

RSA / Unità di cura R3 e R2D

Analisi normativa, strutturale, organizzativa, economica e comparativa

Versione 2.6 MASTER DEFINITIVA - settembre 2026

Autori

Vladimiro D'Agostino - Sarah Cooperativa Sociale - Confcooperative Pistoia e Prato

Supporto alla ricerca e alla redazione: ChatGPT (OpenAI)

Scheda regionale definitiva costruita sulla Checklist Master RSA v.1.0 (126 controlli). I dati non disponibili o non reperiti in forma regionale omogenea restano espressamente indicati come N.D.; le voci non riconducibili a un parametro regionale unico sono indicate come N.A.

Sintesi esecutiva

Il sistema campano di residenzialità sociosanitaria per anziani non autosufficienti è oggi incentrato sulle RSA articolate in Unità di cura residenziale. Per gli adulti non autosufficienti il setting ordinario è R3, distinto in trattamento di alto e medio livello assistenziale; per le persone con disturbi cognitivi e demenze opera il setting R2D, a maggiore intensità sanitaria. La disciplina fondamentale deriva dalla l.r. 8/2003, dal DCA 97/2018 e dagli atti successivi di accreditamento e programmazione.

La capacità complessiva della RSA non può superare 120 posti letto; le Unità di cura sono articolate in massimo tre moduli, ciascuno fino a 20 posti. Il DCA 97/2018 definisce in modo analitico personale, organizzazione, accesso tramite UVI, PAI, flussi informativi, farmaci e responsabilità della direzione sanitaria.

La DGR 526/2025 ha introdotto un adeguamento tariffario in due fasi, con un primo incremento dal 1° aprile 2025 e un secondo dal 1° gennaio 2026. Per R3 anziani non autosufficienti la tariffa 2026 è pari a € 134,62/die per l'alto livello e € 118,07/die per il medio livello; la quota a carico SSR è del 50%. L'atto collega l'adeguamento anche alla sostenibilità dei rinnovi dei CCNL, ma non introduce un meccanismo automatico annuale ISTAT.

Per le cooperative sociali la Regione Campania indica nel 2026 un'aliquota IRAP del 4,40%, rispetto al 4,97% ordinario. IMU e IRES restano invece, rispettivamente, materia comunale/nazionale e non devono essere trasformate in indicatori regionali unici.

1. Quadro normativo e modello regionale

Riferimenti principali: l.r. Campania 22 aprile 2003, n. 8, che disciplina realizzazione, organizzazione e funzionamento delle RSA; l.r. 23 ottobre 2007, n. 11 sul sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari; Regolamento regionale n. 1/2007 per l'accreditamento istituzionale; DCA n. 97 del 16 novembre 2018, che ha riqualificato l'offerta residenziale per adulti e anziani non autosufficienti; Decreto dirigenziale n. 3/2019 sulle procedure di rinnovo/accreditamento; l.r. n. 11/2023, che ha riscritto l'art. 8 della l.r. 8/2003 sul fabbisogno; DGR 526/2025 per l'aggiornamento tariffario 2025-2026.

La terminologia regionale più recente utilizza le Unità di cura residenziali: R3 per persone adulte non autosufficienti, R2D per persone con disturbi cognitivi e demenze, RD3 per adulti non autosufficienti con disabilità. La presente scheda si concentra su R3 e R2D, mantenendo RD3 solo come termine di confronto.

2. Tipologie assistenziali e destinatari

Setting	Destinatari / funzione	Intensità
R3 - alto livello	Adulti/anziani non autosufficienti con bisogno sanitario, infermieristico, riabilitativo e tutelare elevato ma non ospedaliero	Medio-alta
R3 - medio livello	Adulti/anziani non autosufficienti in lungoassistenza e mantenimento	Media

Setting	Destinatari / funzione	Intensità
R2D - demenze	Persone adulte con disturbi cognitivi e demenze, anche con disturbi comportamentali	Alta / estensiva
RD3	Adulti non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali stabilizzate	Variabile

La l.r. 8/2003 prevede per le RSA anziani permanenze episodiche, di sollievo/brevi e di lunga durata. Il DCA 97/2018 ha successivamente ricondotto il sistema ai livelli assistenziali coerenti con il DPCM LEA 12 gennaio 2017.

