e ogni RSA adotti misure organizzative per la rilevazione del bisogno e della situazione socio ambientale, nonché per la gestione dei pazienti e crei collegamenti funzionali con le unità di valutazione multidimensionale per l'invio ai servizi territoriali distrettuali.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente, sulla base della documentazione inviata dal responsabile del caso che richiede l'inserimento in R2 corredata da scheda di rilevazione del bisogno, può disporre entro 3 giorni il ricovero in RSA, con riserva di definire il PAI entro ulteriori 3 giorni dall'inserimento, con l'équipe distrettuale e anche con l'ausilio dell'équipe della RSA che accoglie.
Il Direttore del Distretto sul quale incide unità di cura R2 può opportunamente individuare il servizio distrettuale competente per i non autosufficienti con un referente clinico/medico specialista che presieda e monitori la procedura di collocamento in R2.

Si schematizza di seguito la procedura eseguita dal Direttore del Distretto dopo aver ricevuto la richiesta di inserimento in RSA**:**

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

- individua la struttura RSA-R2 possibilmente nel Distretto di residenza o domicilio del paziente o più vicino possibile a questo, e ne richiede la disponibilità, entro 24 ore dalla richiesta di ammissione tenendo conto della libera scelta del cittadino/famiglia e della prossimità della struttura alla sua dimora abituale al fine di tutelarne le relazioni sociali. La scelta sarà sottoposta all'utente e al familiare che potranno optare per altra struttura, verificatane la disponibilità**. N**el caso in cui la struttura individuata non insista sul territorio del Distretto di residenza dell'utente, coinvolge il Direttore di Distretto/P.U.A. sul quale insiste la RSA al fine di verificare ed acquisire la disponibilità e l'autorizzazione all'immissione;
- acquisisce il parere favorevole del responsabile sanitario della RSA;
- comunica il nome della RSA disponibile al Direttore sanitario/responsabile clinico del caso che ha effettuato la richiesta e garantisce il trasferimento del paziente in struttura;
- emette autorizzazione al ricovero, entro tre giorni dalla richiesta, e contestualmente convoca la UVI che si riunisce entro i tre giorni successivi per la predisposizione del PAI;
- garantisce che la P.U.A. e l'U.V.I. siano attivate per le fasi successive di gestione del PAI, la presa d'atto del piano esecutivo e la rivalutazione periodica da effettuarsi entro 30 giorni dal ricovero, e di rientro al setting di provenienza o al domicilio
- predispone le azioni finalizzate a favorire il rientro a domicilio o in altro setting ;
- ha cura che la P.U.A. attivi i servizi sociali territoriali per favorire e predisporre azioni di supporto sociale ed attivazione della rete sociale e familiare.

La fornitura dei farmaci per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione (almeno per una settimana) deve essere effettuata dalla Farmacia della struttura che dimette. I farmaci devono essere compresi nel Prontuario Farmaceutico e PTOR (salvo eccezioni motivate per iscritto e dovute a particolari necessità cliniche), in modo da consentirne la prosecuzione della fornitura gratuita, anche dopo il primo ciclo di terapia, da parte della Farmacia territoriale sulla quale incide la struttura. Analogamente dovrà accadere per le medicazioni, la somministrazione di sacche e preparati per l'alimentazione

Il Distretto su cui insiste la struttura provvede attraverso i propri servizi competenti, alla prescrizione dei farmaci, dei presidi, delle medicazioni complesse, dei preparati nutrizionali, e del monitoraggio del loro utilizzo.

Per farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, la struttura che dimette concorda un protocollo operativo con il Distretto sanitario in cui insiste la struttura RSA-R2, il quale Distretto garantisce il personale qualificato per la somministrazione del farmaco individuato nel piano terapeutico.

Dell'osservanza e tempestività nell'attivazione della procedura di ricovero in R2 è responsabilità del Direttore del Distretto sanitario.

