

**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. 79 DEL 28/12/2017**

OGGETTO: Definizione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie in speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.) ad alta intensità assistenziale anche per persone in stato vegetativo e definizione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale – Indirizzi e modalità di accesso -Integrazione e modifica ai Decreti del Commissario ad Acta n. 70/2012 e n. 21/2015.

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta ix)

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 subcommissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;

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

**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)**

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 *vii)* *“corretta applicazione delle procedure di accreditamento degli erogatori, in coerenza con le osservazioni ministeriali e la normativa vigente”*

RICHIAMATA

- 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

- a) che il DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli assistenziali, all’art. 29 *“Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario”* stabilisce che il SSN garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale ad elevato impegno sanitario, alle persone con patologie non acute che presentano alto livello di complessività, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, che richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore;
- b) che 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 per anziani e adulti non autosufficienti – individua la conclusione, ai fini della riqualificazione e completamento dell’intero sistema di offerta territoriale, il processo di attivazione, di accreditamento (anche per riconversione) e di riqualificazione di posti letto in strutture extraospedaliere e tra queste, per l’area Adulti e anziani non autosufficienti, l’offerta relativa all’assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogate nelle *“Unità di cure residenziali estensive (R1)”*;
- c) che il medesimo decreto stima un fabbisogno per tali tipologia di strutture pari a 617 Posti letto che assorbono il fabbisogno programmato di n. 234 PL già programmati e in parte attivi di S.U.A.P. – Speciali Unità di Accoglienza Permanente;

**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)****PREMESSO**, altresì

- a) che con Decreto del Commissario ad Acta n. 70 del 25.06.2012 si è proceduto all' "Approvazione dei documenti di definizione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie a carattere residenziale per persone in stato vegetativo in speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.), definizione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale - Integrazione DGRC 7301 del 31 dicembre 2001 e Regolamento Regione Campania 1 del 22.06.2007 e adozione della Scheda di valutazione sanitaria-clinico-funzionale";
- b) che l'Allegato B al citato decreto ha definito i "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni residenziali in Speciali Unità di Accoglienza Permanente (S.U.A.P.) per persone a bassa responsabilità protratta";
- c) che le S.U.A.P. (Speciali Unità di Accoglienza Permanente), così come definite dal DCA 70/2012, sono strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, finalizzate al trattamento di persone a bassa responsabilità protratta - Stati Vegetativi (SV) e Stati di Minima Coscienza (SMC) - in fase di stabilizzazione clinica, che abbiano completato i precedenti protocolli riabilitativi e che necessitino di trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, quali ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, o comunque, confinate a letto e con dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale;

PRESO ATTO

- a) che le condizioni cliniche descritte possono riferirsi a situazioni patologiche non necessariamente limitate a quelle contemplate dal citato decreto commissariale e che, pertanto, è opportuno prevedere l'inclusione in tale setting assistenziale anche di casi complessi non necessariamente limitati alla condizione clinica di pazienti in Stato vegetativo e SMC;
- b) che da una più puntuale ricognizione a livello nazionale risulta indispensabile integrare i requisiti di personale previsti all'allegato B del DCA 70/2012 potenziando l'assistenza medica e infermieristica necessaria per far fronte alle esigenze di tale tipologia di pazienti;

CONSIDERATO che da una ricognizione effettuata dagli uffici regionali risultano assistiti con quadri clinici eleggibili in SUAP soggetti, come ad esempio quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, attualmente collocati in altri setting assistenziali per carenza di offerta appropriata;

RILEVATA, pertanto, la necessità di prevedere, nell'ambito del fabbisogno programmato di 617 PL per le "Unità di cure residenziali estensive" di cui al DCA 14/2017, n. 352 PL di SUAP rispetto ai 234 PL già programmati e in parte attivi al fine di garantire l'accesso a questa tipologia di assistenza ad altre condizioni cliniche;

CONSIDERATO, altresì, che per la complessità dei pazienti potenzialmente a rischio di instabilità clinica, è opportuno che i Direttori Generali delle AA.SS.LL. definiscano un'apposita procedura per la messa in rete della SUAP con i servizi territoriali e ospedalieri in cui vengano descritte dettagliatamente le modalità di:

- a) attivazione del medico di continuità assistenziale e per la centrale del 118;
- b) fornitura/rinnovo dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 (dispositivi monouso) e art. 17 (Assistenza protesica) del DPCM 12/1/2017
- c) eventuale ricovero del paziente già collocato in SUAP presso reparti di terapia intensiva/rianimazione a seguito di evento acuto o per necessità assistenziale;

**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)**

- d) prescrizione/fornitura della NAD;
- e) assistenza specialistica;
- f) accesso tempestivo per esami diagnostici – strumentali e di laboratorio;

RITENUTO necessario che la procedura di cui al punto precedente debba essere definita e formalizzata tempestivamente e, comunque, non oltre 3 mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, quale presupposto indispensabile per l'attivazione delle nuove SUAP e per la relativa messa in rete;

RITENUTO, altresì

- di dover procedere alla sostituzione dell'allegato B del richiamato DCA 70/2012 con il nuovo documento denominato "Allegato 1" che procede all'aggiornamento delle modalità di accesso, tipologia dei pazienti, dei requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, dei requisiti ulteriori ai fini dell'accreditamento istituzionale e della relativa tariffa delle strutture territoriali residenziali S.U.A.P.
- di prevedere che l'attivazione di S.U.A.P. nelle strutture private sia consentita prioritariamente mediante riconversione di posti letto già attivi ai sensi della normativa nazionale e regionale;

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**, in sostituzione dell'allegato B al DCA n. 70/2012 il documento "ALLEGATO 1" che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento; con cui si disciplinano le modalità di accesso e tipologia dei pazienti accolti in S.U.A.P., i requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, ed i requisiti ulteriori ai fini dell'accreditamento istituzionale e della relativa tariffa;
- 2) **DI STABILIRE** che il fabbisogno di SUAP, come definito con il presente provvedimento, è ampliato a n. 352 PL entro il fabbisogno programmato di 617 PL per le "Unità di cure residenziali estensive";
- 3) **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 SUAP con i servizi territoriali e ospedalieri in cui vengano descritte dettagliatamente le modalità di:
 - a) attivazione del medico di continuità assistenziale e per la centrale del 118;
 - b) fornitura/rinnovo dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 (dispositivi monouso) e art. 17 (Assistenza protesica) del DPCM 12/1/2017;
 - c) eventuale ricovero del paziente già collocato in SUAP presso reparti di terapia intensiva/rianimazione a seguito di evento acuto o per necessità assistenziale;
 - d) prescrizione/fornitura della NAD;
 - e) assistenza specialistica;
 - f) accesso tempestivo per esami diagnostici – strumentali e di laboratorio.
- 4) **DI PRECISARE** che l'adozione della procedura di cui al precedente punto 3 rappresenta il presupposto per l'attivazione delle nuove SUAP e per la messa in rete delle stesse;



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)**

- 5) **DI STABILIRE** che l'attivazione di S.U.A.P. nelle strutture private è consentita prioritariamente mediante riconversione di posti letto già attivi, ai sensi della normativa nazionale e regionale;
- 6) **DI CONCEDERE** un periodo di massimo 6 mesi per l'adeguamento ai requisiti previsti dall'Allegato 1, alle strutture che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già in possesso di autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio come S.U.A.P. o provvedimento di accreditabilità adottato dall'ASL territorialmente competente;
- 7) **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;
- 8) **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
- 9) **DI INVIARE** il presente decreto al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al BURC per la pubblicazione;

*Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione*

*Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario*

DE LUCA

**Speciali Unità di Accoglienza Permanente (S.U.A.P.) - Criteri di accesso e procedure****DEFINIZIONE E FINALITA'**

La S.U.A.P. (*Speciale Unità di Accoglienza Permanente*) è un'unità di cura residenziale ad alta intensità assistenziale di tipo sanitario, deputata alla presa in carico di persone con patologie non acute in fase di stabilizzazione clinica e/o a rischio di instabilità clinica, caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità.

I trattamenti sono erogati 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, attività di supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica assistita, alimentazione assistita, NAD, nutrizione enterale e parenterale protratta, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, assistenza protesica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale.

