



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. 97 DEL 16.11.2018

OGGETTO: Assistenza sociosanitaria territoriale: 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). 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;

le dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato 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:

- 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”;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto v) “*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:

- 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 e' obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro*”;
- 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, comma 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*”;
- 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 dell' “Area Adulti e anziani non autosufficienti” e dell' “Area della 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;

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;
- c) per l' Area della Disabilità e Riabilitazione" l'offerta assistenziale residenziale programmata per disabili adulti prevede:
- c1) Unità di cure residenziali che erogano trattamenti assistenziali e riabilitativi intensivi a (RD1 intensivo);
 - c2) Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi (RD2 estensivo);
 - c3) Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali a media intensità assistenziale rivolti a persone con disabilità stabilizzate RD3;

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: 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; trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a persone non autosufficienti, ivi compresi interventi di sollievo;
- c) all'art. 34 è stabilito che nell'ambito dell'assistenza residenziale il SSN garantisce, alle persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, trattamenti socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue;

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 "R3" del citato documento corrispondono trattamenti di lungoassistenza e di mantenimento che per la loro stessa natura, intensità, durata e mix di complessità, sono riconducibili all'assistenza erogata nelle "*RSA per anziani e per cittadini affetti da demenze*" e nello specifico alla RSA anziani Alto e Medio carico, già disciplinata dalla Regione Campania;
- c) che al codice di attività "R2d" corrispondono trattamenti estensivi di elevata tutela sanitaria comprensivi di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, di riorientamento in ambiente protesico parzialmente riconducibili all'assistenza erogata nelle RSA per anziani affetti da demenza – Nucleo demenza, già presente nella normativa regionale;

d) che al codice di attività individuato come RD3 corrispondono prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento riconducibili al livello assistenziale erogato nelle "RSA per cittadini disabili" Alto e Medio carico, già presente nella normativa regionale;

TENUTO CONTO

che per effetto del DPCM 12/1/2017 l'assistenza residenziale per i cittadini affetti da demenze attualmente erogata nel Modulo demenze della RSA deve essere ricompresa nei trattamenti estensivi di recupero funzionale e deve essere caratterizzata da ulteriori e diversi specifici mix assistenziali;

RAVVISATO

che risulta necessario, per quanto esposto:

- adeguare i requisiti organizzativi e i criteri e le procedure di accesso già previsti dalla normativa regionale vigente alla disciplina prevista dal DPCM 12/1/2017;
- procedere all'attuazione del Programma Operativo 2016-2018 - Intervento 19.1 - DCA 14/2017, in coerenza con quanto previsto dal DPCM 12/1/2017 prioritariamente adeguando l'assistenza sociosanitaria residenziale per persone non autosufficienti e per disabili;

RITENUTO

di dover, per l'effetto:

- modulare l'intensità assistenziale in relazione all'articolazione assistenziale disciplinata dal DPCM 12/1/2017, per le tipologie R3 e RD3;
- modulare l'intensità assistenziale per la tipologia R2d aggiornando i requisiti organizzativi e le relative tariffe;
- aggiornare criteri di accesso e requisiti di eleggibilità per le unità di cure residenziali per persone non autosufficienti, e per disabili limitatamente alle tipologie R3, R2d e RD3;
- confermare che l'accesso all'indicata tipologia di strutture avviene mediante l'utilizzo delle schede SVAMA e SVAMD1 attraverso l'Unità di valutazione multidimensionale/UVI;

VISTI

-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;

-la legge regionale 22 aprile 2003, n. 8, che disciplina la realizzazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle residenze sanitarie assistenziali e delle strutture semiresidenziali pubbliche e private per anziani non autosufficienti e per disabili;

-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"*;

-la D.G.R.C. n. 2006 del 5 novembre 2004 con la quale sono state approvate le Linee d'Indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza, che disciplinano le tipologie di strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, i criteri e il percorso di accesso degli utenti al sistema dei servizi;

RITENUTO necessario, altresì:

- a) aggiornare i requisiti organizzativi per le tipologie R3, R2d e RD3 già previsti dal DCA 110/2014, in relazione al diverso mix di complessità assistenziale e dai criteri di eleggibilità introdotti dal DPCM 12/1/2017, secondo quanto riportato all'Allegato 1 del presente provvedimento;

- te nell'Allegato 1 del presente provvedimento, con l'applicazione delle quote di compartecipazione sociale stabilite con DPCM 17/1/2017, artt. 30 e 34, e l'eventuale compartecipazione degli utenti, da stabilirsi perentoriamente secondo i criteri stabiliti dalla L. R. n. 11/2007 art. 8 c. 1 lett. e, dalla L.R. 5/2013 art. 1 c. 34, e disciplinati dalle DGRC n. 134/13 punto 13.2, 869/2015 punto IV.2.3 e dalle linee guida di cui al DCA n. 110/2014;
- c) aggiornare le tariffe per le prestazioni erogate nell'Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d), già approvate con DCA n. 110/2014, in relazione alla ridefinizione dell'intensità assistenziale introdotta dal richiamato DPCM, come all'Allegato 1 del presente atto;
- d) modificare le linee di indirizzo di cui alla deliberazione n. 2006/2004 nella parte relativa alle prestazioni di tipo residenziale (RSA Anziani; RSA Nucleo demenze, RSA Disabili), secondo quanto descritto all'Allegato 1;
- e) 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;
- f) 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 D.G.R.C. n. 482 del 25/03/2004 “Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania” con la quale sono state approvate le Linee Guida sulla riabilitazione;
- 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”;
- la DGRC n. 324 del 3/7/2012 “Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.Va.M.Di. Campania.”;
- il DCA 110/2014;
- il D.C.A. n. 52 del 29/5/2015 “*Recepimento Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione “Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze”*”.
- il Regolamento n. 1/2007;
- il DCA n. 55/2017 e 55/2018;
- la DGR n. 282/2016, relativa alle procedure di pagamento della quota di compartecipazione a carico degli Ambiti sociali territoriali e/o Comuni;

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:

1. di **APPROVARE** il documento “Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3); Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d); Unità di cure per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche,



- sostanziale del presente provvedimento;
2. di **APPROVARE**, in sostituzione delle linee di indirizzo di cui alla deliberazione n. 2006/2004, nella parte relativa alle prestazioni di tipo residenziale (RSA Anziani; RSA Nucleo demenze, RSA Disabili), l'allegato documento "Allegato 1" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;
 3. di **MODIFICARE** per effetto e nei termini 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;
 4. 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";
 5. di **CONFERMARE** gli strumenti valutativi SVAMA e SVAMD di cui alle DDGR 323 e 324 del 3/7/2012;
 6. di **CONFERMARE**, per le tipologie R3 e RD3, le tariffe previste dal DCA 110/2014 e riportate nell'Allegato 1 del presente provvedimento, con l'applicazione delle quote di compartecipazione sociale stabilite con DPCM 17/1/2017, artt. 30 e 34, e l'eventuale compartecipazione degli utenti, da stabilirsi perentoriamente secondo i criteri stabiliti dalla L. R. n. 11/2007 art. 8 c. 1 lett e, dalla L.R. 5/2013 art. 1 c. 34, e disciplinati dalle DGRC n. 134/13 punto 13.2, 869/2015 punto IV.2.3 e dalle linee guida di cui al DCA n. 110/2014;
 7. di **AGGIORNARE** le tariffe per le prestazioni erogate nell'Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d), già approvate con DCA n. 110/14, come all'Allegato 1 del presente atto;
 8. di **FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di definire, entro e non oltre tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, una procedura standard per la messa in rete delle RSA con i servizi territoriali e ospedalieri;
 9. di **STABILIRE** che
 - entro il termine massimo di 6 mesi dalla pubblicazione sul BURC del presente decreto dovrà essere realizzato l'adeguamento ai requisiti previsti dall'Allegato 1 delle strutture che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già in possesso di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio come RSA;
 - per i moduli per Demenze in RSA per Anziani attualmente autorizzati, le strutture debbano manifestare interesse per la trasformazione in R2D ovvero in R3, nei limiti del fabbisogno programmato con DCA n. 14/2017 e compatibilmente con i processi di riconversione di prestazioni in eccesso di riabilitazione ex art. 26 che hanno la priorità, entro il termine massimo di 60 giorni dalla pubblicazione sul BURC del presente decreto; a seguito di parere favorevole circa la compatibilità con il fabbisogno, espresso dalle ASL e della competente commissione regionale, le strutture devono adeguare la propria organizzazione ai requisiti riportati all'Allegato 1 del presente decreto, e successivamente acquisire autorizzazione all'esercizio aggiornata;
 - per le strutture RSA già provvisoriamente o definitivamente accreditate, si procederà al rinnovo dell'accreditamento con le procedure già in uso, attraverso la verifica, su richiesta della DG Tutela della Salute, da parte dei competenti servizi aziendali, dell'adeguamento ai requisiti di cui al presente decreto e previa adozione di Delibera aziendale di attestazione di accreditabilità;
 - per le strutture RSA di nuova autorizzazione ovvero non precedentemente convenzionate, si procederà, su istanza dell'interessato, al rilascio dell'accreditamento con riserva di verifica con le procedure già in uso, attraverso la verifica, su richiesta della DG Tutela della Salute, da parte dei competenti servizi aziendali dell'adeguamento ai requisiti di cui al presente decreto e previa adozione di Delibera aziendale di attestazione di accreditabilità;
 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;

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 e trasparenza.

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

DE LUCA

“Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3); Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d); Unità di cure per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3)”.

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 una o più unità di cure, 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 recettiva 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, organizzati in una o più unità di cura (R3, R2D, RD3).

Ciascuna Unità di cura può essere articolata in massimo 3 moduli di max 20 posti letto che garantiscano trattamenti di diversa intensità assistenziale, se previsti.

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
- Ambulatorio /medicheria
 - Locale controllo persone con servizi igienici annessi.
 - Cucina attrezzata/tisaneria
 - Spazi soggiorno/gioco-TV/ spazio collettivo
 - Campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto
 - Locale deposito biancheria sporca
 - Locale per vuotatoio e lavapadelle.
 - 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

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.

PER UNITÀ DI CURA:

- locale per accoglienza delle famiglie dei ricoverati, necessario per l'incontro con il personale socio-sanitario, per la socializzazione tra i familiari e per eventuali incontri programmati con le Associazioni dei familiari,
- locale per il personale (guardiola)
- deposito medicinali e presidi medico-chirurgici
- vano per deposito biancheria
- Segnaletica per l'orientamento di facile intuizione (es. codici a colori);
- Locali e palestra con attrezzature per le attività riabilitative e motorie previste, dimensionato in relazione al numero di ospiti;
- Spazi per la socializzazione per unità di cura 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:

- Ingresso con portineria, posta e telefono;
- Camera da letto (possibilità di servizio appaltato all'esterno);
- Lavanderia e stireria (il locale e le attrezzature devono essere appaltato all'esterno, per favorire momenti di socializzazione);
- Servizi igienici per il personale e locale spogliatoio, per unità di cura;
- 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
- Locali ed attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche;
- Area destinata all'erogazione delle attività di riabilitazione, comunque dimensionato in relazione al numero di ospiti.

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 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 alla Parte 5 riportante le tabelle "Articolazione del personale e minuti di assistenza" per ciascuna tipologia di Unità di cura.

Tabella 1: REQUISITI ULTERIORI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO
--

Di seguito sono riportati i requisiti specifici ulteriori per l'accreditamento istituzionale, comuni alle diverse unità di cura, fermi restando alcuni requisiti specifici che connotano la tipologia di unità di cura. L'accreditamento viene effettuato per ciascuna specifica unità di cura (RSA- R2D, RSA -R3, RSA-RD3). Ciascuna Unità di Cura deve possedere i requisiti ulteriori.