La valutazione multidimensionale e criteri di accesso

La valutazione multidimensionale rappresenta l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, necessario per l'accesso in RSA; essa è effettuata in questo caso, data l'urgenza e la tempestività necessarie per l'inserimento in R2 dall'équipe che richiede l'accesso e l'ammissione a tale tipologia di trattamenti e che ne rileva la necessità, integrata con tutte le figure professionali anche territoriali ritenute utili.

Il responsabile del caso della struttura o ospedale segnala al Direttore del Distretto di residenza del

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

paziente la necessità di modifica del setting e di collocamento in R2 e questi ne dispone il collocamento, attivando il Distretto su cui insiste la struttura in cui viene collocato il paziente, chiedendone la disponibilità di posto.

La valutazione delle condizioni sociali a cura dell'Ambito sociale può essere differita ed essere svolta durante il ricovero per la fase di rivalutazione.

La Regione si riserva di elaborare successivamente strumenti di valutazione e comunicazione tra i nodi della rete e percorsi specifici per la il passaggio dei pazienti tra setting e livelli di cura diversi.

In caso di ricovero da struttura territoriale ad altra strutture territoriale, si utilizzerà una scheda per la segnalazione e per la continuità di cura e l'accesso alla Rete dei Servizi Sociosanitari Distrettuali eventualmente corredata dalla da ulteriori elementi informativi contenuti nella sez A e sez B della scheda S.Va.M.A. utilizzati per la definizione dei profili di autonomia.

La scheda è compilata dall'équipe che ha in carico e segnala l'opportunità di variazione di setting del paziente, eventualmente con il coinvolgimento del servizio con il medico specialista del Distretto individuato quale riferimento per tale procedura e preventivamente allertato.

Nel periodo di permanenza in RSA-R2, i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure per rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero o in altro setting di minore intensità (R3-Cure domiciliari, etc etc).

Nell'ambito della medesima ASL, le procedure per l'accesso all'unità di cura R2 sono stabilite con appositi protocolli operativi e procedurali.

Nel caso di paziente già ricoverato in un'Unità di Cura extraospedaliera/RSA la valutazione sociale può essere comunque effettuata con la scheda C della S.Va.M.A. dall'assistente sociale della struttura nella quale è collocato l'utente.

Per individuare il setting appropriato e il livello di assistenza occorre misurare con la scheda S.VA.M.A. complessivamente e in modo combinato il VIP (valutazione necessità di interventi infermieristici) con la sezione dedicata della scheda sanitaria A, il VPIA- PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI e il VADL-VMOB con la scheda B, "Valutazione Cognitiva e Funzionale" da valutare con la scheda B "Valutazione Cognitiva e Funzionale"-, il VPOT - POTENZIALE RESIDUO, da valutare con scheda D.

Dirimente per l'invio in struttura RSA-R2, oltre al profilo di autonomia e al bisogno sanitario ed assistenziale è il punteggio VCOG dal quale si evince l'assenza di disturbi comportamentali o dell'aggressività collegati alla demenza. Sono esclusi i pazienti con VCOG 3-4.
Alla valutazione segue la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato condiviso e sottoscritto dall'assistito/familiare/tutore, formulato successivamente alla richiesta di accesso/ammissione dall'Unità di valutazione ovvero dall'équipe della U.O. competente distrettuale ed eventualmente stabilito con l'équipe della struttura che accoglie.
L'ulteriore fase logica è la redazione del Piano esecutivo redatto dall'U.O. competente distrettuale con l'équipe della struttura che accoglie nel quale gli obiettivi di salute e di presa in carico definiti con il progetto personalizzato sono declinati in termini di attività e di prestazioni. Il piano esecutivo come in precedenza il PAI sono trasmessi alla P.U.A. e all'U.V.I. per la gestione delle fasi successive.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

L'U.V.I. è così attivata per concludere le fasi di valutazione e per la gestione delle fasi successive, ovvero completamento del processo di valutazione con tutte le notizie anche relative alla valutazione sociale, definizione del PAI, predisposizione di ogni azioni ed attività per facilitare il rientro a domicilio o di dimissioni.