La SUAP è un'unità di cura intermedia separata e distinta da aree di degenza ordinaria e dai reparti ospedalieri di riabilitazione post acuta, ma deve essere *preferibilmente* allocata in prossimità di presidi ospedalieri/AO o comunque ad essi funzionalmente collegati mediante protocolli operativi definiti dai distretti sanitari/ASL e recepiti dal contratto di cui all'art 8 quinquies del Dlgs 502/92 stipulato con le strutture erogatrici.

Deve essere organizzata in nuclei al massimo di 15 PL con spazi specifici, anche in caso di coesistenza in un'unica struttura plurifunzionale, in grado di favorire una risposta adeguata e personalizzata ai bisogni di questi pazienti. E' auspicabile organizzare i moduli/stanze per tipologia di utenti e anche in considerazione dei bisogni assistenziali e relazionali

Nel caso di attivazione di nuclei SUAP all'interno di strutture territoriali extraospedaliere, gli stessi devono essere separati da altre tipologie di setting assistenziali.

DESTINATARI

Nella SUAP possono essere accolte persone con patologie non acute in fase di stabilizzazione clinica e/o a rischio di instabilità:

a) con necessità di supporto alle funzioni vitali, e/o gravissima disabilità (qualora non si prevedono modificazioni del quadro clinico funzionale da attribuire ad un intervento riabilitativo specifico) che presentino un elevato grado di complessità assistenziale o comunque confinati a letto e con dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale.

b) in stato vegetativo e stati di minima coscienza cronici, locked in non assistibili a domicilio, inquadri e valutati secondo i criteri del DCA 70/2012 e DCA 21/2015.

In particolare, i soggetti eleggibili in SUAP presentano contemporaneamente più condizioni/necessità assistenziali - tali da richiedere cure intensive di tipo medico-infermieristico - tra le quali, ad esempio:

- Terapia parenterale con accesso periferico
- Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
- Broncoaspirazione/drenaggio posturale
- ventiloterapia



- Ulcere distrofiche arti
- Tracheotomia
- Ano artificiale
- Ureterostomia
- Catetere vescicale
- Terapia riabilitativa
- Elevato bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
- Dialisi peritoneale
- Gestione stomia
- Eliminazione urinaria intestinale
- NAD con SNG o con PEG
- Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
- Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche
- Emodialisi NPD: dialisi peritoneale notturna
- Terapia parenterale con accesso centrale
- Trasfusione emazie concentrate
- Lesione da decubito
- Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia

DURATA/PERMANENZA NELLA SUAP

La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale.

Occorre prevedere la rivalutazione ad ogni modifica delle condizioni del paziente e comunque ad un mese dall'ingresso in struttura. In ogni caso, anche ai fini della corretta alimentazione dei flussi informativi la ri-valutazione delle condizioni che determinano la permanenza in S.U.A.P. va effettuata in unità di valutazione e registrata mediante il flusso FAR, di norma ogni 180 giorni.

Le SUAP devono accogliere anche pazienti in ricoveri di "sollevio" programmati e di durata limitata.

ACCESSO IN SUAP

Nel caso di soggetti in stato vegetativo/minima coscienza, si richiamano e confermano gli indirizzi e le indicazioni contenute nel DCA 21/2015.

L'accesso alle SUAP avviene sulla base di un progetto assistenziale individuale (P.A.I.) formulato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale territoriale attivata dall'ASL di residenza, in raccordo con il responsabile della struttura che accoglie.

Il paziente può accedere a questo livello assistenziale da:

- Reparto ospedaliero
- Strutture residenziali territoriali
- Cure domiciliari
- Altro.

Nel caso di dimissione da reparto ospedaliero o altra struttura residenziale extraospedaliera territoriale, responsabile clinico del caso della struttura che dimette:

- Convoca la famiglia per condividere l'eventuale accesso in SUAP, e l'avvio della procedura di collocamento;
- Invia, non meno di 10 giorni prima del previsto accesso in SUAP, al Direttore del distretto di residenza del paziente, che attiva contestualmente la P.U.A. in accordo con la famiglia:
 - la richiesta di ammissione in SUAP;

Allegato 1

- la relazione contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili-protesi, trattamenti farmacologici e terapeutici;
- il progetto riabilitativo individuale.

La medesima segnalazione/richiesta di accesso è inviata dal direttore di distretto/PUA al MMG/PLS attraverso e-mail o posta certificata.