3. Capacità ricettiva, moduli e requisiti strutturali

Parametro	Campania
Capacità massima RSA	120 posti letto complessivi
Unità di cura	Massimo 3 moduli per Unità di cura
Modulo	Massimo 20 posti letto
Moduli demenze	Specificamente previsti; storicamente almeno 1 ogni 3 moduli, anche 10-15 posti
Camere	1, 2 o massimo 3 posti secondo l.r. 8/2003; gli atti di riqualificazione possono imporre requisiti più specifici
Localizzazione	Preferibilmente in contesti urbanizzati e integrati con il territorio
Sismica	Requisiti della normativa vigente; per i servizi sociali il regolamento 6/2006 richiede espressamente conformità sismica/collaudo statico

La l.r. 8/2003 descrive un modello architettonico per nuclei, con area abitativa, servizi di nucleo, spazi di vita collettiva, servizi sanitari e servizi generali. La disciplina del 2018 conferma il tetto dei 120 posti e l'articolazione per moduli, distinguendo i setting R3, R2D e RD3.

4. Standard di personale e intensità assistenziale

Il DCA 97/2018 contiene una tabella specifica dei minuti settimanali per ospite. I valori sotto sono convertibili in minuti medi giornalieri dividendo per 7; questa conversione serve esclusivamente per la comparazione interregionale.

Profilo	R3 alto min/sett/osp	R3 medio min/sett/osp	Min/die alto	Min/die medio
Infermiere	216	108	30,86	15,43
Fisioterapista	108	108	15,43	15,43
Terapista	0	54	0,00	7,71

Profilo	R3 alto min/sett/osp	R3 medio min/sett/osp	Min/die alto	Min/die medio
occupazionale				
Animatore di comunità	108	108	15,43	15,43
Assistente sociale	36	36	5,14	5,14
OSA	324	324	46,29	46,29
OSS	540	324	77,14	46,29

Per R3, il DCA prevede inoltre una presenza infermieristica almeno per 8 ore nel nucleo e copertura H24 nella struttura, oltre all'assistenza medica dedicata e alla direzione sanitaria. Per il setting R2D gli standard sono superiori e comprendono geriatra, neurologo, infermiere H24, fisioterapista, psicologo, animazione e personale tutelare.

5. Medico, direzione sanitaria e responsabilità

Ogni RSA, anche se articolata in più Unità di cura, deve garantire la presenza di un medico con funzioni di Direttore sanitario. Per le strutture da 120 posti il Direttore sanitario deve svolgere servizio a tempo pieno. L'assistenza di medicina generale resta collegata al MMG dell'assistito alle condizioni previste per la generalità dei cittadini; l'assistenza specialistica viene garantita attraverso il Distretto/ASL e, nei setting demenze, in stretto raccordo con il CDCD.

La distinzione è economicamente importante: non tutto il costo medico ricade necessariamente sul gestore. La struttura sostiene la direzione sanitaria e le funzioni mediche interne previste dal setting, mentre MMG e parte delle prestazioni specialistiche rimangono nel circuito del SSR.

6. Accesso, valutazione multidimensionale e PAI

L'accesso ai servizi sociosanitari integrati avviene attraverso la rete territoriale e la Unità di Valutazione Integrata (UVI). La UVI effettua la valutazione multidimensionale, definisce il Progetto Assistenziale Individualizzato, intensità e durata delle prestazioni e assegna il case manager. Per i setting demenze il CDCD partecipa alla valutazione, alla definizione del PAI e al monitoraggio.

- Segnalazione da MMG, ospedale, servizi sociali o altri nodi della rete territoriale.
- Valutazione multidimensionale in UVI, con utilizzo degli strumenti regionali (tra cui SVaMA nei percorsi previsti).
- Definizione del PAI e scelta del setting appropriato.
- Monitoraggio e rivalutazione periodica del bisogno.
- In dimissione protetta urgente, il Distretto può disporre l'inserimento con completamento della VMD entro i termini previsti.

7. Prestazioni sanitarie, farmaci, ausili e dispositivi

Il DCA 97/2018 stabilisce che le prestazioni sanitarie agli ospiti delle RSA sono assicurate dall'ASL o comunque a carico del SSN, secondo il livello assistenziale. Il MMG mantiene il proprio ruolo; specialistiche, protesiche e integrative sono assicurate dal sistema territoriale, mentre

infermieristica, assistenza tutelare, fisioterapia e parte delle attività psicosociali sono garantite dal personale della struttura.