La U.V.I. svolge i seguenti compiti durante il ricovero in R2:

- effettua la ri-valutazione multidimensionale entro 30 giorni dall'inserimento in R2 del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare
- aggiorna o modifica il Progetto Assistenziale Individualizzato in sede di rivalutazione in relazione agli esiti e ai risultati conseguiti e alle ulteriori necessità rilevate
- comunica tempestivamente alla P.U.A. le variazioni e definisce le priorità per il reinserimento nel setting di provenienza o altro setting ritenuto appropriato, o la dimissione a domicilio senza assistenza.

Si ribadisce che il processo di valutazione multidimensionale deve essere concluso durante il ricovero e deve essere comprensivo della valutazione sociale effettuata, sia essa realizzata dall'assistente sociale di riferimento dell'utente, dal personale dell'asl o della struttura che accoglie l'utente, al fine di monitorare tutte le condizioni relative al supporto sociale e familiare anche nel tempo rilevandone i mutamenti.

Il rispetto e l'applicazione delle procedure qui richiamate fanno capo al Direttore del Distretto di residenza dell'utente che ne è comunque responsabile e che ne cura e monitora l'applicazione, fino al momento della prima rivalutazione.

In caso di collocamento in Struttura in Distretto diverso da quello di residenza, le rivalutazioni successive alla prima devono essere effettuate comunque dal Distretto di residenza, fatto salvo diversa procedura espressamente stabilita dall'Azienda A.S.L. di residenza, che può prevedere che le successive rivalutazioni vengano svolte, in tutto o in parte, su rogatoria, dal Distretto di residenza della Struttura.

Entro 30 giorni dall'ingresso in struttura R2, viene aggiornata la valutazione multidimensionale quale verifica intermedia, e per la successiva dimissione.

E' cura del Direttore del Distretto redigere e monitorare eventuali liste di attesa delle strutture che incidono sul proprio territorio, e quindi verificare la disponibilità di posti letto in caso di richiesta di accesso. La lista di attesa su base distrettuale e aziendale è resa disponibile alle AA.SS.LL. del territorio regionale per la verifica di disponibilità per tutti i cittadini.

All'atto dell'inserimento il Direttore sanitario della struttura individua il Case manager o Responsabile del caso, responsabile della attuazione del PAI, che riferisce all'U.V.I. sull'andamento dell'intervento e sui tempi di conclusione che si ricorda sono definiti in 60gg. E in raccordo con il referente dell'U.O. distrettuale competente definisce tempi e modi di rivalutazione del caso.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto al bisogno accertato:

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- competenze e responsabilità di spesa
- durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia a 30 giorni e finale
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al Progetto Assistenziale Individualizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale delle condizioni in base ai quali è stato elaborato il Progetto Assistenziale Individualizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori.

Copia del Progetto Assistenziale Individualizzato è conservata presso la P.U.A. e l'U.V.I e la struttura RSA in un fascicolo personale, nel quale è inserita tutta la documentazione relativa all'assistito (richiesta, proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, piano esecutivo-di seguito descritto ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101).

Il Piano Esecutivo

A completamento del Progetto Assistenziale Individualizzato è previsto il piano esecutivo, lo strumento operativo elaborato dall'equipe operativa della struttura che accoglie e condiviso con l'UVI e il Case Manager/referente clinico dell'équipe distrettuale di riferimento; descrive in maniera puntuale il trattamento del caso e riporta:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- fornitura di presidi, ausili, farmaci e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).
- durata complessiva del piano
- modalità di verifica delle attività svolte

Il piano esecutivo è inviato all'U.V.I. per il monitoraggio e la verifica degli output di progetto

La dimissione e sospensione dei trattamenti

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Assistenziale Individualizzato, a seguito di verifica da parte della unità di valutazione con conseguente inserimento in setting di minore intensità
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale, a seguito di mutate condizioni sanitarie non gestibili.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

- Dimissione per decesso della persona assistita
- Dimissioni per volontà dell'assistito o del tutore (con precisazione della motivazione, se espressa).