La fornitura dei farmaci per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione (almeno per una settimana) deve essere effettuata presso la Farmacia della struttura o dalla Farmacia territoriale del distretto sul quale incide la struttura extraospedaliera che dimette. I farmaci devono essere compresi nel Prontuario Ospedaliero 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.

In collaborazione ed in accordo con il direttore del distretto di residenza del paziente, la struttura che dimette predisporre il trasferimento in S.U.A.P. con autolettiga attrezzata secondo necessità, i cui costi sono a carico del distretto di residenza del paziente.

Il direttore del distretto di residenza del paziente e/o suo delegato che riceve la richiesta di ammissione:

- individua la struttura SUAP prevedendo il coinvolgimento della famiglia/tutore e ne richiede la disponibilità, attraverso il Direttore del Distretto sul quale insiste la struttura individuata; quest'ultimo, entro 24 ore dalla ricezione della richiesta deve fornire riscontro;
- comunica alla P.U.A., attiva e convoca l'U.V.I., secondo le indicazioni previste dalla delibera di giunta regionale 41/2011, prevedendo la partecipazione del direttore e/o suo delegato della U.O. della struttura che accoglie, per condividere gli obiettivi del piano terapeutico e che in fase successiva può contribuire all'elaborazione e monitoraggio del piano esecutivo;

Il Direttore del distretto sul quale insiste la SUAP 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. artt. 11 (dispositivi monouso) e 17 (Assistenza protesica) del DPCM 12/1/2017 recante definizione e aggiornamenti dei Lea affinché siano disponibili all'atto dell'ammissione in S.U.A.P. 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 SUAP 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.

In caso di esigenza di ammissione in SUAP di un soggetto già in carico alle cure domiciliari, per il quale il responsabile del caso rilevi la necessità di trattamenti non erogabili a domicilio e la presenza dei requisiti di eleggibilità in SUAP, la procedura di accesso sopra indicata è attivata direttamente dall'U.O. competente per le cure domiciliari, nel rispetto dei ruoli dei soggetti in essa individuati. La stessa procedura è attivata in caso di esigenza di ricovero di sollievo.

Nel caso sopra descritto, la valutazione multidimensionale è attivata nelle modalità descritte nella DGRC 41/2011, ovvero con la procedura d'urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.



Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni residenziali in Speciali Unità di Accoglienza Permanente (S.U.A.P.)

REQUISITI MINIMI

Per ogni nucleo sono richiesti i seguenti requisiti minimi di struttura e di assistenza:

1. Requisiti strutturali

Le SUAP sono strutture ubicate in località facilmente raggiungibili dai mezzi pubblici che si articolano in sezioni composte da nuclei da 10/15 posti letto

- camere di mq 18 per due posti letto con una disponibilità di spazio per ogni persona accolta che garantisca 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 sostegno da parte degli operatori per l'attività di assistenza anche mediante l'utilizzo di ausili di sollevamento;
- locale per bagno assistito dotato di vasca per immersione totale in posizione supina;
- campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto
- sala soggiorno/pranzo di nucleo
- locale di accoglienza (atrio-attesa)
- locale per ospitalità 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 di nucleo (guardiola)
- locale per vuotatoio e lavapadelle
- servizi igienici per il personale e locale spogliatoio
- deposito medicinale e presidi medico-chirurgici
- vano per deposito biancheria
- disponibilità di camera ardente

2. Requisiti Tecnologici (arredi e attrezzature)

Gli arredi, le attrezzature e gli utensili devono essere curati, esteticamente gradevoli nonché permettere una idonea funzionalità d'uso e fruibilità in relazione alle caratteristiche dell'utenza ospitata; deve essere garantita agli utenti la possibilità di utilizzare suppellettili e arredi personali di piccole dimensioni.

In particolare nel nucleo devono essere presenti i seguenti arredi:

- letti articolati a tre snodi regolabili in altezza, con comando elettrico e manuale con dotazione set di ruote con freno;
- materassi antidecubito per soggetti ad alto rischio
- cuscini antidecubito ad aria ed automodellanti
- carrozzine specifiche ed adattate all'utenza (a schienale alto abbattibile e pedana adattabile)
- 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
- poltrona relax regolabile ad uso dei familiari;
- 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

Allegato 1

in numero non inferiore ad 1 ogni 10 ospiti, di cui uno con bilancia automatica inserita, o di altri sistemi (ad es. binario – monorotaia o ad “H”);

Attrezzature: a disposizione di ogni nucleo è richiesto un carrello per l'emergenza dotato di:

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

Deve essere presente, inoltre, adeguata e garantita disponibilità di pompe per l'alimentazione enterale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti.