La fornitura dei farmaci e dei dispositivi necessari alla continuità assistenziale è organizzata dal Distretto e dalla farmacia territoriale. Nei setting demenze la prescrizione e il monitoraggio dei farmaci specifici avvengono con il CDCD. Il DCA richiede procedure scritte per la somministrazione e stabilisce che distribuzione e somministrazione dei farmaci siano effettuate dall'infermiere.

8. Autorizzazione, accreditamento, contratti e budget

Autorizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale e contratto con il SSR sono piani distinti. Il Regolamento regionale n. 1/2007 e la l.r. n. 23/2011 disciplinano l'accreditamento; il DCA 97/2018 e il DD 3/2019 hanno definito il passaggio delle precedenti RSA alle nuove Unità di cura R3/RD3. Il fabbisogno è determinato dagli atti di programmazione regionale, come confermato dalla modifica del 2023 alla l.r. 8/2003.

La contrattualizzazione con le ASL e i limiti di spesa costituiscono un passaggio economico autonomo rispetto all'accreditamento. Gli atti 2024-2025 sui tetti e contratti confermano che i volumi acquistabili e i budget sono definiti annualmente e territorialmente.

9. Tariffe 2025-2026 e compartecipazione

Setting	Tariffa fino al 31/3/2025	Dal 1/4/2025	Dal 1/1/2026	Quota SSR
R3 alto	€ 126,85	€ 132,57	€ 134,62	50%
R3 medio	€ 110,62	€ 116,27	€ 118,07	50%
R2D demenze	€ 173 primi 60 gg; € 147 fase successiva	non rideterminata nella tabella R3 della DGR 526/2025	da verificare su specifico profilo R2D/File H 2026	100% nei limiti temporali LEA

Per R3 la quota sociosanitaria è ripartita 50% SSR e 50% componente sociale, quest'ultima a carico del Comune/Ambito e/o dell'utente secondo le regole di compartecipazione e l'ISEE sociosanitario residenziale. La quota effettiva dell'utente non coincide necessariamente con il 50% nominale, perché intervengono la capacità economica e le regole territoriali di integrazione.

La DGR 526/2025 conferma anche una tariffa ridotta al 50% dell'ordinaria per un massimo di 7 giorni in caso di temporaneo ricovero dell'ospite, secondo le condizioni del provvedimento.

10. Indicizzazione, inflazione e CCNL

Non è stato individuato un meccanismo regionale generale di indicizzazione annuale automatica FOI/NIC/IPCA delle tariffe R3. L'aggiornamento 2025-2026 è stato effettuato con un provvedimento amministrativo specifico, DGR 526/2025, e con incrementi differenziati per setting.

Setting	Tariffa precedente	Tariffa 2026	Incremento nominale
R3 alto	€ 126,85	€ 134,62	+6,13%
R3 medio	€ 110,62	€ 118,07	+6,73%

La DGR 526/2025 collega espressamente l'adeguamento agli impegni assunti sul rinnovo del CCNL della sanità privata e richiede agli erogatori l'applicazione dei CCNL di categoria. Questo costituisce un riconoscimento del tema costo del lavoro, ma non un automatismo permanente per tutti i futuri rinnovi. Il confronto con l'inflazione effettiva ISTAT sarà mantenuto nella matrice nazionale; in questa scheda non viene introdotta una stima autonoma regionale non documentata.

11. Fiscalità: IVA, IRAP, IRES e IMU

Voce	Campania - criterio 2026
IVA	Per cooperative sociali, aliquota 5% quando ricorrono i presupposti nazionali; verificare sempre se la tariffa contrattuale è esposta al netto o comprensiva di IVA.
IRAP ordinaria	4,97%
IRAP cooperative sociali	4,40%
IRES	Disciplina nazionale e soggettiva; nessuna "aliquota Campania" autonoma.
IMU	Tributo comunale; dipende da Comune, categoria catastale, soggetto proprietario/utilizzatore e condizioni di eventuale esenzione.