	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	A
	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A
	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
	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
	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
	Deve essere garantita la possibilità di socializzazione e di attività creativa per l'utenza	A
	Deve essere garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento	B
	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
	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche, con telefonia fissa o mobile, dal letto di degenza	A
	Devono essere previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	A
	La struttura deve prevedere modalità di custodia valori e beni personali	B
	Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione. <i>Interpretazione: dispositivo medico: qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo</i>	A
	Per ciascun ospite deve essere redatta una cartella clinica in cui ogni operatore annota cure e trattamenti	A
	Deve esistere una documentazione attestante le relazioni intercorrenti tra la struttura e il responsabile della presa in carico per ciascun ospite	A
	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

In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite deve essere accompagnato da una
i clinica e devono essere mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero
esistere ed essere seguita una procedura di di

Attività della Regione

	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite deve essere accompagnato da una i clinica e devono essere mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero esistere ed essere seguita una procedura di di	A
	il rientro a domicilio degli ospiti (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 servizi sanitari per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale	A
	Deve esistere una documentazione della gestione delle liste d'attesa	A
	Deve esistere ed essere seguita una procedura scritta relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	B
	Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	A
	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
	Devono essere presenti e applicate procedure per la gestione delle emergenze	A
	Deve esistere ed essere seguita una procedura per le richieste di visite specialistiche	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure scritte per <ul style="list-style-type: none"> • il bagno e la doccia • l'igiene orale • l'igiene a letto 	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure per la somministrazione di farmaci	A
	La distribuzione e somministrazione di farmaci deve essere eseguita da un infermiere	A
	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella	A
	Devono essere presenti ed essere seguite procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	A
	Devono essere predisposti programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette	B
	Deve essere garantita, all'occorrenza, l'attività di podologia	C
	Devono esistere ed essere applicate procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito	A
	Il decorso delle piaghe da decubito deve essere monitorato regolarmente in cartella	A
	Il personale di assistenza deve essere specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti con formazione documentata	A
	Devono esistere ed essere applicate procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es cateterizzati e tracheostomizzati)	A
	Volontari e parenti devono essere addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti	C
	I familiari devono essere addestrati al nursing prima della dimissione	B
	In cartella devono essere registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia	B
	Deve essere possibile scegliere in anticipo tra diversi menù	B
	Deve essere possibile offrire diete speciali personalizzate per ospiti con esigenze particolari (patologie, intolleranze, etc.) previa consulenza e controllo dietologico dell'ASL	A
	I pasti devono essere serviti a giusta temperatura	A

	Deve essere consentito agli ospiti di tenere nelle loro stanze oggetti personali	A
	guardaroba personale	B
	Gli indumenti personali devono essere identificati quando sono mandati in lavanderia	A
	Devono esistere protocolli interni per un corretto lavaggio della biancheria da letto e degli indumenti (se la lavanderia non è esternalizzata)	A
	Deve essere disponibile nella struttura un barbiere-parrucchiere almeno una volta alla settimana	A
	Deve essere garantita l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti	A
	Devono essere disponibili ed applicate linee guida, periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate	B
	Deve essere effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida	B
	Devono essere utilizzate scale di valutazione validate adeguate alla tipologia di disabilità e/o non autosufficienza presente	A
	Devono essere utilizzati gli strumenti di valutazione multidimensionale approvati dalla Regione	A
	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	B
	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
	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> ● 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
	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	C
	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
	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

	Non possono essere ammessi ospiti senza la previa valutazione multidimensionale appropriato	A
	Nelle ammissioni devono essere osservati criteri di priorità, 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
	Deve essere presente il piano esecutivo declinato in: <ul style="list-style-type: none"> • 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
	Deve essere previsto l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati: <ol style="list-style-type: none"> 1. cartella personale; 2. registro degli ospiti; 3. registro delle consegne; 4. diario delle attività collettive; 5. regolamento interno 	A
	Deve essere prevista la consulenza protesica	A
	Devono essere svolte attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo	A
	Devono esistere programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti	A
	Devono essere erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di terapia occupazionale secondo le più recenti linee guida	A
	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
	Deve essere definito il protocollo per la Nad e la nutrizione parenterale in relazione alle tipologie di Unità di cura e di utenti	A
	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 affetti da demenze/disturbi cognitivi ineriti in unità di cura R3/R2D)	A
	Per i requisiti organizzativi e di personale devono essere utilizzati i parametri, di cui al presente atto, Tabella "Articolazione del personale e minuti di assistenza" per ciascuna tipologia di Unità di cura.	A

**Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) per adulti non autosufficienti
Unità di cura R3**

1. DESCRIZIONI E FINALITÀ.

L'Unità di cura residenziale extraospedaliera, classificata R3 è deputata ad erogare un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrata da un livello medio/alto di assistenza tutelare ed alberghiera, a favore di persone adulte totalmente o parzialmente non autosufficienti, in condizioni di stabilità clinica o a rischio di instabilità, comunque senza la compromissione delle funzioni vitali, e di persone affette da demenze/disturbi cognitivi non associati a disturbi comportamentali e/o dell'aggressività, con necessità di trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale.

I trattamenti sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

Essi sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per la NA, assistenza protesica, dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 del DPCM 17/1/2017 Nuovi LEA, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e associati ad attività di socializzazione e animazione, finalizzati anche al rientro a domicilio, se possibile.

Il complesso dei trattamenti erogati è caratterizzato da un elevato e continuo nursing assistenziale, ed infermieristico, un medio nursing riabilitativo integrato da un medio/alto livello di assistenza tutelare ed alberghiera.

L'unità di cura R3 è organizzata in moduli di massimo 20 posti letto per un numero complessivo massimo di 3 moduli per struttura, organizzati preferibilmente in modo da garantire trattamenti di diverso livello ed intensità assistenziale.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione ai bisogni e alla loro evoluzione, e alle condizioni di dipendenza dei pazienti, al fine di garantire adeguata assistenza, in ciascun modulo dell'unità di cura R3 possono essere garantiti trattamenti di alta e media intensità assistenziale:

- Trattamenti di alta intensità assistenziale per adulti con totale perdita dell'autosufficienza, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
- Trattamenti di media intensità assistenziale per adulti con parziale perdita dell'autosufficienza non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

Un'unità di cura di lungo assistenza-R3 può coesistere con altre tipologie di unità di offerta per la non autosufficienza e per la disabilità, al fine di garantire senza soluzione di continuità il passaggio degli utenti da un setting di cura ad un altro nell'ambito di un unico percorso di presa in carico/pdta per particolari patologie o necessità assistenziali variabili nel tempo.

La RSA-R3 è ricompresa nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per la non autosufficienza e la cronicità, garantendo la continuità assistenziale nel regime residenziale tra ospedale, territorio e domicilio, ed è funzionalmente collegata alla rete mediante protocolli operativi definiti dalle Aziende Sanitarie anche per le dimissioni programmate/protette da altri setting assistenziali ospedalieri o territoriali.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei, di sollievo o per dimissioni protette, della durata massima di 30 giorni. Per tale tipologia di ricovero, successivamente descritta, l'intero costo è a carico del SSN.

2. DESTINATARI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

In RSA-R3 sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico, formulazione del progetto assistenziale individualizzato, i soggetti adulti, malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti con ridotta o completa perdita dell'autonomia, in condizioni di stabilità clinica o a rischio di instabilità senza la compromissione delle funzioni vitali, soggetti affetti da disturbi cognitivi lievi/moderati senza disturbi comportamentali e/o dell'aggressività, con necessità di trattamenti estensivi, di mantenimento funzionale e lungo assistenza, non assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità.

Le persone arruolabili in RSA presentano necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto/medio di assistenza tutelare ed alberghiera.

Le persone arruolabili in RSA possono presentare contemporaneamente i seguenti criteri di eleggibilità:

- Condizioni funzionali compromesse tali da determinare la completa o parziale non autosufficienza
- condizioni sanitarie caratterizzate da comoborsità tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni socio-ambientali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;

¹ Il restante 50% della tariffa è a carico dei Comuni/Ambiti territoriali di residenza dei pazienti, con l'eventuale compartecipazione dell'utente da stabilirsi tassativamente secondo i criteri stabiliti dalla Legge Regionale n. 11/2007 art. 8, comma 1, lett. E, dalla Legge Regionale 05/13 comma 34, così come disciplinate dalle DGRC 134/13 punto 13.2, dal DGRC 869 del 29/12/15 punto IV.2.3 e dalle "Linee Guida" di cui al DCA n. 110 del 2014.

I Comuni/Ambiti territoriali possono approvare criteri e soglie di esenzione alternative rispetto a quelle inderogabili previste dalla normativa regionale, ma solo se più favorevoli all'utente.

La soglia [ISEE o di reddito individuale] al di sotto della quale il soggetto richiedente la prestazione è esentato da ogni forma di compartecipazione al costo del servizio corrispondente al 160% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS, pari ad Euro 10.555/98 per il 2018. Tale soglia di esenzione identifica una quota che rimane in disponibilità all'assistito indipendentemente dal numero o dalla quantità di servizi utilizzati.

La soglia [ISEE o di reddito individuale] al di sopra della quale il soggetto richiedente la prestazione è tenuto a corrispondere per intero il costo unitario del servizio previsto dall'ente è fissata in 4,35 volte la l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS pari a € 28.691/86 per il 2018;

*Per qualsiasi valore I.S.E.E. compreso tra le soglie di cui sopra il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione al costo del servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula: $Comp\ i\ j = I.S.E.E.i * CS0 / I.S.E.E.0$*

- condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio o il sociale;
- necessità di medio/alto livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica) medio livello di assistenza riabilitativa, integrato da un livello medio/alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Possono essere accolti soggetti affetti da demenza e da disturbi cognitivi di entità lieve e moderata, con trattamenti ad alta o media intensità assistenziale a seconda del grado di autonomia e non autosufficienza determinate dalla demenza o da patologie concomitanti.

All'interno della RSA sono garantiti anche i ricoveri temporanei che rispondono ad un bisogno temporaneo o programmato di assistenza di norma per un massimo di 30 giorni.

Ai ricoveri temporanei accedono:

- α. soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare ed eventualmente inseriti nel circuito delle cure domiciliari, per esigenze anche di mero sollievo delle famiglie stesse dal carico di cura e assistenza. In questo caso sono definiti ricoveri di sollievo e possono ripetersi per un massimo di tre volte in un anno per lo stesso paziente;
- β. soggetti dimessi dalle UU.OO. Ospedaliere, anche di case di cura, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e/o riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute o delle condizioni socioambientali non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo.
- γ. Soggetti dimessi da altri setting assistenziali ospedalieri o extraospedalieri di diversa intensità per la continuità delle cure.

In questi ultimi due casi sono definiti ricoveri per dimissione protetta/programmata.

L'inserimento in RSA successivamente ad un ricovero ospedaliero, per un periodo di norma non superiore a 30 giorni e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, va inteso come garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso di dimissione protetta; durante il ricovero a termine in RSA l'obiettivo è accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio. Nel periodo di permanenza in RSA, i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure per rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero, ovvero avviare le attività necessarie a valutare l'eventuale esigenza di trasferimento ad altro setting ivi inclusa la permanenza in RSA.

3. ACCESSO IN RSA

L'accesso alla RSA per pazienti adulti, cronici, non autosufficienti è effettuato previa valutazione multidimensionale, ai fini della presa in carico integrata dell'utente e della definizione del progetto personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo.

Esso avviene attraverso la procedura di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sociali) o per dimissione protetta/programmata.

Il paziente può accedere a questo setting da strutture di ricovero per acuti (ospedali o case di cura), strutture post-acuzie, domicilio, da altro setting assistenziale.



Per quanto riguarda le procedure di accesso ordinario, valutazione e redazione del Progetto di dimissioni programmate/protette.

3.1 PROCEDURA DI ACCESSO

In caso di accesso ordinario in RSA, la richiesta per l'accesso è effettuata da uno dei seguenti soggetti alla P.U.A.

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO distrettuali etc; strutture residenziali, CDCD - centri disturbi cognitivi e demenze, altro)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.
- MMG.

La richiesta deve essere effettuata attraverso la specifica modulistica, prevista dal Regolamento di Accesso condiviso tra l'A.S.L. e l'Ambito Territoriale, e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la richiesta (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso.

Nel caso la richiesta per l'accesso sia effettuata dal MMG o da uno dei servizi sanitari distrettuali, contestualmente questi provvederanno a redigere ed inviare alla P.U.A. la scheda A o B della S.VA.M.A., a seconda se chi richieda l'accesso sia il MMG o il medico specialista dei servizi sanitari distrettuali. E' compito della PUA raccogliere e collazionare tutta la documentazione utile.

In seguito alla valutazione della richiesta, nel caso in cui sussistano i criteri di eleggibilità, la P.U.A. attiva il percorso integrato di valutazione multidimensionale, attiva l'U.V.I. e nel caso specifico invia alla U.O. Distrettuale competente che provvede a formulare la Proposta di Ammissione, attraverso la specifica modulistica già elaborata ed in uso, in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato (vedasi il D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101).

Il rispetto della procedura è responsabilità del Direttore del Distretto sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, come disciplinato dall'apposito regolamento.

La Proposta di ammissione contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti
- prima ipotesi di intervento mirato
- tempi di attivazione dell'U.V.I.

- Consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico.

casi in cui la segnalazione non sia effettuata io
acquisire in corso d'opera la liberatoria affinché P.U.A. ed U.V.I. possono operare il processo di integrazione socio sanitaria.

La valutazione multidimensionale a cura delle U.V.I. e criteri di accesso

La valutazione multidimensionale, ossia l'analisi dettagliata delle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, rappresenta l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, necessario per l'accesso in RSA.

Essa è effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata del distretto di residenza del paziente (U.V.I.), con competenze multi-disciplinari, in grado di individuare le esigenze delle persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

La U.V.I. svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito o suo tutore nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- programma la rivalutazione periodica
- aggiorna o modifica il Progetto Assistenziale Individualizzato in sede di rivalutazione in relazione agli esiti e ai risultati conseguiti

La valutazione multidimensionale, effettuata con la scheda S.VA.M.A. - approvata con dgrc 323/2012 e s.m.i.² - e eventuali altri strumenti inclusi l'indagine clinica e l'osservazione è articolata in:

- valutazione sanitaria
- valutazione specialistica
- valutazione sociale
- sintesi attività valutativa
- rilevazione dei bisogni/necessità assistenziali.

Per individuare il setting appropriato e il livello di assistenza appropriato 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 , in occasione della seduta U.V.I.**

Dirimente per l'invio in struttura RSA, oltre al profilo di autonomia e al bisogno sanitario ed assistenziale è il PSOC, e il punteggio VCOG in caso di disturbi collegati ad uno stato di demenza

² Per la redazione della scheda S.Va.M.A. si rinvia alle istruzioni allegate alla scheda , approvata con d.g.r.c. 323/2012 .