Nel caso in cui a seguito di valutazione di un paziente ricoverato in RSA in sede di U.V.I. si configuri la necessità/opportunità di inserimento in cure domiciliari integrate, si avvia la procedura di dimissione protetta/programmata a domicilio, con l'attivazione da parte del responsabile del caso della U.O. distrettuale.

E' comunque compito del Direttore del Distretto sul quale insiste la struttura definire protocolli per la dimissione programmata a domicilio o in altri setting extraospedalieri distrettuali nei quali definire ruoli, tempi per la presa in carico, la continuità assistenziale e la fornitura di ausili, protesi e farmaci ed individuare un referente per la applicazione e il monitoraggio della procedura, preferibilmente nel responsabile distrettuale delle cure domiciliari o nel responsabile dell'integrazione sociosanitaria.

Non si prevede il ricovero temporaneo in ospedale che dovrebbe di norma comportare la sospensione del ricovero in RSA, fatta eccezione per specifici casi dovuti ad esigente connesse all'erogazione di specifiche prestazioni non erogabili in RSA. L'evento è registrato nel flusso informativo ministeriale FAR Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. In questi casi il posto letto è conservato per un massimo di 3 giorni**.**

4. DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA

La prestazione residenziale in R2 non deve essere intesa una soluzione terminale del percorso di cura e presa in carico ma come nodo dinamico della rete che preveda la dimissibilità a domicilio o in un setting di minore intensità assistenziale (R3, Centro diurno, cure domiciliari integrate...) in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

L'inserimento deve essere effettuato per periodi limitati, fino ad un massimo di 60gg, tempo strettamente necessario al raggiungimento dell'obiettivo di una maggiore stabilità clinica e di recupero. A causa dell'elevato impegno sanitario e di un bisogno assistenziale ridotto, è richiesto un elevato turnover di pazienti di nuova diagnosi.

Entro il termine di 30 giorni dal ricovero in R2 temporaneo, è predisposta la rivalutazione multidimensionale, anche al fine di definire tempestivamente il PAI per la dimissione in altro setting assistenziale.

I costi del ricovero in R2 sono a carico del SSN per una durata non superiore a 60 giorni. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriatezza clinica, pertanto è consentito il ricovero protratto solo per i giorni necessari al collocamento obbligatorio in altro setting, per un periodo non superiore ad ulteriori 15 giorni oltre i 60 giorni definiti quale limite. In caso di permanenza del paziente in Unità di Cura R2 oltre il limite di 60giorni+15 viene riconosciuta una tariffa pari a quella per R3 medio carico assistenziale. In ogni caso il ricovero in R2 non può protrarsi oltre i 90 giorni complessivi, al fine di rendere disponibili i posti letto per altri pazienti, al

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

termine dei quali l'utente è collocato in altra unità di cura-RSA o in cure domiciliari.

5. MONITORAGGIO

Le prestazioni residenziali per adulti non autosufficienti sono monitorate attraverso i flussi informativi correnti attualmente in uso, che seguono regole specifiche per il conferimento e popolamento dei dati. Le ASL conferiscono i dati relativi alle prestazioni residenziali per adulti non autosufficienti erogate direttamente attraverso proprie RSA o attraverso strutture private in regime di accreditamento. Le ASL e le strutture, ciascuno secondo i propri obblighi, conferiscono i dati e alimentano i seguenti flussi:

- modello ministeriale di rilevazione NSIS "STS 24" riquadro G,
- flusso ministeriale FAR, Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale istituito dal Ministero della Salute con D.M. del 17/12/2008 e ss.mm.ii .codice R2
- File H, ad uso della Regione Campania per il monitoraggio delle prestazioni.

Il conferimento dei dati attraverso i flussi ministeriali è un obbligo LEA definito dall'Intesa stato regioni del 15.3.2005 ed è oggetto di valutazione annuale da parte del Ministero dell'Economia e Finanze oltreché del Ministero della salute.