3. Requisiti Organizzativi e di Personale

Le SUAP devono essere inserite in un sistema di rete regionale integrato con i reparti ospedalieri e con il territorio.

Il modello organizzativo per ciascun nucleo è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Direzione sanitaria 10 ore/settimana/nucleo dedicate
- La presenza di personale medico dedicato in un rapporto di 18 ore settimanali ogni 12 ospiti su 5 giorni feriali; in caso di nuclei superiori ai 12 ospiti, in rapporto di 3 ore settimanali aggiuntive ogni 5 ospiti superiori ai primi 12;
- Presenza di personale infermieristico h 24; di norma deve essere assicurata la presenza di un infermiere per turno per 7 giorni alla settimana più presenza di coordinamento sanitario nella misura di 0,5/die/nucleo per cinque giorni la settimana; per i casi di particolare complessità (ad esempio la presenza di cannule tracheostomiche o ventilazione meccanica) dovrà essere assicurata una presenza oraria maggiore in base alle specifiche necessità.
- Presenza del fisioterapista per un numero di 30 ore settimanali per 5 giorni settimanali per nucleo
- Logopedista per un numero di 15 ore settimanali per 5 giorni settimanali per nucleo
- Operatore socio sanitario h24; di norma deve essere assicurata la presenza di n. 2 operatori per il turno mattina, 2 turno pomeriggio e n. 1 turno notturno.
- Interventi psicologici per un totale di 3 ore settimanali per nucleo da parte di personale con formazione specifica nel campo delle disabilità acquisite che svolge funzioni di:
 - Attività di supporto ai familiari
 - Supervisione per azioni di supporto e prevenzione del burn-out degli operatori

Deve essere garantita la chiamata al MMG durante la giornata e/o al servizio medico di continuità assistenziale (guardia medica).

Al fine di assicurare la corretta gestione dei pazienti, delle eventuali urgenze notturne e festive o delle situazioni necessitanti un ricovero, dovrà essere definito un protocollo operativo interno per la corretta applicazione delle procedure previste dall'ASL per:

- l'attivazione del medico di continuità assistenziale e per l'attivazione della centrale 118;
- la fornitura/rinnovo dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 (dispositivi monouso) e art. 17 (Assistenza protesica) del DPCM 12/1/2017

Allegato 1

- l'eventuale ricovero del paziente già collocato in SUAP presso reparti di terapia intensiva/rianimazione a seguito di evento acuto o per necessità assistenziale;
- la prescrizione/fornitura della NAD;
- L'assistenza specialistica;
- accesso tempestivo per l'accesso ad esami diagnostici – strumentali e di laboratorio.

Tariffa per prestazione giornaliera nelle Speciali Unità di Accoglienza Permanente - SUAP

La tariffa complessiva giornaliera pro-capite di € 179,00 prevista dal DCA 70/2012 viene incrementata a € 192,12 per effetto dell'integrazione dei minuti di assistenza medica ed infermieristica come riportata nella sottostante tabella.

Tale tariffa, così come già previsto nel citato decreto, è al netto delle spese per le attività diagnostiche, visite specialistiche, dotazioni relative alla ventilazione assistita, a farmaci, assistenza protesica poiché si prevede che tali prestazioni siano assicurate direttamente dal distretto sanitario in analogia a quanto garantito ai pazienti a domicilio.

Per la ventilazione assistita e la nutrizione enterale, l'ASL di competenza dovrà garantire la fornitura delle dotazioni e degli accessori necessari, attenendosi ai percorsi e alle procedure previsti dalla normative vigente in materia.