La valutazione multidimensionale si concretizza nell'appropriata presa in carico della persona, sottoscritto dall'assistito/familiare/tutore. La valutazione deve concludersi con la redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a cui segue il Piano esecutivo redatto dall'U.O. competente con l'équipe della struttura che accoglie.

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 ASL di residenza, che può prevedere che le successive rivalutazioni vengano svolte, in tutto o in parte, su rogatoria, dal Distretto di residenza della Struttura.

Nel formulare la proposta di Progetto Assistenziale Individualizzato l'équipe di valutazione multidimensionale dell'U.V.I. individuerà in una fase successiva alla seduta U.V.I. la struttura RSA tenendo conto della libera scelta del cittadino e del principio di salvaguardia delle relazioni sociali, compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale. La scelta sarà sottoposta all'utente e al familiare che potranno optare per altra struttura, verificatane la disponibilità.

Il Direttore della struttura RSA che accoglie, comunica l'avvenuto ingresso in struttura entro 3 giorni dall'ammissione alla P.U.A. e alla U.V.I. di residenza dell'utente, e al Direttore del distretto in cui insiste la struttura se diverso dal distretto di residenza dell'utente, per calendarizzare le rivalutazioni periodiche e per la realizzazione gestione delle fasi successive e per gli adempimenti relativi ai debiti informativi.

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.

Per l'invio di soggetti con demenze/disturbi cognitivi non associati a disturbi comportamentali e/o dell'aggressività, il Centro di disturbi cognitivi e demenze-CDGD competente per la presa in carico, al quale va comunque segnalato il caso se non noto, può avanzare la richiesta d'accesso alla P.U.A., partecipa alla valutazione multidimensionale, ha la regia operativa e del percorso assistenziale/PDPA, con compiti di monitoraggio del percorso e della presa in carico.

Per l'utente già inserito in altri setting assistenziali (per es. cure domiciliari), per il quale si verificano le condizioni per collocamento in RSA, il case manager e il responsabile del caso hanno l'obbligo di avviare il percorso di accesso in RSA, attivando la P.U.A. e la U.V.I. senza gravare gli oneri amministrativi sul diretto interessato e la famiglia. E' cura della P.U.A. raccogliere tutta la documentazione sociale e sanitaria utile allo scopo. (es. svama, relazioni, scale di valutazione) , informare l'utente o i famigliari/tutori della procedura e indicare la documentazione da produrre (ISEE)

Nel caso emerga la necessità di un ricovero temporaneo di sollievo, su richiesta del tutore di accesso con scheda A, il Direttore del Distretto, a parte del MMG, la U.O. distrettuale competente, ne dà comunicazione alla P.U.A. che dispone la Valutazione multidimensionale per la dimissione ovvero la permanenza in RSA.

La rivalutazione periodica è effettuata ogni 6 mesi dall'ammissione alla Unità di cura, e comunque ogni qualvolta le mutate condizioni del paziente richiedano una modifica sostanziale al Progetto Assistenziale Individualizzato e piano esecutivo.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato

L'Unità di valutazione integrata distrettuale elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. L'U.V.I. individua il *Case manager o Responsabile del caso*, responsabile della attuazione del PAI, che riferisce all'U.V.I. sull'andamento dell'intervento.

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

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- le competenze e funzioni del referente familiare
- competenze e responsabilità di spesa
- durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia 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. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I., e se comportano una modifica del piano economico devono essere specificamente comunicate al Comune di residenza dell'utente e sottoposto alla U.V.I. per l'autorizzazione. Il direttore sanitario della struttura dovrà attivare il Direttore del Distretto di residenza del paziente per avviare l'U.V.I. per l'aggiornamento del Progetto Assistenziale Individualizzato.

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 conservata 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

- 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

3.2 PROCEDURA DI ACCESSO IN DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA/PROGRAMMATA.

Per “dimissione protetta” si intende l’insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro. Il processo delle dimissioni protette richiede un’attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento, in questo caso il reparto ospedaliero (casa di cura, p.o., a.o.r.n.) che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere **una dimissione programmata**, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi familiari, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta segue una procedura che ha lo scopo di sviluppare l'integrazione delle figure sanitarie ospedaliere e delle figure socio-sanitarie del territorio in un percorso unico di cura.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché dei tempi e degli strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso. In questa sezione è trattata la dimissione protetta da reparto di ricovero in RSA.

Fasi della dimissione protetta:

- Segnalazione/richiesta di ammissione in Rsa-R3.
- Condivisione dell’utente/ care giver
- Valutazione multidisciplinare e multidimensionale
- Individuazione della RSA –R3
- Redazione ed elaborazione del P.A.I.-piano di assistenza individualizzato
- Fornitura di presidi, ausili, farmaci
- Dimissione

Le fasi che compongono tale processo non sono da intendersi come fasi che si succedono temporalmente ma anche concomitanti.

Attori

- **Putente** e familiari dell'utente-care giver
- Il direttore sanitario della struttura di ricovero il responsabile del reparto che dimette
- case manager o il responsabile del caso per paziente in cure domiciliari
- 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
- Medico di Medicina Generale –MMG

La durata dei ricoveri in RSA-R3 in dimissione protetta, è di norma di 30 giorni.

I Criteri clinici e assistenziali per la collocazione in RSA-R3 in dimissione protetta sono quelli già descritti per paragrafo DESTINATARI.

Accedono al ricovero in RSA in dimissione protetta soggetti dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, dalle Case di Cura non immediatamente assistibili a domicilio, con o senza attivazione delle cure domiciliari, e che necessitano di assistenza e per i quali a causa delle condizioni di salute o delle condizioni socioambientali non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo o non è possibile l'invio ad altro setting assistenziale.

Nel periodo di permanenza in RSA, i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure per rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero, ovvero le azioni necessarie alla valutazione per il trasferimento ad altro setting, ivi inclusa l'esigenza di permanenza in regime ordinario in RSA.

E' privilegiata comunque la dimissione dall'unità di ricovero al domicilio e solo se le condizioni socioambientali e le necessità assistenziali non lo consentono si ricorre alla dimissione in RSA. E' pertanto fondamentale verificare e valutare il supporto della rete sociale ed informale con appositi strumenti nella fase precedente alla dimissione.

Anche nel caso di dimissione programmata/protetta è necessaria la valutazione multidimensionale effettuata con strumenti ad hoc e con modulistica specifica in uso presso le strutture di ricovero che saranno aggiornati ed approvati con atti dedicati.

Nell'ambito della medesima ASL, le procedure per le dimissioni protette sono stabilite con appositi protocolli operativi e procedurali.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA.

Il direttore del reparto - o suo delegato della struttura di ricovero, accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali:

- convoca il paziente e la famiglia per informare della procedura di dimissione e verificata l'impossibilità a dimettere a domicilio per la carenza di supporto familiare ovvero per ragioni legate alla condizione clinica, avvia la procedura di dimissione programmata in RSA;

- invia al Direttore del distretto di residenza dell'utente e al referente distrettuale dell'integrazione sociosanitaria la proposta di ammissione in RSA-R3 corredandola di relazione e contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi, e trattamenti farmacologici e terapeutici necessari;

- segnala eventualmente ai servizi sociali del comune di residenza.

Tale procedura può essere garantita con l'assistente sociale del presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

E' quindi necessario che ogni struttura di ricovero adotti misure organizzative per la rilevazione del bisogno e della situazione socio ambientale, nonché per la gestione della fase della dimissione.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente, ricevuta la richiesta dalla struttura ospedaliera di inserimento in RSA di un paziente in dimissione dall'ospedale:

- attiva l'U.V.I. e contestualmente individua la struttura RSA possibilmente nel distretto di residenza del paziente, e ne richiede la disponibilità entro 3 giorni dalla richiesta di ammissione, tenendo conto della libera scelta del cittadino, la struttura alla sua dimora abituale al fine di tutelarne le relazioni sociali. Nel 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'ammissione.
- acquisisce il parere favorevole del direttore sanitario della RSA;
- comunica il nome della RSA disponibile al direttore sanitario/responsabile clinico del caso della struttura che dimette e all'utente e garantisce il trasferimento del paziente in struttura;
- il direttore del distretto emette autorizzazione al ricovero in RSA;
- per il soggetto con necessità di assistenza e riabilitazione post-acuta, per il quale, a causa delle condizioni di salute, non è possibile elaborare il relativo progetto riabilitativo e che non è immediatamente assistibile a domicilio, provvede agli adempimenti connessi al successivo accesso del paziente alla struttura di riabilitazione prescelta, previa implementazione del progetto riabilitativo sulla base della valutazione del bisogno riabilitativo.

La valutazione multidimensionale è effettuata con carattere di urgenza nei modi e nei luoghi descritti nel paragrafo dedicato; nel caso in cui non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il direttore del distretto, sulla base della relazione inviata dal direttore del reparto che dimette e con l'ausilio dei medici della U.O. distrettuale dispone il ricovero in RSA, con riserva di completare la valutazione multidimensionale entro 20 giorni dall'inserimento in struttura.

La fornitura dei farmaci almeno per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione 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.

Per farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, a cui non può provvedere il personale in organico alla RSA, la struttura che dimette concorda un protocollo operativo con il Distretto sanitario in cui insiste la struttura 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.

Per i pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi lievi, il trattamento farmacologico è prescritto e monitorato con l'ausilio del Centro di disturbi cognitivi e demenze competente.

Nel caso in cui a seguito di valutazione periodica 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. Sarà cura del responsabile del caso avviare e definire le modalità di rientro al domicilio e disporre la presa in carico da parte dell'U.O. distrettuale e dell'equipe operativa.

E' comunque compito del direttore del distretto sul quale insiste la struttura attivare in referente per la applicazione e il monitoraggio della procedura, preferibilmente nel responsabile distrettuale delle cure domiciliari o nel referente dell'integrazione sociosanitaria.

4. DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA

La prestazione residenziale 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 in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate. La durata del trattamento estensivo di lungoassistenza e mantenimento è infatti fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale. Un PAI ha una durata pertanto variabile ma di norma non superiore ai 6 mesi rinnovabili, alla scadenza dei quali è obbligatorio effettuare attraverso le U.V.I. un accurato aggiornamento della valutazione clinico funzionale del paziente, oltre che la valutazione multidimensionale. Essa va effettuata comunque periodicamente, comunque almeno ogni sei mesi in caso di ricovero ordinario e entro i 20 giorni dall'ingresso in struttura in caso di ricovero temporaneo.

Tuttavia a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità permanente.

Gli utenti in regime di ricovero temporaneo sono sottoposti a valutazione e nel caso di necessità di prolungamento del ricovero e di persistenza delle condizioni prolungano la permanenza in struttura come indicato nel Progetto personalizzato; in tal caso gli oneri finanziari a carico del SSN, dell'Utente/Comune sono definiti in sede di Valutazione multidimensionale in U.V.I. e come già precisato, l'onere a carico del SSN è pari al 50% della tariffa prevista.

La dimissione e sospensione dei trattamenti

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- o Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Assistenziale Individualizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- o Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Assistenziale Individualizzato, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- o Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili.
- o Dimissione programmata a domicilio
- o Dimissione per decesso della persona assistita
- o Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

Durante la permanenza in RSA può verificarsi il rientro periodico a domicilio o la necessità di un ricovero temporaneo ospedaliero, e per tali periodi l'assistenza è temporaneamente sospesa. L'evento è registrato nel flusso informativo ministeriale FAR Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale-di seguito trattato. In questi casi il posto letto è conservato per un massimo di 7 giorni.

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:

- 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. e ii.
- File H, ad uso della Regione Campania per il monitoraggio delle prestazioni.

E’ obbligo delle AA.SS.LL. conferire i dati relativi alle prestazioni residenziali per adulti non autosufficienti erogate direttamente attraverso proprie RSA o attraverso strutture private in regime di accreditamento. Tanto per il monitoraggio dell’appropriatezza e dei vincoli economico finanziari.

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 R3. Il flusso FAR, a livello regionale prevede la diversificazione in alto carico e medio carico R3 –AC e R3-MC.

E’ obbligo sia per le strutture pubbliche sia per le strutture private accreditate alimentare il flusso regionale File H

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 e del Comune/ambito 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.

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

Registro delle consegne

Nell'unità di cura, per ogni modulo che la compone, 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 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.

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 riservatezza, 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;
- 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 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

e) 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.

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:

- α) 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.
- β) le norme igienico-sanitarie;
- χ) le finalità degli interventi;
- δ) l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e
- ε) alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- φ) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- γ) 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.
- η) 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.

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.

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 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.

Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL e all'Ufficio Servizi Sociali del Comune o all'Ufficio di Piano dell'Ambito, secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al 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 predisporre, avvalendosi del referente per l'integrazione sociosanitaria e il 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 - R3 devono essere dotate delle seguenti figure professionali ciascuna in numero variabile in relazione al numero e alla tipologia degli ospiti:

- Assistente sociali con funzioni di responsabile della attività sociali
- Infermieri.
- Fisioterapisti.
- Terapisti occupazionali.
- OSS, OSA ciascuno per i compiti propri della qualifica di appartenenza.
- Animatori di Comunità.
- Assistente sociale

Deve essere individuato un responsabile della struttura e un Medico con funzioni di direttore sanitario.