Ai fini della corretta alimentazione dei flussi è vincolante la trasmissione e la corretta e tempestiva alimentazione dei dati relativi alla valutazione multidimensionale.

Per quanto riguarda il modello di rilevazione STS, la codifica prevista per tale tipologia di assistenza è S09, mentre per il flusso FAR occorre utilizzare il codice prestazione R2.

6. STRUMENTI OPERATIVI DELLE UNITA' DI CURA

Cartella e diario

Presso la RSA è custodita la cartella personale dell'utente a disposizione dell'Équipe Operativa della struttura e del personale dell'ASL per verifiche e monitoraggio del progetto assistenziale e del piano esecutivo.
In tale cartella sono raccolti:

- dati personali e anamnestici del paziente
- il Progetto Assistenziale Individualizzato
- il piano esecutivo,
- la valutazione multidimensionale

La cartella deve riportare la data di ingresso in struttura, gli interventi realizzati, le prestazioni garantite, le consulenze e le visite mediche, accertamenti effettuati, nonché gli episodi di cura e presa in carico rilevanti.

All'atto della dimissione la cartella è completata mediante la compilazione della Scheda di Dimissione con la valutazione degli esiti e gli outcome raggiunti. Tutta la cartella clinica è trasmessa all'atto della dimissione e dell'inserimento in altro setting o collocamento a domicilio al

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

responsabile clinico del caso e all'utente.

Inoltre, per ciascun modulo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

Registro delle consegne

Nell'unità di cura deve essere presente un apposito registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc.
Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.
Il registro delle consegne deve essere visionato almeno ogni tre giorni dal responsabile della struttura che appone firma per presa visione.

Il diario delle attività collettive

Inoltre, per ciascun modulo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

Regolamento interno

Il regolamento interno della RSA , di norma deve garantire:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione
- dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza.
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, all'interno della struttura, favorendo con orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori della RSA, consentendo all'ospite, compatibilmente con le sue condizioni psico-fisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura.
- La tutela dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli Ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
- il mantenimento delle relazione familiari e sociali, la socializzazione, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo;
- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate di:
    a. ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

relativi trattamenti garantiti ;

b. consentire l'identificazione di tutto il personale delle RSA mediante cartellini di identificazione;
c. avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
d. conoscere la carta dei servizi vigente nella RSA.

E' fatto obbligo al responsabile della struttura di esporre, in modo visibile, all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali, collegati alle reali necessità. Gli orari devono essere compatibili con gli orari lavorativi dei familiari.

Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione.

Il regolamento deve inoltre indicare:

- la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro.
- le norme igienico-sanitarie;
- le finalità degli interventi;
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e
- alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione di eventuali prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
- le modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale.

Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico, e rilasciata in copia per ricevuta al familiare di riferimento.

La Carta dei servizi

Ogni struttura deve avere la Carta dei Servizi, che deve contenere tra le altre, informazioni relative a:

a. le modalità di rilevazione della soddisfazione degli assistiti, delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e garantire la riservatezza
b. le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposta al pubblico in maniera visibile.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

7. VIGILANZA E CONTROLLO

Le AASSLL e i Comuni, effettuano controlli sulle RRSSAA. e sulle attività autorizzate, con periodicità almeno annuale ed anche mediante ispezioni.
L'attività di controllo è svolta, attraverso:

a. Il servizio per l'igiene pubblica e ambientale per gli aspetti igienico- sanitari;
b. Il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela della salute dei lavoratori e alla sicurezza degli impianti;
c. L'U.O. Competente del Distretto dell'ambito per gli aspetti assistenziali organizzativi e di funzionamento delle strutture.

La vigilanza e il controllo verificano anche il rispetto della Carta dei servizi della struttura, compreso l'uso corretto degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.
Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni anche del Responsabile della R.S.A.