Nel confronto nazionale l'aliquota IRAP agevolata del 4,40% per le cooperative sociali è un indicatore importante, ma va letta insieme alla base imponibile e alla forma giuridica del gestore. Non deve essere confusa con eventuali agevolazioni IRES nazionali o con il trattamento IMU, che resta territoriale.

12. Compliance e obblighi gestionali

- D.Lgs. 81/2008: DVR, RSPP, formazione, sorveglianza sanitaria e gestione delle emergenze.
- Prevenzione incendi e requisiti antincendio applicabili alle strutture residenziali.
- Privacy/GDPR: particolare rilevanza dei dati sanitari e delle cartelle personali degli ospiti.
- Cybersecurity: protezione dei sistemi informativi, controllo degli accessi, backup e continuità operativa.
- HACCP e sicurezza alimentare per cucina, somministrazione pasti e diete speciali.
- Legionella: valutazione del rischio e piano di controllo degli impianti idrici.
- Rifiuti sanitari e speciali: classificazione, deposito, tracciabilità e smaltimento.
- Rischio clinico e assistenziale: farmaci, cadute, lesioni da pressione, infezioni, eventi avversi.
- Formazione obbligatoria e aggiornamento del personale; il DCA 97/2018 richiede anche formazione sulla prevenzione degli eventi avversi.
- Flussi informativi obbligatori: STS24, FAR e File H regionale; la corretta alimentazione è requisito di monitoraggio LEA.
- Modello 231/2001: non è un requisito regionale generalizzato di autorizzazione, ma può essere rilevante sul piano organizzativo e nei rapporti contrattuali.

- ISO e certificazioni qualità: non risultano obblighi regionali generalizzati per ogni RSA; vanno distinte dagli obblighi di accreditamento e qualità.

Il DCA 97/2018 è particolarmente analitico sulla qualità assistenziale: procedure per emergenze, igiene, somministrazione dei farmaci, prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione, controllo delle infezioni, dimissione protetta, cartella personale, registri delle consegne e monitoraggio degli eventi avversi.

13. Demografia, bisogno assistenziale e offerta

La Campania resta nel 2024-2025 la regione italiana con la struttura demografica mediamente più giovane, ma l'invecchiamento è comunque in crescita. ISTAT indica per il 2024 un'età media regionale di 44,5 anni e un indice di vecchiaia di circa 161 anziani ogni 100 giovani 0-14 anni. La crescita degli over 65 e dei grandi anziani rende crescente anche il fabbisogno di lungoassistenza, sebbene con intensità inferiore alle regioni più anziane del Centro-Nord.

Per la comparazione finale saranno mantenute distinte: popolazione 65+, 75+, 85+, composizione per sesso, stime di demenze/Alzheimer/MCI/Parkinson, numero di strutture e posti R3/R2D, ospiti effettivi, liste d'attesa e tasso di istituzionalizzazione. Nella presente versione i dati regionali quantitativi non reperiti in forma ufficiale e omogenea restano N.D. e non vengono ricostruiti con stime autonome.

13.1 Aggiornamento quantitativo 2024-2026

Il Censimento permanente ISTAT riferito al 31 dicembre 2024 quantifica la popolazione residente in Campania in 5.582.337 persone, in diminuzione dello 0,2% rispetto al 2023. Le donne rappresentano il 51,1% della popolazione; l'età media regionale è 44,5 anni. Caserta e Napoli risultano le province mediamente più giovani, mentre Benevento e Avellino presentano età medie più elevate. Questi dati confermano che la Campania mantiene una struttura demografica più giovane rispetto a molte regioni del Centro-Nord, ma con un processo di invecchiamento comunque in corso.

Per le classi 65+, 75+ e 85+, e per la relativa articolazione per sesso, la presente versione mantiene N.D. finché non venga acquisita una tavola ISTAT regionale omogenea direttamente utilizzabile nella matrice nazionale. Non vengono introdotte stime ricavate da percentuali nazionali.

Sul lato dell'offerta, la Regione Campania pubblica un elenco dei servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati/accreditati dagli Ambiti territoriali, aggiornato al 28 febbraio 2026. Tale elenco riguarda il sistema sociale e sociosanitario rilevato tramite piattaforma SIS e non può essere automaticamente assimilato al numero delle sole RSA sanitarie R3/R2D accreditate e contrattualizzate con il SSR. Per questo motivo numero di strutture R3/R2D, posti autorizzati, posti contrattualizzati, ospiti presenti e liste d'attesa restano N.D. nel confronto nazionale finché non sia disponibile una fonte sanitaria regionale omogenea.