La struttura deve essere dotata di idoneo personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e specialistica erogabile dal servizio 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 le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle RR.SS.AA.

8.2 TRATTAMENTI EROGATI IN RSA ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

Agli ospiti delle RSA - R3 devono essere garantite le prestazioni che concorrono al
ello stato di salute, delle capacità funzionali residue della cura di se ovvero al
tenimento della massima autonomia possit PARTE I Atti della Regione el
deterioramento delle capacità funzionali o al contrasto di riacutizzazioni e regressioni, in
funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

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 di programmi predisposti dall'U.V.I. e devono
rientrare nei progetti 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, 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.

Nei casi di ricovero ordinario in RSA, 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.

Per i pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi lievi, il trattamento farmacologico è
prescritto e monitorato con l'ausilio del Centro di disturbi cognitivi e demenze competente.

c) 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.

d) prestazioni di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico: l'assistenza generica alla persona
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 mobilitazione periodica dell'ospite, in
caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

e) Attività sociali



Esse sono garantite dal personale in servizio presso la RSA, dotato di idonea qualifica relazionali dell'ospite, delle potenzialità residue e nell'individuazione di strategie di risposta (stesura dei piani individuali di assistenza);

- programmazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
- coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari;
- 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, attività ludiche, prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;

f) 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 e etc., assistenza sociale al nucleo familiare.

g) prestazioni fisioterapiche e riabilitative

Sono finalizzate al mantenimento delle abilità e al rallentamento della perdita di funzioni e abilità per effetto dell'invecchiamento o della patologia, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti); dette prestazioni comprendono inoltre la prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei confronti delle persone totalmente non autosufficienti, con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto.

Per quanto riguarda pazienti affetti da disturbi cognitivi e demenze in forma lieve e moderata e non affetti da disturbi comportamentali o dell'aggressività la rieducazione psicosociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, la riabilitazione cognitiva, la neuroriabilitazione e la ROT, si rinvia al protocollo che l'ASL deve stipulare per garantirle con personale proprio del CDCD o in convenzione con p.o./aorn, ovvero in convenzione con la struttura ad integrazione delle prestazioni di base che essa deve garantire, secondo le indicazioni del PAI.

Tale tipologia di prestazione può essere garantita dal CDCD di riferimento e comunque deve essere concordata con l'équipe di riferimento.

h) consulenza e controllo dietologico: comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti a carico dell'ASL;

i) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, nonché tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione;

l) prestazioni di tipo alberghiero: comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;

m)attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine

n)Attività di mobilitazione prevenzione dei decubiti e delle sindromi da allettamento, compresa le attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, gli stili di vita salutari ed utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia

o) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della RSA.

Eventuali prestazioni non previste dal progetto individuale, vanno concordate all'interno 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:

- a) prestazioni di cura personale (barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

Tutte le prestazioni sanitarie nei confronti degli ospiti sono assicurate dall'ASL o sono comunque a carico del SSN. Le RRSSAA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la razionalizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

Compiti del direttore di distretto

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 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.

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 aggravio per la famiglia e duplicazione di iter burocratico.

Inoltre, oltre a definire come già indicato il protocollo e la procedura per la dimissione protetta/programmata a domicilio, definisce altresì 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., e AORN vicini.

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	A.S.L. Le prestazioni di medicina specialistica sono garantite dal personale proprio dell'asl o con protocolli stipulati dall'A.S.L. con P.O./A.O.R.N. vicini*
c) infermieristiche	Struttura con personale interno + in caso di urgenza e nelle ore notturne con personale A.S.L.
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno

Struttura con personale interno

Servizi si PARTE I  Atti della Regione no

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

i) sostegno psicologico, riabilitazione cognitiva

Struttura con personale interno + ASL*

l) alberghiere

Struttura con personale interno

m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione con l'ambiente

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.

ALLEGATO 1
PARTE 3 CRITERI RSA-RD3

Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) per disabili adulti non autosufficienti
Unità di cura RD3

1.DEFINIZIONE E FINALITA'

L'Unità di cura residenziale extraospedaliera, classificata RD3, è deputata ad erogare un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa), congiuntamente ad un livello di assistenza tutelare ed alberghiera di diversa intensità, a favore di persone adulte con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, con diverso grado di non autosufficienza, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, che necessitano di trattamenti terapeutici, riabilitativi e socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue.

I trattamenti sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare.

L'unità di cura RD3 si differenzia dal presidio residenziale territoriale di riabilitazione estensiva per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti.

Essa è organizzata in moduli di massimo 20 posti letto per un numero complessivo massimo di 3 moduli per struttura.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione ai bisogni e alla loro evoluzione, e alle condizioni di dipendenza dei pazienti, al fine di garantire adeguata assistenza, in ciascun modulo dell'unità di cura RD3 possono essere garantiti trattamenti di alta e media intensità assistenziale:

- Trattamenti di alta intensità assistenziale per disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare.
- Trattamenti di media intensità assistenziale per per disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

Secondo quanto previsto all'art. 34, comma 2, del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, i trattamenti per disabili di cui alla lettera a) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti a favore dei disabili di cui alla lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. ³

L'Unità di cura RD3 può coesistere con altre tipologie di unità di offerta per la non autosufficienza al fine di garantire senza soluzione di continuità il passaggio degli utenti da un setting di cura ad un altro nell'ambito di un unico percorso di presa in carico/pdta per particolari patologie o necessità assistenziali variabili nel tempo.

³ Per la compartecipazione di Comune/Ambito e Utenti vedi nota 1

o, ai soggetti non autosufficienti con disabilità non modificabili, non assistibili a domicilio, di seguito specificati. Le Aziende sanitarie definiscono specifici protocolli operativi per la creazione di collegamenti funzionali tra le varie realtà organizzative, anche per le dimissioni programmate/protette da altri setting assistenziali ospedalieri o territoriali.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei della durata massima di 30 giorni, con oneri a totale carico del SSN, nei casi e con le modalità di seguito indicati.

2.DESTINATARI E CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Nella R.S.A.- RD3 sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico e formulazione del progetto sociosanitario personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo, soggetti adulti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, che necessitano di un medio livello di assistenza sanitaria, con attività di riabilitazione a bassa complessità ed intensità, di mantenimento delle abilità funzionali residue, a fronte di un alto o di un moderato impegno assistenziale e tutelare.

Le persone arruolabili in RSA presentano contemporaneamente i seguenti criteri di eleggibilità:

- condizioni funzionali compromesse tali da determinare la completa o parziale non autosufficienza;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni socio-ambientali che non consentono la permanenza al domicilio neanche con il supporto dei servizi domiciliari e semiresidenziali;
- condizioni cliniche che non consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute, o l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;
- necessità di un medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello di assistenza tutelare di diversa intensità.

All'interno della RSA sono garantiti anche ricoveri temporanei che rispondono ad un bisogno temporaneo o programmato di assistenza per un massimo di 30 giorni.

Ai ricoveri temporanei accedono:

a) disabili non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare ed eventualmente inseriti nel circuito delle cure domiciliari, per esigenze anche di mero sollievo delle famiglie stesse dal carico di cura e assistenza. In questo caso sono definiti ricoveri di sollievo e possono ripetersi per un massimo di tre volte in un anno per lo stesso paziente;

b) soggetti dimessi dalle UUOO ospedaliere, anche di case di cura, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e riabilitazione, per i quali a causa delle condizioni di salute non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo.

L'inserimento in RSA successivamente ad un ricovero ospedaliero, per un periodo di norma non superiore a 30 giorni e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, va inteso come garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso di dimissione protetta; durante il ricovero a termine in RSA l'obiettivo è accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.

Nel periodo di permanenza in RSA i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure

Compatibilmente con la disponibilità e distribuzione dei posti sul territorio regionale, le strutture residenziali, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, ospitano nell'ordine:

- persone residenti nello stesso comune o circoscrizione,
- persone residenti nel distretto e ambito territoriale in cui è ubicata la struttura;
- persone residenti altri ambiti o distretti dell'A.S.L. di appartenenza;
- persone residenti in A.S.L. diverse.

3.ACCESO IN RSA

L'accesso alla RSA per disabili adulti non autosufficienti è effettuato previa valutazione multidimensionale, ai fini della presa in carico integrata dell'utente e della definizione del progetto sociosanitario personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo.

Esso avviene attraverso la procedura di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sanitari o sociali) o per dimissione protetta/programmata.

Il paziente può accedere a questo setting da strutture di ricovero per acuti (ospedali o case di cura), strutture post-acuzie, domicilio, da altro setting assistenziale.

Per quanto riguarda le procedure di accesso ordinario, valutazione e redazione del progetto personalizzato, si seguono le procedure di accesso e valutazione multidimensionale già in uso e che di seguito sono riportate ed integrate dalle procedure di dimissioni programmate/protette.

3.1 PROCEDURA DI ACCESSO

In caso di accesso ordinario in RSA, la richiesta per l'accesso è effettuata da uno dei seguenti soggetti alla P.U.A.:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO distrettuali etc; strutture residenziali)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale
- dal MMG

La richiesta deve essere effettuata attraverso la specifica modulistica, prevista dal Regolamento di Accesso condiviso tra l'A.S.L. e l'Ambito Territoriale, e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la richiesta (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso.

Nel caso la richiesta per l'accesso sia effettuata dal MMG o da uno dei servizi sanitari distrettuali contestualmente alla segnalazione questi provvederanno a redigere ed inviare alla P.U.A. la scheda A o B della S.Va.M.Di., a seconda se chi richieda l'accesso sia il MMG o il

medico specialista dei servizi sanitari distrettuali. E' compito della PUA raccogliere e

In seguito alla valutazione della richiesta, nel caso in cui sussistano i criteri di eleggibilità, la P.U.A. attiva il percorso integrato di valutazione multidimensionale, attiva l'U.V.I. e nel caso specifico invia alla U.O. Distrettuale competente che provvede a formulare la Proposta di Ammissione, attraverso la specifica modulistica già elaborata ed in uso, in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato (vedasi il D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101).

Il rispetto della procedura è responsabilità del Direttore del Distretto sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, come disciplinato dall'apposito regolamento.

La Proposta di ammissione contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti
- prima ipotesi di intervento mirato
- tempi di attivazione dell'U.V.I.
- consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico;

In tutti i casi in cui la richiesta non sia effettuata dal diretto interessato è necessario acquisire in corso d'opera la liberatoria affinché P.U.A. ed U.V.I. possono operare il processo di integrazione socio sanitaria.

La valutazione multidimensionale a cura dell'U.V.I. e criteri di accesso

La valutazione multidimensionale, ossia l'analisi dettagliata delle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, rappresenta l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto sociosanitario personalizzato, necessario per l'accesso in RSA.

Essa è effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) del distretto di residenza del paziente attraverso lo strumento valutativo S.V.A.M.D.I., di cui alla DGRC n. 324 del 3/7/2012 e s.m.e i., ed eventuali altri strumenti di valutazione, inclusi l'osservazione e l'indagine clinica, utili per l'inquadramento del caso, ai fini della individuazione del grado di autosufficienza e del livello di intensità assistenziale.

L'U.V.I. svolge i compiti già definiti per i trattamenti R3.

La valutazione multidimensionale è articolata in:

- valutazione sanitaria
- valutazione specialistica
- valutazione sociale
- sintesi attività valutativa
- rilevazione dei bisogni/necessità assistenziali

La valutazione multidimensionale si concretizza nell'appropriata presa in carico della persona, che di norma deve avvenire entro 20 giorni dalla richiesta di accesso, attraverso la redazione del progetto personalizzato e del piano esecutivo, condiviso e sottoscritto dall'assistito/familiare/tutore.

Il rispetto dell'applicazione delle procedure qui richiamate fa capo al Direttore del Distretto di residenza dell'utente; egli ne è responsabile e ne cura e monitora l'applicazione.

In caso di collocamento in struttura insistente in Distretto diverso da quello di residenza, prevedere che le successive rivalutazioni vengano svolte, in tutto o in parte, su rogatoria, dal Distretto di residenza della struttura.

Nel formulare la proposta di progetto personalizzato l'equipe di valutazione multidimensionale dell'U.V.I. individuerà in una fase successiva alla seduta U.V.I. la struttura RSA tenendo conto della libera scelta del cittadino e del principio di salvaguardia delle relazioni sociali, compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale. La scelta sarà sottoposta all'utente e al familiare che potranno optare per altra struttura, verificandone la disponibilità.

Il Direttore della struttura RSA che accoglie comunica l'avvenuto ingresso in struttura, entro 3 giorni dall'ammissione, alla P.U.A. e alla U.V.I. di residenza dell'utente e al Direttore del distretto in cui insiste la struttura, se diverso dal distretto di residenza dell'utente, per calendarizzare le rivalutazioni periodiche e per la realizzazione gestione delle fasi successive e per gli adempimenti relativi ai debiti informativi.

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.

Per l'utente già inserito in altri setting assistenziali (per es. cure domiciliari), per il quale si verificano le condizioni per collocamento in RSA, il case manager e il responsabile del caso hanno l'obbligo di avviare il percorso di accesso in RSA, attivando la P.U.A. e l'U.V.I. senza gravare gli oneri amministrativi sul diretto interessato e la famiglia. E' cura della P.U.A. raccogliere tutta la documentazione sociale e sanitaria utile allo scopo (es. SVAMDI, relazioni, scale di valutazione ecc.), informare l'utente o i famigliari/tutori della procedura e indicare la documentazione da produrre (ISEE).