Inoltre il Direttore del Distretto sul quale insiste la struttura dispone anche la verifica delle condizioni assistenziali degli utenti e predispone, avvalendosi del responsabile per l'integrazione sociosanitaria e del responsabile della u.o. distrettuale, prevedendo il coinvolgimento del MMG e dell'assistente sociale del comune di residenza del paziente

8. ORGANICO e TRATTAMENTI GARANTITI

8.1 Figure professionali

Le Unità di Cura RSA – R2 devono essere dotate delle seguenti figure professionali ciascuna in numero variabile in relazione al numero degli ospiti:

- Medico specialista
- Assistente sociali anche con funzioni di responsabile della attività sociali
- Infermieri.
- Professionista della riabilitazione
- OSS, OSA

La RSA in cui è inserita l'Unità di cura R2 individua il Direttore sanitario di tutte le Unità di cura e il Responsabile della RSA. Essi garantiscono tra l'altro la formazione continua del personale della struttura.

La struttura deve essere dotata di idoneo personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale da parte del Sistema sanitario regionale ai sensi della normativa vigente.
Le prestazioni di tipo alberghiero possono essere erogate in proprio o attraverso l'affidamento a società di servizi.
Si riportano nell'allegato 3 le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

RR.SS.AA.

8.2 Trattamenti erogati in RSA adulti non autosufficienti -Unita' di cura R2

Agli ospiti delle RSA – R2 devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento dello stato di salute, delle capacità funzionali residue, della cura di se, ovvero al recupero o mantenimento della massima autonomia possibile, al rallentamento possibile del deterioramento delle capacità funzionali o al contrasto di riacutizzazioni e regressioni, alla remissione dei sintomi in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita e del rientro al setting di provenienza.
Per le prestazioni di cui ai successivi punti a, b e c, l'assistenza sanitaria d'urgenza è garantita dal servizio di emergenza sanitaria; l'assistenza notturna è garantita dalle ASL, secondo i modelli organizzativi della continuità assistenziale.

Tutte le attività avvengono sulla base dei piani di assistenza individualizzati, garantendo le seguenti prestazioni:

a) prestazioni di medicina generale: le prestazioni di medicina generale sono erogate dal MMG dell'assistito alle condizioni previste per la generalità dei cittadini, nell'ambito del relativo accordo collettivo nazionale e regionale.

b) prestazioni specialistiche non garantite dal personale interno, farmaceutiche, protesiche e integrative.
Esse comprendono visite specialistiche, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, nonché le altre prestazioni specialistiche, di assistenza protesica e integrativa, erogabili dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente. Esse sono garantite dal Distretto in cui insiste la struttura.
Per la somministrazione di farmaci-ricompresi nel PTOR- in caso di dimissione protetta/programmata da reparto ospedaliero/casa di cura il primo ciclo di farmaci è garantito dalla struttura che dimette. Nel seguito la fornitura è garantita dalla Farmacia territoriale sulla quale incide la struttura.
Ai sensi dell'art. 9 del d.p.cm. 12.1.2017, il SSR garantisce i farmaci necessari e il Distretto sul quale insiste la struttura ne cura la prescrizione.
In caso di necessità di farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, a cui non può provvedere il personale in organico alla RSA il Distretto sanitario garantisce il personale qualificato per la somministrazione del farmaco individuato nel piano terapeutico.
Il Distretto può concordare con la RSA le condizioni perché la stessa provveda alla somministrazione, garantendo il personale e le modalità idonee

c) prestazioni medico-specialistiche
Esse comprendono visite specialistiche, sia quelle erogabili dalla struttura sia eventuali altre necessarie, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, nonché le altre prestazioni specialistiche, di assistenza protesica e integrativa, erogabili dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente. Esse sono garantite dal Distretto in cui risiede la struttura. Nel caso siano necessari accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici che devono obbligatoriamente essere effettuati in ambiente ospedaliero il trasporto in autolettiga è a carico del Distretto/ASL. Il Direttore del Distretto deve prevedere protocolli specifici per tale procedura.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

d) prestazioni di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico è garantita dal personale in servizio nella struttura.