Articolazione del personale e minuti di assistenza (l'assistenza infermieristica e O.S.S. – H24)

Nucleo medio di 12 ospiti	Min./pz/die h24	Unità occorrenti
Direzione Sanitaria	10	0,26
Assistenza medica	15	0,47
Psicologo	3	0,08
Coordinatore infermiere	18	0,5
O.S.S.	175	7
Infermieri	126	6
Fisioterapista	30	0,83
Logopedista	15	0,42
	392	



Requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali in speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.)

Nella scheda che segue vengono definiti i requisiti ulteriori specifici che le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale in Speciali Unità di Accoglienza Permanente devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale.

Deve essere fornita ai familiari/tutore una Guida ai Servizi per il paziente nella quale devono essere esplicitati i diritti e doveri dell'utente La Guida deve contenere informazioni riguardanti: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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/tutore	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
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 per l'utenza dai familiari	A
Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazioni/gestione/utilizzo dei dispositivi medici* nell'ambito delle attività di visita e medicazione <i>*Interpretazione: <u>dispositivo medico</u>: 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
In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite deve essere accompagnato da una sintesi clinica e devono essere mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero	A
Deve essere prevista consulenza protesica	A
Deve essere recepita ed eseguita la procedura formalizzata dall'ASL su cui insiste la struttura relativa alla consulenza di Nutrizione Clinica e Nad, per la fornitura di ausili e protesi, farmaci, preparati per nutrizione artificiale, dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 e 17 del DPCM 12.1.2017	A
Deve esistere ed essere seguita una procedura di dimissioni protetta per il rientro a domicilio degli ospiti che preveda: la comunicazione al medico curante, attivazione tempestiva dei competenti enti pubblici territoriali per la fornitura di materiali e la continuità assistenziale, addestramento dei familiari nonché eventuale dotazione minima necessaria per la continuità delle cure.	A

Allegato 1

Deve esistere una documentazione della gestione delle liste d'attesa	A
Deve esistere ed essere seguita una procedura scritta relativa all'accoglienza, registrazione e informazione dei familiari	B
Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente ai familiari aventi diritto di ottenere informazioni sull'ospite	A
Devono essere presenti e applicate procedure per la gestione delle emergenze	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
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 (es. cateterizzati e tracheostomizzati)	A
Volontari e parenti devono essere addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti	C
In cartella devono essere registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia	B
Deve essere possibile l'utilizzo di un televisore in camera	B
Ad ogni ospite deve essere garantita la sistemazione dei propri indumenti in un guardaroba personale	A
Gli indumenti personali devono essere identificati quando sono mandati in lavanderia	A
Devono esistere protocollo 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 adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti	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. <i>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)</i>	B
Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli	C

Allegato 1

	<p>eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri:</p> <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'evento. 	
	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi	A
	Devono essere svolte indagini sulla soddisfazione delle famiglie a scadenze periodiche (almeno una volta l'anno) e devono esistere procedure formalizzate o protocolli organizzativi per programmare e disciplinare le relazioni e gli incontri con le associazioni di volontariato e il privato sociale.	B
	<p>Deve essere previsto l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ cartella personale; ➤ registro degli ospiti; ➤ registro delle consegne; ➤ diario delle attività collettive; ➤ regolamento interno. 	A
	L'organizzazione della vita e delle attività deve essere orientata alla normale vita familiare e in grado di garantire il più alto livello possibile di partecipazione delle stesse famiglie	A
	Devono essere condivise dall'intera équipe le modalità di svolgimento delle attività assistenziali, sanitarie ed educative e identificati strumenti operativi di riferimento quali procedure o protocolli, nonché momenti di controllo e di integrazione delle informazioni.	A
	Deve essere svolta una ricognizione annuale del fabbisogno formativo e predisposto un piano di formazione che tenga conto della complessità dell'assistenza, nonché della soddisfazione dei bisogni psicorelazionali dei familiari	A
	Deve essere prevista una procedura che consenta ai familiari dei pazienti di poter usufruire di pasti da consumare all'interno della struttura.	C

**FABBISOGNO**

Il fabbisogno complessivo di SUAP è stabilito in 352 p.l. complessivi, secondo la distribuzione per ASL di cui alla seguente tabella:

	Popolazione	Posti letto
AV	427.936	26
BN	282.321	17
CE	924.614	55
NA1	992.549	60
NA2	1.052.107	63
NA3	1.073.493	64
SA	1.108.509	67
TOTALE	5.861.529	352