Nel caso emerga la necessità di un ricovero temporaneo di sollievo, su richiesta dei familiari o del tutore al Direttore del Distretto corredata da richiesta di accesso con scheda A della S.Va.M.DI da parte del MMG, la U.O. distrettuale competente autorizza l'accesso in RSA, e ne dà comunicazione alla P.U.A. che dispone la valutazione multidimensionale per la dimissione ovvero la permanenza in RSA.

La rivalutazione periodica è fissata in 6 mesi dall'ammissione alla Unità di cura e comunque è effettuata ogni qualvolta le mutate condizioni del paziente richiedano una modifica sostanziale al progetto personalizzato e piano esecutivo.

Il Progetto assistenziale individualizzato

L'Unità di valutazione integrata distrettuale elabora il Progetto Assistenziale individualizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. L'U.V.I. individua il *Case manager o Responsabile del caso*, responsabile della attuazione del PAI, che riferisce all'U.V.I. sull'andamento dell'intervento.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato è comprensivo del progetto riabilitativo e socioriabilitativo individuale che descrive la valutazione delle capacità residue individuando i bisogni riabilitativi ed assistenziali connessi alla disabilità stabilizzata, la metodologia degli interventi e gli obiettivi raggiungibili.

rapporto al bisogno accertato:

- 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
- le competenze e funzioni del referente familiare
- competenze e responsabilità di spesa
- durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia 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 alle quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (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. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I., e se comportano una modifica del piano economico devono essere specificamente comunicate al Comune di residenza dell'utente e sottoposto alla U.V.I. per l'autorizzazione. Il direttore sanitario della struttura dovrà attivare il Direttore di distretto di residenza del paziente per avviare l'U.V.I. per l'aggiornamento del Progetto Assistenziale Individualizzato.

Copia del Progetto Assistenziale Individualizzato è conservata presso la P.U.A., l'U.V.I. e la struttura RSA in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, 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 l'U.V.I. e il case manager e comunicato all'U.O. Competente; esso descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, 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.

3.2 PROCEDURA DI ACCESSO IN DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA/PROGRAMMATA.

Per "dimissione protetta" si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di

passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro. Il processo delle dimissioni (a.o.r.n.) che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi famigliari, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta segue una procedura che ha lo scopo di sviluppare l'integrazione delle figure sanitarie ospedaliere e delle figure socio-sanitarie del territorio in un percorso unico di cura.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché dei tempi e degli strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso. In questa sezione è trattata la dimissione protetta da reparto di ricovero in RSA.

Fasi della dimissione protetta:

- Segnalazione/riciesta di ammissione in RSA-RD3
- Condivisione dell'utente/ care giver
- Valutazione multidisciplinare e multidimensionale
- Individuazione della RSA – RD3
- Redazione ed elaborazione del P.A.I. - piano di assistenza individualizzato
- Fornitura di presidi, ausili, farmaci
- Dimissione

Le fasi che compongono tale processo non sono da intendersi come fasi che si succedono temporalmente ma anche concomitanti.

Attori

- l'utente e familiari dell'utente-care giver
- Il direttore sanitario della struttura ospedaliera o il responsabile del reparto che dimette
- il case manager o responsabile del caso per paziente in cure domiciliari
- il direttore del distretto o suo delegato
- la Porta Unica di Accesso – P.U.A. e l'Unità di valutazione integrata -U.V.I.
- il referente sociosanitario del distretto sanitario
- medico di Medicina Generale –MMG
- assistente sociale dell'ambito/comune di appartenenza
- direttore della struttura RSA-RD3 che accoglie

La durata dei ricoveri in RSA-R3 in dimissione protetta, è di norma di 30 giorni.

I criteri clinici e assistenziali per la collocazione in RSA-RD3 in dimissione protetta sono quelli già descritti nel paragrafo DESTINATARI.

Per i soggetti in dimissione da un struttura di ricovero ospedaliero, l'individuazione di questo specifico setting per un periodo temporaneo non superiore a 30 giorni risulta appropriato nei seguenti casi:

- persona con disabilità valutata dall'equipe riabilitativa ospedaliera come non modificabile, non bisognevole quindi di riabilitazione intensiva o estensiva postacuta, con necessità di assistenza e privo di adeguato supporto familiare e domiciliare;
- soggetto che necessità di assistenza e riabilitazione post-acuta per il quale, a causa delle condizioni di salute, non è immediatamente possibile elaborare il relativo progetto

riabilitativo e che per le condizioni socioambientali non è immediatamente assistibile a rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero, ovvero le azioni necessarie alla valutazione per il trasferimento ad altro setting, ivi inclusa l'esigenza di permanenza in regime ordinario in RSA.

E' privilegiata comunque la dimissione dall'unità di ricovero al domicilio e solo se le condizioni socioambientali e le necessità assistenziali non lo consentono si ricorre alla dimissione in RSA. E' pertanto fondamentale verificare e valutare il supporto della rete sociale ed informale con appositi strumenti nella fase precedente alla dimissione.

Anche nel caso di dimissione programmata/protetta è necessaria la valutazione multidimensionale effettuata con strumenti ad hoc e con modulistica specifica in uso presso le strutture di ricovero che saranno aggiornati ed approvati con atti dedicati.

Nell'ambito della medesima ASL, le procedure per le dimissioni protette sono stabilite con appositi protocolli operativi e procedurali.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA.

Il direttore del reparto della struttura di ricovero, o suo delegato, accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali:

- convoca il paziente e la famiglia per informare della procedura di dimissione e verificata la impossibilità a dimettere a domicilio per la carenza di adeguato supporto familiare anche in relazione alla condizione clinica, avvia la procedura di dimissione programmata in RSA;
- invia al Direttore del distretto di residenza dell'utente e al referente distrettuale dell'integrazione sociosanitaria la proposta di ammissione in RSA-RD3 corredandola di relazione contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi e trattamenti farmacologici e terapeutici necessari;
- segnala eventualmente ai servizi sociali del comune di residenza.

Tale procedura può essere garantita con l'assistente sociale del presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

E' quindi necessario che ogni struttura di ricovero adotti misure organizzative per la rilevazione del bisogno e della situazione socio ambientale, nonché per la gestione della fase della dimissione.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente, ricevuta la richiesta dalla struttura ospedaliera di inserimento in RSA di un paziente in dimissione dall'ospedale:

- attiva l'U.V.I. e contestualmente individua la struttura RSA possibilmente nel distretto di residenza del paziente e ne richiede la disponibilità, entro 3 giorni 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. Nel 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'ammissione.
- acquisisce il parere favorevole del direttore sanitario della RSA;

- comunica il nome della RSA disponibile al direttore sanitario/responsabile clinico del caso
- il direttore del distretto emette autorizzazione al ricovero in RSA;
- per il soggetto con necessità di assistenza e riabilitazione post-acuta, per il quale, a causa delle condizioni di salute, non è possibile elaborare il relativo progetto riabilitativo e che non è immediatamente assistibile a domicilio, provvede agli adempimenti connessi al successivo accesso del paziente alla struttura di riabilitazione prescelta, previa implementazione del progetto riabilitativo sulla base della valutazione del bisogno riabilitativo.

La valutazione multidimensionale è effettuata con carattere di urgenza nei modi e nei luoghi descritti nel paragrafo dedicato; nel caso in cui non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il direttore del distretto, sulla base della relazione inviata dal direttore del reparto che dimette e con l'ausilio dei medici della U.O. distrettuale dispone il ricovero in RSA, con riserva di completare la valutazione multidimensionale entro 20 giorni dall'inserimento in struttura.

La fornitura dei farmaci almeno per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione 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.

Per farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, a cui non può provvedere il personale in organico alla RSA, la struttura che dimette concorda un protocollo operativo con il Distretto sanitario in cui insiste la struttura 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.

Nel caso in cui a seguito di valutazione periodica 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. Sarà cura del responsabile del caso avviare e definire le modalità di rientro al domicilio e disporre la presa in carico da parte dell'U.O. distrettuale e dell'èquipe operativa.

E' comunque compito del direttore del distretto sul quale insiste la struttura attivare protocolli per la dimissione programmata a domicilio 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 referente dell'integrazione sociosanitaria.

4. DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA

La prestazione residenziale 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 in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate. La durata dell'assistenza residenziale in RSA è strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione, oggetto di periodica valutazione multidimensionale per la verifica del

livello di bisogno del paziente nel tempo e dell'eventuale modifica delle condizioni di assistibilità a
dei quali è obbligatorio effettuare attraverso le U.V.I. un accurato aggiornamento della
valutazione clinico funzionale del paziente, oltre che la valutazione multidimensionale. Essa va
effettuata comunque periodicamente, almeno ogni sei mesi in caso di ricovero ordinario ed entro
i 20 giorni dall'ingresso in struttura in caso di ricovero temporaneo.

Tuttavia a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di
assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità
permanente.

Gli utenti in regime di ricovero temporaneo sono sottoposti a valutazione; nel caso di
necessità di prolungamento del ricovero per la sussistenza delle condizioni di cui ai criteri di
eleggibilità, prolungano la permanenza in struttura come indicato nel progetto personalizzato;
gli oneri finanziari a carico del SSn e dell'Utente/Comune sono definiti in sede di Valutazione
multidimensionale in U.V.I., secondo la percentuale di compartecipazione prevista per il tipo di
prestazione.

Dimissione e sospensione dei trattamenti

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- o Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Assistenziale Individualizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- o Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Assistenziale Individualizzato, o a seguito di mutate condizioni socio-sanitarie.
- o Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili.
- o Dimissione programmata a domicilio
- o Dimissione per decesso della persona assistita
- o Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

Durante la permanenza in RSA può verificarsi il rientro periodico a domicilio o la necessità di un ricovero temporaneo ospedaliero, e per tali periodi l'assistenza è temporaneamente sospesa. L'evento è registrato nel flusso informativo ministeriale FAR Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale-di seguito trattato. In questi casi il posto letto è conservato per un massimo di 7 giorni.

5.MONITORAGGIO

Le prestazioni residenziali sono monitorate attraverso i flussi informativi correnti attualmente in uso, che seguono regole specifiche per il conferimento e popolamento dei dati:

- modello ministeriale di rilevazione NSIS "STS 24" riquadro G,
- flusso regionale SANIARP/FAR ,secondo le indicazioni regionali
- File H, ad uso della Regione Campania per il monitoraggio delle prestazioni

E' obbligo delle AA.SS.LL. conferire i dati relativi alle prestazioni residenziali per disabili adulti non autosufficienti erogate direttamente attraverso proprie RSA o attraverso strutture



private in regime di accreditamento. Tanto per il monitoraggio dell'appropriatezza e dei vincoli 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 S10 e S11, mentre per il flusso regionale FAR occorre utilizzare il codice prestazione RD3.

E' obbligo sia per le strutture pubbliche sia per le strutture private accreditate alimentare il flusso regionale File H.

6. STRUMENTI OPERATIVI

Cartella e diario

Presso la RSA è custodita la cartella personale dell'utente a disposizione dell'Equipe operativa della struttura e del personale dell'ASL e del Comune/ambito per verifiche e monitoraggio del progetto assistenziale.

In tale cartella sono raccolti:

- dati personali e anamnestici del paziente
- il progetto personalizzato comprensivo di progetto riabilitativo
- 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.

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, per ogni modulo che la compone, 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

Per ciascun modulo 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

Regolamento interno

Il regolamento interno della RSA, a 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 riservatezza, 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;
- 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 relativi trattamenti di riabilitazione;
 - 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.

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 previsti dal presente regolamento, 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 delle 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,

Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico.

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.

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 e i Servizi Sociali del Comune o l'Ufficio di Piano 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.

Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL e all'Ufficio Servizi Sociali del Comune o all'Ufficio di Piano dell'Ambito, secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al 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 predisporre, avvalendosi del referente per l'integrazione sociosanitaria e il responsabile della u.o. distrettuale, prevedendo il coinvolgimento del MMG e dell'assistente sociale del comune di residenza del paziente

8. ORGANICO e TRATTAMENTI EROGATI IN RSA PER DISABILI ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

8.1 Figure professionali

Le Unità di Cura RSA – RD3 devono essere dotate delle seguenti figure professionali ciascuna in numero variabile in relazione al numero e alla tipologia degli ospiti:

- Assistente sociale responsabile delle attività sociali

- Terapisti occupazionali
- Educatori professionali
- Animatori di Comunità
- OSS, OSA, ciascuno per i compiti specifici della qualifica di appartenenza
- Assistente sociale

Deve essere individuato un responsabile della struttura e un Medico con funzioni di direttore sanitario.

La struttura deve essere dotata di idoneo personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e specialistica erogabile dal servizio 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 le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle RRSSAA.

8.2 TRATTAMENTI EROGATI IN RSA PER DISABILI ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

Agli ospiti della RSA-Rd3 devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona, allo sviluppo e/o mantenimento di abilità sociali, al mantenimento e consolidamento delle abilità acquisite e al contrasto di riacutizzazioni e regressioni, in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

Per le prestazioni indicate 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 di programmi predisposti dall'unità di valutazione integrata e devono rientrare nei progetti 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, 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.