e) Prestazioni di nutrizione enterale e parenterale

f) Emodialisi/dialisi peritoneale secondo i protocolli definiti dall'Azienda sanitaria

g) Emotrasfusione secondo i protocolli definiti dall'Azienda sanitaria

h) Prestazioni di assistenza infermieristica e tutelare: prestazioni infermieristiche: comprendono, oltre alle normali prestazioni di routine (terapia iniettiva, fleboclisi, prelievi, medicazioni), il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale, l'attivazione tempestiva degli interventi necessari da parte degli altri operatori competenti. L'assistenza infermieristica è garantita dal personale in servizio nella struttura.
Per tali attività di assistenza generica alla persona è utilizzato personale in possesso di idonea qualifica professionale (O.S.S..), ciascuna per i compiti propri della qualifica di appartenenza. Le prestazioni di assistenza generica alla persona comprendono l'igiene dell'ospite e la cura della persona e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'accompagnamento e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la sorveglianza generica continuativa la collaborazione con le altre figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal piano individuale e, per le RSA anche la mobilizzazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

i) Attività sociali
Sono garantite dal personale in servizio presso la RSA, dotato di idonea qualifica professionale (assistente sociale) e consistono in: collaborazione nell'ambito dell'equipe multiprofessionale, nella rilevazione dei bisogni relazionali dell'ospite, delle potenzialità residue e nell'individuazione di strategie di risposta (stesura dei piani individuali di assistenza); mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza, attraverso sistematici incontri con familiari ed amici, utilizzando anche il contributo delle associazioni di volontariato;

j) Assistenza sociale.

L'assistenza sociale è garantita dal Comune o dall'ambito di residenza del cittadino con le modalità previste per la generalità dei cittadini, in collaborazione con la struttura; essa comprende:

- attività di segretariato sociale, anche relativamente a pratiche assistenziali, previdenziali, amministrative;
- attività tutelari anche relativamente a nomina di tutori, amministratori di sostegno etc., assistenza sociale al nucleo familiare.

k) Prestazioni riabilitative

Attività di mobilizzazione prevenzione dei decubiti e delle sindromi da allettamento, compresa le attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

attivazione fisica, gli stili di vita salutari ed utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia; eventuali attività di terapia occupazionale, per i pazienti che ne hanno le condizioni: queste ultime sono garantite dalla ASL;

l) Prestazioni specialistiche
Consulenza e controllo dietologico: comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti, sono a carico della ASL. Il Direttore del Distretto, effettuata la verifica dell'impossibilità a garantire con personale proprio o con personale già contrattualizzato in altri setting assistenziali può concordare con la struttura le condizioni perché la struttura stessa garantisca le prestazioni;

m) Prestazioni alberghiere
Prestazioni di tipo alberghiero: comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;

n) Altre prestazioni:
Educazione terapeutica al caregiver finalizzati alla fase della dimissione al domicilio trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della RSA; in caso di utilizzo di autolettiga, questa è a carico dell'ASL.

Eventuali prestazioni non previste dal progetto individuale, vanno concordate all'interno dell.U.V.I. e successivamente autorizzate. Sono escluse le prestazioni che si rendono necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico le quali sono comunicate alla P.U.A. e all'U.V.I. Inoltre, agli ospiti delle RSA, sono assicurate le prestazioni odontoiatriche alle condizioni previste per la generalità dei cittadini e l'intervento del podologo.

Sono, altresì, assicurate: prestazioni di cura personale (barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi; l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti. Le RRSSAA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la razionalizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

8.3 Ulteriori compiti del Direttore di Distretto

Ulteriori compiti rispetto a quelli fin qui definiti e descritti sono stati individuati per il Direttore del Distretto sanitario sul quale incide la struttura RSA.