Per demenze e Alzheimer è ora disponibile una stima epidemiologica regionale robusta, derivata da dati amministrativi sanitari della popolazione campana e validata rispetto a un registro clinico. Per MCI e Parkinson, invece, non è stata individuata una prevalenza regionale di popolazione recente e omogenea con la stessa solidità metodologica: per questi due indicatori la scheda mantiene N.D. come prevalenza di popolazione, riportando separatamente i dati di servizio o di contesto disponibili.

Ai fini della comparazione nazionale, il benchmark 2019-2021 sarà mantenuto in una colonna separata “offerta/fabbisogno storico”, mentre la colonna “offerta corrente 2026” resterà distinta. Questo evita di trasformare un dato programmatico storico in una misura attuale della capacità disponibile.

La normativa vigente continua a rimettere alla programmazione regionale la determinazione del fabbisogno complessivo di posti R3. La Regione pubblica inoltre al 28 febbraio 2026 l'elenco dei servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati/accreditati dagli Ambiti territoriali; tale elenco, tuttavia, appartiene al sistema sociale e sociosanitario territoriale e non consente di determinare automaticamente il numero dei soli posti sanitari R3/R2D accreditati e contrattualizzati con il SSR. Per questo, numero corrente di strutture R3/R2D, posti autorizzati, posti contrattualizzati e tasso di istituzionalizzazione restano N.D.

Sul versante dell'offerta sanitaria, la programmazione regionale 2019-2021 costituisce un benchmark storico utile ma non un dato corrente: per gli adulti non autosufficienti indicava un fabbisogno residenziale di 8.388 posti a fronte di un'offerta allora censita di 1.757 posti; per il setting R3 il fabbisogno era 4.947 posti e l'offerta 1.667, con un differenziale programmatico di 3.280 posti. Questi valori documentano storicamente una forte distanza tra fabbisogno e offerta, ma non devono essere utilizzati come consistenza dell'offerta 2026.

Per la popolazione 65+ e 75+ la scheda mantiene N.D. finché non venga acquisita, per lo stesso anno e con identica definizione, una tavola ISTAT regionale direttamente utilizzabile nel confronto nazionale. Non vengono ricavati valori per differenza o da indicatori arrotondati.

Il Censimento permanente ISTAT 2024 consente di chiudere almeno una parte del profilo per età senza ricorrere a stime: in Campania i residenti di 85 anni e più sono 157.316, pari al 2,8% della popolazione regionale. Le donne rappresentano il 64,9% dei grandi anziani. Il dato conferma che la Campania resta mediamente più giovane del Paese, ma che l'invecchiamento nelle età più avanzate è comunque in crescita.

13.2 Grandi anziani e benchmark storico dell'offerta

13.3 Demenze, Alzheimer, MCI e Parkinson

Uno studio population-based pubblicato nel 2024, basato sui flussi sanitari regionali campani del periodo 2015-2020 e validato rispetto a un registro clinico, consente di quantificare in modo sufficientemente robusto il carico epidemiologico delle demenze nella popolazione di 65 anni e più. Al 1° gennaio 2021 sono stati identificati 80.392 residenti con demenza, di cui 35.748 con demenza di Alzheimer, su 1.118.545 residenti di almeno 65 anni. La prevalenza standardizzata per età e sesso è risultata pari a 77,64 per 1.000 per tutte le demenze e a 34,05 per 1.000 per Alzheimer.

La distribuzione per sesso è rilevante per il confronto con la struttura demografica regionale: per tutte le demenze la prevalenza standardizzata è 85,22 per 1.000 nelle donne e 67,54 negli uomini; per Alzheimer 37,63 per 1.000 nelle donne e 29,28 negli uomini. Il 62,4% delle persone identificate con demenza e il 63,0% di quelle con Alzheimer erano donne. Si tratta di prevalenze riferite alla popolazione anziana e non di una stima 2026; nel rapporto comparativo il dato sarà quindi mantenuto con l'anno di riferimento esplicito.