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.

Per i pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi lievi, il trattamento farmacologico è prescritto e monitorato con l'ausilio del Centro di disturbi cognitivi e demenze competente.

c) 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.

d) prestazioni di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico: l'assistenza generica alla persona 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 mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

e) Attività sociali

Esse 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);
- programmazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
- coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari;
- 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, attività ludiche, prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;

f) 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 e etc., assistenza sociale al nucleo familiare.

g) prestazioni fisioterapiche, socioriabilitative e riabilitative: sono finalizzate al mantenimento delle abilità acquisite e al rallentamento della perdita di funzioni e abilità, alla prevenzione terziaria ed al contrasto di riacutizzazioni e regressioni, allo svolgimento delle comuni attività

quotidiane nonché alla rieducazione psico-sociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, confronti delle persone totalmente non autosufficienti, con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto.

h) consulenza e controllo dietologico: comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti a carico dell'ASL;

i) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione se necessarie;

l) prestazioni di tipo alberghiero comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;

m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;

n) attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, stili di vita salutari e utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia.

o) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della RSA.

Eventuali prestazioni non previste dal progetto individuale, vanno concordate all'interno dell'U.V.I. e successivamente autorizzate. Sono escluse le prestazioni che si rendano necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico, le quali sono comunicate all'U.V.I.

Inoltre, agli ospiti delle RSA, sono assicurate prestazioni odontoiatriche alle condizioni previste per la generalità dei cittadini e l'intervento del podologo.

Sono, altresì, assicurate:

- a) prestazioni di cura personale (barbiere parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

Tutte le prestazioni sanitarie nei confronti degli ospiti sono assicurate dall'ASL o sono comunque a carico del SSN. Le RSA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la realizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

Compiti del direttore di distretto

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 nella richiesta del Distretto di residenza del paziente, dispone che le UU.OO. Distrettuali preposte assicurino l'eventuale fornitura dei dispositivi medici monouso e di protesi, ortesi ed ausili previsti nell'ambito del progetto assistenziale riabilitativo, 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

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 necessario senza ulteriore aggravio per la famiglia e duplicazione di iter burocratico.

Inoltre, oltre a definire come già indicato il protocollo e la procedura per la dimissione protetta /programmata a domicilio, definisce altresì 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. e AORN vicini.

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	A.S.L. Le prestazioni di medicina specialistica sono garantite dal personale proprio dell'asl o con protocolli stipulati dall'A.S.L. con P.O./A.O.R.N. vicini*
c) infermieristiche	Struttura con personale interno +. in caso di urgenza e nelle ore notturne con personale A.S.L.
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno
e) attività sociali	Struttura con personale interno
f) assistenza sociale	Servizi sociali territoriali e personale interno
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
i) sostegno psicologico, riabilitazione cognitiva	Struttura con personale interno + ASL*
l) alberghiere	Struttura con personale interno
m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione con l'ambiente	Struttura con personale interno
n) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie esterne	Struttura con personale interno

**ALLEGATO 1
PARTE 4
RSA-R2D**

Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) per adulti non autosufficienti affetti da disturbi cognitivi e demenze Unità di cura R2D. Criteri di accesso e di eleggibilità

1. DESCRIZIONI E FINALITÀ.

L'Unità di cura residenziale extraospedaliera, classificata R2D è deputata ad erogare trattamenti residenziali di cura e mantenimento funzionale, di natura medica, infermieristica e riabilitativa; i trattamenti, caratterizzati da un alto livello di complessità non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono erogati a favore di adulti con patologie neurodegenerative e disturbi cognitivi e demenze anche in fase acuta, e che richiedono un elevato livello di tutela sanitaria, 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 e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare e di riorientamento in ambiente protesico, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per la NA, nutrizione enterale e parenterale protratta, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, assistenza protesica, dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver.

La RSA per disturbi cognitivi e demenze è una unità di cura intermedia per il trattamento estensivo persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento e/o dell'affettività di livello significativo non gestibili con altre modalità assistenziali, anche non deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo.

I trattamenti R2D sono interamente a carico del sistema sanitario nazionale, come definito dal comma 2 art 30 del d.p.cm. del 12.1.2017, per un periodo di norma di 60 giorni.

La RSA disturbi cognitivi e demenze è uno dei nodi assistenziali della rete della non autosufficienza e del percorso di cura dei soggetti affetti da disturbi cognitivi e comportamentali, garantendo la continuità assistenziale nel regime residenziale tra ospedale, territorio e domicilio ed è funzionalmente collegata mediante protocolli operativi definiti dalle Aziende Sanitarie anche per le dimissioni programmate/protette per gli invii da altri setting assistenziali territoriali.

Essa è *preferibilmente* allocata in prossimità di CDCD-Centro di disturbi cognitivi e demenze, laddove possibile al suo interno, se trattasi di strutture di natura pubblica, collegata ed inserita nella rete dei servizi per le demenze e i disturbi cognitivi, o comunque funzionalmente

collegata mediante protocolli operativi definiti dai distretti sanitari/asl CDCD⁴.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei della durata massima di 30 giorni con le modalità successivamente indicate. Anche per tale tipologia di ricovero, successivamente descritta, gli oneri della compartecipazione sono a carico del SSN.

assistenziale necessario in relazione ai bisogni e alle condizioni di bisogno e di dipendenza dei pazienti, al fine di garantire adeguata assistenza; nella struttura RSA coesistono preferibilmente l'unità di cura R2D e Unità di cure RSA per non autosufficienti e cronici classificata R3.

Comunque, nel caso di coesistenza nella medesima struttura RSA dell' Unità di cura R2D con altre tipologie di Unità di cura, deve essere garantita la separazione dei diversi setting assistenziali.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei della durata massima di 30 giorni con le modalità successivamente indicate. Anche per tale tipologia di ricovero, successivamente descritta, gli oneri della compartecipazione sono a carico del SSN.

2. DESTINATARI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI AFFETTI DA DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI

In RSA disturbi cognitivi-R2D sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico, formulazione del p.a.i., soggetti adulti affetti da disturbi cognitivi nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a severi disturbi del comportamento e/o dell'affettività non assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità.

Le persone arruolabili in R2D presentano un quadro clinico di compromissione delle funzioni cognitive e necessitano di alto livello di assistenza sanitaria (medico, infermieristico, riabilitativo), trattamenti farmacologici, elevato livello di assistenza tutelare.

I soggetti arruolabili in questo setting hanno necessità di un trattamento estensivo costituito dall'associazione del trattamento farmacologico con terapia di riabilitazione cognitiva ed occupazionale non erogabili in altri setting assistenziali; presentano contestualmente anche le seguenti caratteristiche:

1. condizioni funzionali compromesse tali da determinare la completa o parziale non autosufficienza
2. condizioni sanitarie caratterizzate da comoborsità tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
3. condizioni socio-ambientali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
4. condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio o il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute o l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;

All'interno della RSA -R2D sono garantiti anche i ricoveri temporanei che rispondono ad un bisogno temporaneo o programmato di assistenza per un massimo di 30 giorni all'anno:

⁴ L'indicazione operativa per le AA.SS.LL. È di istituire un polo per la presa in carico per le demenze comprensivo di Centro disturbi cognitivi e demenze, Unità di cura R2D e Centro diurno dedicato alla presa in carico dei soggetti con demenze



assistenza.

- soggetti ricoverati per altri episodi di cura non necessariamente collegati alla demenza e dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, che presentino un quadro clinico di compromissione delle funzioni cognitive e non sono immediatamente assistibili a domicilio o in altri setting, che necessitano di assistenza medica, trattamenti farmacologici, riabilitazione cognitiva.

3. ACCESSO IN RSA -R2D

L'accesso alla RSA per pazienti affetti da demenze e disturbi comportamentali è effettuata, al pari della altre tipologie di assistenza residenziale a seguito di valutazione multidimensionale che consente la definizione del progetto socio-sanitario personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo e di indicazioni relative al trattamento farmacologico.

L'accesso avviene sulla base di un progetto assistenziale individuale formulato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale territoriale attivata dall'ASL di residenza, in accordo con il responsabile della struttura che accoglie; il Centro di disturbi cognitivi e demenze-CDCD territorialmente competente partecipa all'Unità di valutazione multidimensionale.

Esso avviene su istanza dei servizi sanitari di tipo territoriale- compreso il Centro di disturbi cognitivi e demenze- od ospedaliero che hanno già in carico l'utente, su richiesta del familiare, del MMG, dei servizi sociali per dimissione protetta/programmata,

Il paziente può accedere a questo setting da ospedali per acuti, strutture post-acuzie, domicilio, da altro setting assistenziale.

Trattandosi di uno dei nodi della rete assistenziale per le demenze, che il CDCD territoriale deve presiedere e monitorare e poichè le condizioni mediche, cliniche di questa tipologia di utenti non consentono di seguire l'iter amministrativo già definito per l'accesso alle altre tipologie di setting residenziali, il ricovero in R2D può essere disposto direttamente, in casi accertati di urgenza direttamente dal CDCD.

Ne consegue che il direttore del distretto e il responsabile del CDCD territoriale di riferimento per la presa in carico dell'utente, devono seguire parimenti le fasi di segnalazione, valutazione, accesso in R2D. L'ingresso 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.

Occorre prevedere la rivalutazione ad ogni modifica delle condizioni del paziente e comunque non oltre un mese dall'ingresso d'urgenza in struttura.

Per le persone adulte non autosufficienti con demenze/disturbi cognitivi il centro di disturbi cognitivi e demenze-CDCD è competente per la presa in carico, ha la regia operativa del percorso assistenziale/PDPA, con compiti di monitoraggio del percorso stesso e della presa in carico ed è responsabile del caso attraverso i medici specialisti che in esso confluiscano.

3.1 PROCEDURA DI ACCESSO

In caso di accesso in R2D, la **procedura prevede:**

- richiesta di accesso
- proposta di ammissione

- valutazione multidimensionale

- formulazione del piano esecutivo
- attivazione u.v.i. per le fasi successive

L'auspicio è che l'utente da inserire in R2D sia già in carico ai servizi sociosanitari o sanitari e al Centro disturbi cognitivi e demenze-CDCD, che ne disponga il ricovero in R2D, in questo caso sarà il CDCD ad attivare la rete dei servizi per l'accesso alla RSA-R2D.

Nell'ipotesi in cui ciò non avvenga, la richiesta di accesso è formulata alla P.U.A., oltre che dal CDCD come già detto, da:

- da un familiare,
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO distrettuali etc; strutture residenziali, altro)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.
- MMG

La richiesta deve essere effettuata attraverso la specifica modulistica e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la richiesta
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico

In questo caso la P.U.A. dovrà contestualmente attivare il percorso integrato per la presa in carico e la valutazione multidimensionale e inviare la richiesta al CDCD competente che nel caso in cui l'utente non sia ancora in carico -provvederà anche ad individuare.

Il CDCD, competente, valutate le condizioni cliniche, provvede alla formulazione della proposta di ammissione, in raccordo con il MMG, raccogliendo il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato /tutore (vedasi il D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101). La proposta di ammissione sarà naturalmente corredata dalla scheda B della S.V.A.M.A.

Si ricorda che in tutti i casi in cui la segnalazione di accesso ad un servizio sociosanitari non sia effettuata dal diretto interessato è necessario acquisire la liberatoria affinché la P.U.A. ed U.V.I. possono operare il processo di integrazione socio sanitaria.

La valutazione multidimensionale a cura delle U.V.I. E del CDCD e criteri di accesso

Il Direttore del Distretto Sanitario di residenza del cittadino attiva l'U.V.I., per la valutazione multidimensionale e la definizione del PAI per l'ingresso in RSA.

La valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata del distretto di residenza del paziente nella quale confluisce in questo caso il CDCD attraverso i referenti clinici/case manager del caso già individuati tra i medici componenti il CDCD, se

La valutazione multidimensionale, che di norma deve avvenire entro 20 giorni dalla richiesta di accesso, attraverso la redazione da parte dell'U.V.I. del Progetto Assistenziale Individualizzato e del piano esecutivo, condiviso e sottoscritto dall'assistito/familiare/tutore, nel caso di utenti affetti da demenze associate a disturbo menisco e comportamentale, può avvenire in urgenza entro le 48 ore dalla richiesta, al fine di non interrompere la continuità delle cure e per avviare tempestivamente i trattamenti di natura farmacologica e riabilitativa. La valutazione deve concludersi con la redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a cui segue il Piano esecutivo redatto dopo l'inserimento in RSA.

La U.V.I. svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- programma la rivalutazione periodica
- aggiorna o modifica il Progetto Assistenziale Individualizzato in sede di rivalutazione in relazione agli esiti e ai risultati conseguiti

La valutazione multidimensionale, effettuata con la scheda S.VA.M.A. - approvata con dgrc 323/2012 e s.m.i. - è articolata in:

- valutazione sanitaria
- valutazione specialistica
- valutazione sociale
- sintesi attività valutativa
- rilevazione dei bisogni/necessità assistenziali.

L'accesso in R2D e si accompagna ad una accurata valutazione neuropsicologica effettuata con test cognitivi, valutazione psicocomportamentale con approccio clinico e con scale standardizzate, che saranno utilizzati anche in fasce di follow-up per il monitoraggio e verifica degli esiti del trattamento farmacologico e riabilitativo e delle comorbidità con scale e strumenti specifici.