Il Direttore del Distretto sul quale insiste la RSA provvede agli adempimenti connessi alla garanzia dei trattamenti necessari per la presa in carico del paziente. In base alle indicazioni contenute nel PAI e nella richiesta del Distretto di residenza del paziente, dispone che le UU.OO. Distrettuali preposte assicurino l'eventuale fornitura di preparati per nutrizione artificiale, e dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 e 17 del DPCM 12.1.2017 recante definizione e aggiornamenti dei Lea affinché siano disponibili fin dall'ammissione del paziente in struttura e comunque per tutta la permanenza dello stesso, previa verifica della necessità della fornitura, garantendone l'erogazione continuata da parte della farmacia distrettuale e dal Distretto. Garantisce che in struttura e in collaborazione con essa possa essere svolta emodialisi/dialisi peritoneale, e emotrasfusione, definendo protocolli operativi.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

E' compito del Direttore del Distretto in cui insiste la RSA definire la procedura per assicurare in modo continuativo l'approvvigionamento e la fornitura di quanto sopra indicato senza ulteriore aggravio per la famiglia e ripetizioni di iter burocratici.

Inoltre, oltre a definire come già indicato il protocollo e la procedura per la dimissione protetta/programmata a domicilio e in altri setting assistenziali, garantire il collegamento funzionale e strutturale con la rete di emergenza, con i presidi ospedalieri e le AO.

Inoltre, il Direttore definisce le modalità organizzative con le quali garantire le prestazioni di medicina specialistica specifiche quali consulenza geriatrica, neurologica, consulenza e controllo dietologico, in ordine alla condizione clinica dell'utente e alla patologia, individuando il personale interno all'asl o stipulando convenzioni con i P.O., A.O.R.N. viciniori.

TABELLA DELLE PRESTAZIONI EROGATE

PRESTAZIONI	EROGATORE
a) medicina generale	M.M.g. + A.S.L. in caso di urgenza e nelle ore notturne si attiva il medico della continuità assistenziale
b) specialistiche, farmaceutiche, protesiche ed integrative	PERSONALE INTERNO + A.S.L. per le prestazioni protesiche ed integrative e le prestazioni di medicina specialistica non garantite dall'organico della struttura e non previste dal P.A.I.; esse sono garantite dal personale proprio dell'ASL o con protocolli stipulati dall'A.S.L. con P.O./A.O.R.N. viciniori*
c) infermieristiche	Struttura con personale interno
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno
f) assistenza sociale	Servizi sociali territoriali

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO 2
CRITERI E
CARATTERISTICHE RSA-R2

g) fisioterapiche e riabilitative	Struttura con personale interno, salvo particolari esigenze per le quali l'A.S.L verificata la impossibilità di utilizzare personale proprio può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni, a condizioni concordate.
h) consulenza e controllo dietologico	ASL
l) alberghiere	Struttura con personale interno
n) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie esterne	Struttura con personale interno

** il Distretto, verificata l'impossibilità ad erogare con proprio personale o con personale all'uopo contrattualizzato può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni, a condizioni concordate*

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania

ALLEGATO 3
PERSONALE E MINUTI DI ASSISTENZA R2

Articolazione del personale e minuti di assistenza

RSA – R2: MINUTI DI ASSISTENZA E ORGANICO MODULO da 20 PL

Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp	Organico/modulo
medici	Geriatra/Internista	108	1
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	infermiere	(H24)	7
	Professionisti della riabilitazione	108	1
	Assistente sociale	36	0,33
	OSA	(H24)	10
	OSS	400	3,7

TARIFFA UNITA' DI CURA R2 - € 151

I costi del ricovero in R2 sono a carico del SSN per una durata non superiore a 60 giorni. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriatezza clinica, pertanto è consentito il ricovero protratto solo per i giorni necessari al collocamento obbligatorio in altro setting, per un periodo non superiore ad ulteriori 15 giorni oltre i 60 giorni definiti quale limite. In caso di permanenza del paziente in Unità di Cura R2 oltre il limite di 60giorni+15 viene riconosciuta una tariffa pari a quella per R3 medio carico assistenziale pari ad € 105,83.