Per l'incidenza, lo stesso studio stima 82,10 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per tutte le demenze e 59,89 per 100.000 per Alzheimer. Questi valori non devono essere confusi con la prevalenza né utilizzati per ricostruire meccanicamente il numero corrente di casi nel 2026.

Per il Mild Cognitive Impairment (MCI) non è stata reperita una prevalenza population-based specifica della Campania comparabile con quella disponibile per demenze e Alzheimer. La survey nazionale sui servizi per le demenze segnala tuttavia che nel 2019 il 19% dei pazienti in carico ai CDCD campani rientrava nella categoria MCI, contro il 56% con demenza e il 16% con disturbo soggettivo di memoria. Questo è un indicatore di case-mix dei servizi, non una prevalenza nella popolazione, e viene quindi mantenuto separato.

Per il Parkinson non è stata individuata una stima regionale recente di prevalenza di popolazione sufficientemente robusta e omogenea per il confronto MASTER. Sono disponibili dati storici regionali e indicatori farmaco-epidemiologici, ma non vengono trasformati in una prevalenza 2026. Il parametro resta quindi N.D. nella matrice epidemiologica, con nota metodologica.

La Regione Campania mantiene una rete specifica per demenze e disturbi cognitivi: il DCA 52/2015 ha recepito il Piano Nazionale Demenze e approvato le indicazioni operative verso il PDTA regionale; la DGR 468/2022 ha approvato il Piano di attività 2021-2023 e nel settembre 2025 è stato avviato il Piano regionale per l'utilizzo del Fondo Alzheimer e demenze 2024-2026, con 2,3 milioni di euro di risorse regionali. Nel confronto nazionale questa infrastruttura di presa in carico va distinta dall'offerta residenziale R2D.

Indicatore	Dato Campania	Popolazione/anno	Sesso	Uso nella Master
Demenze	80.392 casi; 77,64 per 1.000 standardizzati	65+; 1/1/2021, dati 2015-2020	F 85,22‰; M 67,54‰	V - dato epidemiologico regionale
Alzheimer	35.748 casi; 34,05 per 1.000 standardizzati	65+; 1/1/2021, dati 2015-2020	F 37,63‰; M 29,28‰	V - dato epidemiologico regionale
MCI	19% dei pazienti CDCD campani in carico nel 2019	Utenti CDCD; 2019	N.D.	N.D. prevalenza di popolazione; dato servizio separato
Parkinson	N.D. prevalenza regionale recente omogenea	N.D.	N.D.	N.D. - non stimare dal consumo farmaci
Rete demenze	PDTA/centri + Fondo Alzheimer e demenze 2024-2026	Sistema regionale	N.A.	V - infrastruttura di presa in carico

13.4 Offerta sanitaria R3/R2D: ricostruzione territoriale e contratti

Il controllo delle fonti 2026 conferma che non esiste, nelle pagine regionali esaminate, una singola tabella pubblica che esponga in modo consolidato per l'intera Campania il numero corrente di strutture R3/R2D, i posti autorizzati, i posti accreditati e quelli effettivamente contrattualizzati. La sezione regionale "Strutture sanitarie private accreditate", aggiornata sul portale di archivio al 30 aprile 2026, rinvia alle sette ASL per gli elenchi e gli accordi con gli erogatori. Il dato corrente deve quindi essere ricostruito ASL per ASL e distinto dal censimento dei servizi sociali della piattaforma SIS.

Questa frammentazione informativa è essa stessa un dato di sistema: autorizzazione, accreditamento e contratto non coincidono e la consistenza dell'offerta finanziata dipende dagli accordi e dai tetti di spesa aziendali. Per il confronto nazionale non verrà quindi attribuito alla Campania un numero regionale 2026 fino al completamento della ricostruzione territoriale.