Nel caso di soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze, ai soli fini della valutazione multidimensionale in U.V.I, i profili di autonomia derivanti dalla valutazione multidimensionale effettuata con la S.Va.M.A. sono di supporto all'individuazione di questo setting quale setting appropriato. Dirimente comunque per l'ingresso in R2D è il punteggio VCOG=4 per qualsiasi punteggio SPMSQ, come da scheda B della S.Va.M.A.

Tutte le 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 ASL di residenza, che può

prevedere che le successive rivalutazioni vengano svolte, in tutto o in parte, su rogatoria, dal

Nel formulare la proposta di Progetto Assistenziale Individualizzato a seguito di valutazione multidimensionale, il CDCD in raccordo con l'équipe di valutazione multidimensionale dell'U.V.I. individuerà la struttura RSA tenendo conto disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale cercando di salvaguardare le relazioni sociali dell'utente e il principio della scelta del cittadino.

Il Direttore della struttura RSA che accoglie, comunica l'avvenuto ingresso in struttura entro 3 giorni dall'ammissione alla P.U.A. e alla U.V.I. di residenza dell'utente che deve calendarizzare le rivalutazioni periodiche e per la realizzazione gestione delle fasi successive. Il responsabile U.V.I. avrà cura, in raccordo con il direttore della struttura che accoglie, di informare i familiari tempestivamente sulla necessità di produrre la documentazione ISEE da utilizzare in sede di valutazione della 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 dovrà essere resa disponibile anche ai CDCD regionali, in modalità che saranno individuate.

Per l'invio di soggetti con demenze/disturbi cognitivi il CDCD, centro di disturbi cognitivi e demenze, è competente per la presa in carico, ha la regia operativa del percorso assistenziale/PDTA, con compiti di monitoraggio del percorso stesso e della presa in carico ed è responsabile del caso attraverso i medici specialisti che in esso confluiscono.

Per l'utente già inserito in altri setting assistenziali (per es. cure domiciliari), per il quale si verificano le condizioni per collocamento in RSA-R2D, il case manager e il responsabile del caso hanno l'obbligo di avviare il percorso di accesso in R2D, coinvolgendo sempre il CDCD, se non già coinvolto, attivando la P.U.A. e la U.V.I. senza gravare gli oneri amministrativi sul diretto interessato e la famiglia. E' cura della P.U.A. raccogliere tutta la documentazione sociale e sanitaria utile allo scopo. (es. S.Va.M.A., relazioni, scale di valutazione, altro), informare l'utente o i familiari/tutori dell'iter procedurale.

La rivalutazione periodica è fissata in 30 giorni dall'ammissione alla Unità di cura e comunque è effettuata ogni qualvolta le mutate condizioni del paziente richiedano una modifica sostanziale al Progetto Assistenziale Individualizzato e piano esecutivo.

Entro il termine dei 60 giorni -durata del ricovero in Unità di cura R2D- il paziente è sottoposto a valutazione per la verifica degli esiti e l'invio ad altra tipologia di assistenza ovvero per la permanenza in R2D secondo quanto di seguito.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato

L'Unità di valutazione integrata distrettuale elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità

dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori
l'U.V.I. sull'andamento dell'intervento. Qualora il CDCD territoriale non fosse istituito/attivo si
provvede come di norma ad individuare il case manager nell'U.O. Competente.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato nel caso di ammissione in R2D deve definire
esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto al bisogno accertato:

- Ω ① le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- ℳ ① le competenze e funzioni del referente familiare
- Ω ① competenze e responsabilità di spesa
- ℳ ① durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale
- × ① le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- Υ ① Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al Progetto Assistenziale Individualizzato
- ≡ ① fornitura di presidi, ausili, farmaci e materiali vari
- ⋈ ① progetto riabilitativo in ordine alla riabilitazione cognitiva, alla terapia occupazionale, al riorientamento e al trattamento dei disturbi comportamentali

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. Tutte le proposte di modifica
strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I. Il direttore della struttura/responsabile
sanitario dovrà attivare il Direttore del Distretto di residenza del paziente per avviare l'U.V.I. per
l'aggiornamento del Progetto Assistenziale Individualizzato.

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 conservata 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 il CDCD; esso descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, 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;
- dettagliato piano del trattamento farmacologico
- progetto riabilitativo in ordine alla riabilitazione cognitiva, alla terapia occupazionale, al riorientamento e al trattamento dei disturbi comportamentali
- 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 dagli erogatori con riferimento al Progetto
- Il piano esecutivo è inviato all'U.V.I. e al CDCD per il monitoraggio e la verifica

Della prescrizione, fornitura dei farmaci è responsabile il CDCD che ne monitora l'andamento e effettua follow-up, anche in relazione all'applicazione corretta delle note AIFA e al monitoraggio della prescrizione, predisponendone anche il monitoraggio attraverso i flussi informativi ministeriali e regionali correnti

Nel caso siano necessari accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici che devono obbligatoriamente essere effettuati in ambiente ospedaliero, il paziente inserito comunque nel PDTA demenze ha l'accesso prioritario ai servizi e il CDCD che ne monitora la presa in carico per conto del direttore del Distretto si attiva per garantire la prestazione specialistica/diagnostica, garantendo un accesso preferenziale ed il trasporto in autolettiga a carico del distretto/ASL.

3.2 PROCEDURA DI ACCESSO IN DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA/PROGRAMMATA.

Per “dimissione protetta” si intende **l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro**. Il processo delle dimissioni protette richiede un'attenta programmazione, un **coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento**, in questo caso il reparto ospedaliero (casa di cura, p.o., a.o.r.n.) che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere **una dimissione programmata**, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi familiari, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta segue una procedura che ha lo scopo di sviluppare l'integrazione delle figure sanitarie ospedaliere e delle figure socio-sanitarie del territorio in un percorso unico di cura.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché dei tempi e degli strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso. In questa sezione è trattata la dimissione protetta da reparto di ricovero in RSA

Fasi della dimissione protetta:

- **Segnalazione/richiesta di ammissione in Rsa-R3.**
- **Condivisione dell'utente/ care giver**
- **Valutazione multidisciplinare e multidimensionale**
- **Individuazione della RSA –R2D**
- **Redazione ed elaborazione del P.A.I.-piano di assistenza individualizzato**
- **Fornitura di presidi, ausili, farmaci**
- **dimissione**

Attori

- **l'utente** e familiari dell'utente-care giver
- Il direttore sanitario del p.o./aorn o caposala del reparto che dimette
 - 1 . case manager o il responsabile del caso
 - 2 . CDCD territorialmente competente
- 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
- Medico di Medicina Generale –MMG
- assistente sociale dell'ambito/comune di appartenenza
- direttore della struttura RSA-R2d che accoglie

La durata dei ricoveri in RSA-R2d in dimissione protetta, è di norma di 30 giorni.

I Criteri clinici e assistenziali per la collocazione in RSA-R2d in dimissione protetta sono quelli già descritti per paragrafo DESTINATARI.

Accedono al ricovero in RSA-R2D in dimissione protetta soggetti dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, anche case di cura, non immediatamente assistibili a domicilio, con o senza attivazione delle cure domiciliari, e che necessitano di assistenza e riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute o delle condizioni socioambientali non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo. Nel periodo di permanenza in RSA-R2D, 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).

Anche nel caso di dimissione programmata/protetta è necessaria la valutazione multidimensionale effettuata con strumenti ad hoc e con modulistica specifica in uso presso le strutture di ricovero che saranno aggiornati ed approvati con atti dedicati.

Nell'ambito della medesima ASL, le procedure per le dimissioni protette sono stabilite con appositi protocolli operativi e procedurali.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA.

Il direttore del reparto - o suo delegato della struttura di ricovero- accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali:

- convoca il paziente/ la famiglia per informare della procedura di dimissione e verificata la impossibilità a dimettere a domicilio per ragioni legate alla condizione clinica, avvia la procedura di dimissione programmata in RSA-R2D;

- invia al Direttore del distretto di residenza dell'utente e al CDCD la proposta di ammissione in RSA-R2D corredandola di relazione e contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi, e trattamenti farmacologici e terapeutici necessari;

Tale procedura può essere garantita con l'assistente sociale del presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente, ricevuta la richiesta dalla struttura ospedaliera di inserimento in RSA di un paziente in dimissione dall'ospedale:

-attiva l'U.V.I. e contestualmente individua la struttura RSA possibilmente nel distretto di residenza del paziente e ne richiede la disponibilità, entro 3 giorni 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. Nel 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 della struttura che dimette e all'utente e garantisce il trasferimento del paziente in struttura.

-il direttore del distretto emette autorizzazione al ricovero.

La valutazione multidimensionale è effettuata con carattere di urgenza nei modi e nei luoghi descritti nel paragrafo dedicato; nel caso in cui non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il direttore del distretto, sulla base della relazione inviata dal direttore del reparto che dimette e con l'ausilio dei medici della U.O. distrettuale dispone il ricovero in RSA, con riserva di completare la valutazione multidimensionale entro 20 giorni dall'inserimento in struttura.

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.

Della prescrizione, dei Farmaci specifici e del monitoraggio del loro utilizzo è il CDCD, della fornitura a pazienti collocati in R2D è il direttore del distretto.

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, il quale Distretto garantisce il personale qualificato per la somministrazione del farmaco individuato nel piano terapeutico.

4. DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA

La prestazione residenziale 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 Alzheimer, cure domiciliari integrate....) in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Il responsabile del CDCD territoriale⁵ al quale la RSA fa riferimento, in raccordo con la U.V.I. competente avrà cura di definire modi, tempi di valutazione multidimensionale e di eventuale conferma del ricovero in struttura

Entro il termine dei 20 giorni del ricovero temporaneo, gli utenti sono sottoposti a valutazione e nel caso di necessità di prolungamento del ricovero e di persistenza delle condizioni, gli oneri finanziari sono a carico del SSN.

Il ricovero in Rsa -R2D di norma non è superiore ai 60 giorni, salvo diverse e motivate determinazioni scaturite in sede di rivalutazione multidimensionale e comunque secondo i tempi previsti dal pdta/percorso integrato per soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze.

I costi del ricovero in R2D sono a carico del SSN per una durata di norma pari a 60 giorni.

A causa dell'elevato impegno sanitario e in virtù di un fabbisogno assistenziale ridotto e in relazione della natura altamente riabilitativa delle prestazioni erogate, è richiesto un elevato turn over di posti letto onde facilitare l'accesso ai pazienti di nuova diagnosi.

Tuttavia, a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità fino ad un massimo di ulteriori 12 mesi, oltre i 60 giorni individuati quale durata di norma, solo se supportata e basata da evidenze cliniche, da condizioni cliniche misurate con gli strumenti di valutazione multidimensionale e le scale cliniche specifiche e se definita in sede di valutazione multidimensionale effettuata in raccordo con il CDCD.

In questo caso il trattamento è remunerato con una tariffa ridotta del 20% rispetto alla tariffa piena.

Entro i 12 mesi, si procede Valutazione multidimensionale in U.V.I. e sempre in raccordo con il CDCD per la dimissione ad altro setting assistenziale (RSA -R3; cure domiciliari, ambulatorio, Centro diurno Alzheimer, altro) .

In caso di impossibilità alla dimissione dall'Unità di cure R2D, in sede di U.V.I. si procederà alla determinazione degli oneri a carico a carico del Comune/Utente, che, trattandosi di lungodegenza, sono pari al 50% della tariffa prevista. Pertanto sarà cura del Direttore della Struttura concordare informare i familiari delle necessità di produrre all'atto della dimissione i documenti necessari alla definizione degli oneri (ISEE) utili in sede di U.V.I.

Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriata clinica. E pertanto il ricovero protratto è ammesso esclusivamente se vi è l'impossibilità oggettiva all'invio ad altri setting. In ogni caso, è ammesso solo per il 10% dei 20 posti letto del modulo Unità di cure R2D, nell'impossibilità accertata ad inviare in altri setting assistenziali quali R3, Cure domiciliari.

⁵ Se non è presente un ccd territorialmente di competenza nelle more della sua attivazione, si fa riferimento all'U.V.A. Territorialmente competente o all'U.O. Anziani/geriatria.

Occorre prevedere la rivalutazione ad ogni modifica delle condizioni del paziente e
n. 95 del 19 Dicembre 2018
PARTE I
Atti della Regione
2d
adenzza trimestrale. In ogni caso, anche ai fini della corretta alimentazione dei
i la ri-valutazione delle condizioni che deter
va effettuata in unità di valutazione e registrata mediante il flusso FAR.

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 U.V.I
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Assistenziale Individualizzato, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili.
- Dimissione programmata a domicilio
- 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 periodica 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. Sarà cura del responsabile del caso avviare e definire le modalità di rientro al domicilio e disporre la presa in carico da parte dell'U.O. distrettuale e dell'èquipe operativa.

E' comunque compito del direttore del distretto sul quale insiste la struttura attivare protocolli per la dimissione programmata a domicilio 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 referente dell'integrazione sociosanitaria. Durante la permanenza in RSA può verificarsi la necessità di un ricovero temporaneo ospedaliero, e per tali periodi l'assistenza è temporaneamente sospesa. L'evento è registrato nel flusso informativo ministeriale FAR Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale-di seguito trattato. In questi casi il posto letto è conservato per un massimo di 7 giorni.

5. MONITORAGGIO

Le prestazioni residenziali per adulti persone affette da disturbi cognitivi e demenze sono monitorate attraverso i flussi informativi correnti attualmente in uso, che seguono regole specifiche per il conferimento e popolamento dei dati:

- 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. e ii.

- File H, ad uso della Regione Campania per il monitoraggio delle prestazioni.

E' obbligo delle AA.SS.LL. conferire i dati relativi alle prestazioni residenziali per adulti non autosufficienti erogate direttamente attraverso proprie RSA o attraverso strutture private in regime di accreditamento. Tanto per il monitoraggio dell'appropriatezza e dei vincoli economico finanziari.

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 oltrech  del Ministero della salute.

Ai fini della corretta alimentazione dei flussi   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   S09, mentre per il flusso FAR occorre utilizzare il codice prestazione R2D.

E' obbligo sia per le strutture pubbliche sia per le strutture private accreditate alimentare il flusso regionale File H.

6. STRUMENTI OPERATIVI DELLE UNITA' DI CURA

Cartella e diario

Presso la RSA   custodita la cartella personale dell'utente a disposizione dell' quipe Operativa della struttura e del personale dell'ASL e del Comune/ambito per verifiche e monitoraggio del progetto assistenziale.

In tale cartella sono raccolti:

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

Il diario deve riportare la data di ingresso in struttura, gli interventi realizzati, le prestazioni garantite, le consulenze e le visite mediche, accertamenti effettuati, nonch  gli episodi di cura e presa in carico rilevanti.

All'atto della dimissione il diario unico va completato mediante la compilazione della Scheda di Dimissione con la valutazione degli esiti e gli outcome raggiunti.

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

Registro delle consegne

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 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.

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 riservatezza, 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;
- 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

- a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
- 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;
- e) 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.

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:

- a) 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.
- b) le norme igienico-sanitarie;
- c) le finalità degli interventi;
- d) 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;
- e) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- f) 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.
- g) 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.

La Carta dei servizi

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.

7. VIGILANZA E CONTROLLO

Le AASSLL effettuano controlli sulle RRSSAA. -R2D 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 e i Servizi Sociali del Comune o l'Ufficio di Piano del Distretto 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.

Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al 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 referente per l'integrazione sociosanitaria e il responsabile della u.o. distrettuale, prevedendo il coinvolgimento del MMG e dell'assistente sociale del comune di residenza del paziente

8. ORGANICO

8.1 Figure professionali

- Assistente sociali con funzioni di responsabile della attività sociali
- Psicologo
- Infermieri.
- Fisioterapisti.
- Terapisti occupazionali.
- OSS, OSA ciascuno per i compiti propri della qualifica di appartenenza.
- Animatori di Comunità.
- Neuropsichiatra
- Medico specialista neurologo
- Medico specialista geriatra
- Assistente sociale

Deve essere individuato un responsabile della struttura e un Medico con funzioni di direttore sanitario.

La struttura deve essere dotata di idoneo personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e di continuità assistenziale, assistenza specialistica, erogabile dal servizio 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 le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle RR.SS.AA.

8.2 TRATTAMENTI EROGATI IN RSA PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZE E DISTURBI COGNITIVI

Agli ospiti delle RSA - R2D 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, o rallentamento possibile del deterioramento delle capacità funzionali o al contrasto di riacutizzazioni e regressioni in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

I trattamenti erogati in Unità di cura R2D sono prevalentemente

- trattamenti farmacologici
- trattamento di riabilitazione, ivi compresa la riabilitazione neurocognitiva
- trattamenti medici
- assistenza infermieristica ed aiuto tutelare

persona e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'assistenza e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la consulenza generica e la collaborazione con le altre figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal piano individuale e, per le RSA anche la mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

- Attività sociali

1. Sono garantite dal personale in servizio presso la RSA, dotato di idonea qualifica professionale (assistente sociale) e consistono in:
2. -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);
3. -programmazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
4. -coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari;
5. -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, attività ludiche, prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;

- Interventi psicosociali. Negli interventi orientati alla cognitività sono incluse le tecniche di stimolazione cognitiva e di attivazione comportamentale, arricchimento sociale con lo scopo di mantenere le capacità cognitive e le abilità. Sono trattamenti combinati al trattamento farmacologico, sono eseguiti dai terapisti della riabilitazione, dallo psicologo, dal terapeuta occupazionale, dall'animatore

- 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.

- prestazioni fisioterapiche e riabilitative, comprese le prestazioni di riabilitazione neurocognitiva, comportamentale.

Sono finalizzate al mantenimento delle abilità e al rallentamento della perdita di funzioni e abilità per effetto dell'invecchiamento o della patologia, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti); dette prestazioni comprendono inoltre la prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei

Le modalità dell'intervento terapeutico di riabilitazione cognitiva per i pazienti con demenza prevedono approcci aspecifici e globali, oppure specifici con tecniche orientate al trattamento di singole funzioni cognitive. L'intervento aspecifico può essere effettuato con l'utilizzo di tecniche validate come la terapia di Validazione, la terapia della Reminiscenza, la Terapia di Ri-orientamento della realtà (ROT), la Cognitive Stimulation Therapy (CST) e la Terapia Occupazionale (TO). Le ultime tre sono le più utilizzate, e per le quali esistono protocolli operative già diffusi e validati. Tali prestazioni sono garantite garantiti con il personale interno alla struttura e eventualmente con la integrazione del personale già utilizzato per i CDCD, nell'ambito del PDTA demenze.

Tale tipologia di prestazioni sono comunque garantite in raccordo e con la regia del CDCDC di riferimento e della sua équipe di riferimento. L'intervento specifico si riferisce a trattamenti dedicati a singole funzioni cognitive e si avvale sia di metodi "carta e penna", che di strumenti informatici con programmi di riabilitazione cognitiva al computer la cui efficacia si sta dimostrando sempre maggiore dando un valore aggiunto all'intervento. Il trattamento di riabilitazione cognitiva prevede un approccio terapeutico individualizzato, dove la collaborazione tra più figure professionali (medico specialista, psicologo, terapeuta occupazionale, ecc) realizza il piano di intervento sulla base delle caratteristiche cliniche e cognitive del paziente. Si esegue congiuntamente all'animazione e terapia occupazionale.

- Attività di mobilitazione prevenzione dei decubiti e delle sindromi da allettamento , compresa le attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, gli stili di vita salutari ed utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia
- 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;
- prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, nonché tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione, concorso nella verifica dell'attuazione del progetto individuale
- prestazioni di tipo alberghiero: comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine
- Attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, gli stili di vita salutari ed utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia

- trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni

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 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:

- a) prestazioni di cura personale (barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

Tutte le prestazioni sanitarie nei confronti degli ospiti sono assicurate dall'ASL o sono comunque a carico del SSN. Le RRSSAA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la razionalizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

Compiti del direttore di distretto

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 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.

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 duplicazione di iter burocratico.

Inoltre, oltre a definire come già indicato il protocollo e la procedura per la dimissione protetta /programmata a domicilio, definisce altresì 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., aorn vicini.

Compiti del CDCD

Il CDCD distrettuale è il luogo della presa in carico del soggetto con diagnosi di demenza e della sua famiglia e si caratterizza per una forte integrazione con l'organizzazione distrettuale; al Centro accedono i pazienti nelle fasi moderate e severe di malattia.

accompagnamento, eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, accesso ai presidi e ausili protesici, assistenza domiciliare integrata e programmata, accesso ai centri diurni e alle RSA per disturbi cognitivi e demenze-R2D). Il CDCD -Centro distrettuale partecipa alla realizzazione del PDTA per i soggetti affetti da demenza, garantisce, inoltre, la continuità assistenziale nelle fasi avanzate con funzioni di indirizzo, controllo e coordinamento tra il medico di famiglia, i reparti ospedalieri e i Servizi sanitari distrettuali, le strutture di ricovero RSA.

Opera in stretta collaborazione con il Distretto di appartenenza, prende parte direttamente alle U.V.I. alle quali partecipa sia nella fase di valutazione, redazione del P.A.I. anche nella fase di monitoraggio e rivalutazione del caso, monitora i casi e supporta e coadiuva le unità operative, le équipe territoriali dei distretti nella presa in carico, alla quale partecipa anche con forme di consulenza. Ha il compito di valutare e ricoverati presso le RSA -R2D e ne monitora l'andamento della malattia.

Effettua in modo diretto o in collegamento funzionale con le unità operative territoriali:

- l'accertamento della diagnosi, approfondimenti di valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale;
- il trattamento farmacologico (per il disturbo cognitivo e per il controllo dei disturbi comportamentali) e psicosociale (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà,
- terapia occupazionale);
- i successivi follow-up per il monitoraggio dei trattamenti in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;
- l'attività informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.

Lavora, inoltre, insieme ai Servizi territoriali , garantendo:

- supporto ai familiari impegnati nell'assistenza, con incontri informativi dove approfondire aspetti sanitari, psicologici, di comportamento e di sicurezza legati allo sviluppo della malattia
- approfondimenti diagnostici specialistici
- la formulazione di programmi specifici di aggiornamento professionale per gli operatori del settore
- alimentazione dei flussi informativi, conferisce dati all'osservatorio epidemiologico
- collaborazione con il direttore di distretto per la lista di attesa per le Rsa -R2D, secondo modalità definite con atti regionali

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 previste dal pai che sono garantite dal personale proprio dell'asl o con protocolli stipulati dall'A.S.L. con P.O./A.O.R.N. vicini* viciniori*
c) infermieristiche	Struttura con personale interno
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno
e) attività sociali	Struttura con personale interno
f) assistenza sociale	Servizi sociali territoriali
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
i) sostegno psicologico, riabilitazione cognitiva	Struttura con personale interno + ASL* per particolari esigenze comunque concordate con il CDCD.
l) alberghiere	Struttura con personale interno
m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione con l'ambiente	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 può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni a condizioni concordate

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 95 del 19 Dicembre 2018

PARTE I



Atti della Regione

**PARTE QUINTA PERSONALE E
MINUTI DI ASSISTENZA****Articolazione del personale e minuti di assistenza**

Ogni struttura, anche con unità di cura diverse, deve garantire la presenza di un medico con funzioni di Direttore sanitario. Per le strutture con 120 posti letto il Direttore sanitario deve svolgere servizio a tempo pieno.

RSA – R3: ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI**MINUTI DI ASSISTENZA**

RSA ADULTI N.A. R3 Trattamenti di Alto Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	216
	Fisioterapista	108
	Terapista Occupazionale	0
	Animatore di Comunità	108
	Assistente sociale	36
	OSA	324
	OSS	540

RSA ADULTI N.A. R3 Trattamenti di Medio Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	108
	Fisioterapista	108
	Terapista Occupazionale	54
	Animatore di Comunità	108
	Assistente sociale	36
	OSA	324
	OSS	324

ORGANICO

**RSA ADULTI N.A. R3 – Organico minimo
RSA ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI**

n. 95 del 19 Dicembre 2018

Profilo	Qualif. Funzionale	Operatori/modulo
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	1,5
	Fisioterapista	1
	Terapista Occupazionale	0,25
	Animatore di Comunità	1
	Assistente sociale	0,33
	OSA	3
	OSS	4

TARIFFE

Tariffe di cui al DCA n. 110/2014

ADULTI ALTO CARICO € 121,26

ADULTI MEDIO CARICO € 105,83

RSA – RD3: DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI

MINUTI DI ASSISTENZA

RSA DISABILI N.A. Trattamenti di Alto Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	216
	Fisioterapista	162
	Terapista Occupazionale	108
	Educatore Professionale	108
	Animatore di Comunità	0
	Assistente sociale	36
	OSA	324
	OSS	540

RSA DISABILI N.A. Trattamenti di Medio Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	108
	Fisioterapista	162
	Terapista Occupazionale	108
	Educatore Professionale	108
	Animatore di Comunità	108
	Assistente sociale	36
	OSA	216
	OSS	216

RSA DISABILI N.A. Organico minimo per modulo per 20 ospiti		
Profilo	Qualif. Funzionale	n. Operatori/modulo
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	2
	Fisioterapista	1,5
	Terapista Occupazionale	1
	Educatore Professionale	1
	Animatore di Comunità	0,5
	Assistente sociale	0,33
	OSA	2,5
	OSS	4

TARIFFE**Tariffe di cui al DCA n. 110/2014**

DISABILI ALTO CARICO € 131,64

DISABILI MEDIO CARICO € 107,21

**RSA – R2D: PERSONE CON DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE
MINUTI DI ASSISTENZA E ORGANICO MODULO**

Modulo R2D

n. 95 del 19 Dicembre 2018

PARTE I

Atti della Regione

Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp	lo
Personale medico	GERIATRA	54	0,5
	NEUROLOGO	54	0,5
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	infermiere	H24	6
	fisioterapista	108	1
	Terapista occupazionale	54	0,5
	psicologo	72	0,6
	Animatore comunità	108	1
	Assistente sociale	36	0,33
	osa	H 24	10
	oss	400	3,7

TARIFFE

DEMENZE

PRIMI 60 GIORNI € 173

SUCCESSIVI 12 MESI € 147