Territorio / fonte	Evidenza disponibile	Periodo	Uso comparativo
Regione Campania	Portale regionale delle strutture sanitarie private accreditate: rinvio ai portali delle 7 ASL per elenchi e accordi.	agg. portale 30/04/2026	Conferma la natura decentrata della pubblicazione; nessun totale regionale R3/R2D direttamente esposto.
ASL Napoli 3 Sud	Pubblicati contratti RSA R3 per 6 erogatori: Convento Madonna dell'Arco, Moscati, Neapolisanit, Oasi San Francesco, Take Care Center, Villa Arianna.	contratti 2024	Benchmark territoriale certo; non equivalente a consistenza regionale 2026.
ASL Napoli 1 Centro	Contratti 2024-2025 della macroarea sociosanitaria distinguono espressamente R3, modulo demenze e R2D; documentati erogatori accreditati e atti di liquidazione RSA nel 2025-2026.	2024-2026	Conferma operatività e contrattualizzazione; volumi/posti da estrarre contratto per contratto.
ASL Benevento	Dati pagamenti 2025-2026 documentano prestazioni RSA e RSA/RD3; non consentono da soli di ricostruire posti R3/R2D.	2025-2026	Evidenza di attività residenziale; non usata come conteggio posti.
Altre ASL	Portali regionali rinviano alle amministrazioni trasparenti aziendali; censimento R3/R2D da completare su Avellino, Caserta, Napoli 2 Nord e Salerno.	2026	N.D. fino a ricostruzione omogenea.
Offerta R3/R2D	Dato regionale 2026 N.D.; ricostruzione ASL per ASL. Napoli 3 Sud: 6 erogatori R3 contrattualizzati nel 2024.		

Indicatore territoriale già utilizzabile. Il caso Napoli 3 Sud dimostra che il circuito contrattuale R3 può essere ricostruito nominativamente a livello aziendale; il caso Napoli 1 Centro mostra inoltre che i contratti possono contenere i volumi acquistati e i limiti economici per singola tipologia. Nel prosieguo della ricerca il metodo corretto sarà quindi estrarre da ciascuna ASL: erogatore, setting R3/R2D, posti autorizzati/accreditati se indicati, giornate o volumi contrattuali e budget.

Liste d'attesa. Nelle fonti pubbliche esaminate non è stato individuato un indicatore regionale unico 2026 dei tempi di attesa per R3/R2D. L'assenza di un dato aggregato non equivale ad assenza

di domanda: il benchmark programmatico storico mostrava un forte divario fra fabbisogno e offerta, ma non può essere trasformato in una lista d'attesa corrente.

Fonti specifiche: Regione Campania, “Strutture sanitarie private accreditate”, portale Amministrazione Trasparente; ASL Napoli 3 Sud, “Strutture sanitarie private accreditate”, contratti RSA R3 2024; ASL Napoli 1 Centro, contratti macroarea sociosanitaria 2024-2025 e provvedimenti di liquidazione RSA 2025-2026; ASL Benevento, dati sui pagamenti del SSN 2025-2026.

13.5 Ricognizione territoriale completa delle sette ASL

La ricognizione delle fonti aziendali e regionali consente di chiudere il quadro metodologico dell'offerta R3/R2D, ma non di trasformare dati eterogenei in un falso totale regionale. La Regione attribuisce alle singole ASL la definizione dei volumi per centro erogatore e la stipula dei contratti; gli atti pubblicati utilizzano formati differenti e spesso aggregano RSA anziani, RSA disabili, R2D, centri diurni, hospice e altri setting. La tabella seguente distingue pertanto ciò che è effettivamente documentato da ciò che resta non consolidabile in modo omogeneo.

ASL	Evidenza disponibile	Periodo	Valore per la MASTER
Avellino	Deliberazione DG n. 97 del 15/01/2026: ridefinizione 2025 dei volumi e tetti per ciascuna struttura privata accreditata della macroarea sociosanitaria; allegati con R3/RD3/R2D e altri setting.	2025-2026	Offerta contrattuale documentata per struttura; non ricavato un totale R3/R2D puro comparabile senza riclassificare gli allegati.
Benevento	Contratti 2024-2025 della macroarea includono R3 e R2D. Il contratto Villa Felice espone 6.629 giornate R3 per il 2024. La DG n. 582 del 25/08/2026 aggiorna i tetti della macroarea in applicazione delle DGRC 526/2025 e 623/2025.	2024-2026	Circuito R3/R2D attivo e aggiornato; totale aziendale di soli posti/giornate R3-R2D non pubblicato in un prospetto unico.
Caserta	Deliberazioni aziendali n. 78/2025 e n. 241/2025 sui tetti RSA/CD e monitoraggi dell'attività RSA gennaio-giugno e gennaio-agosto 2025.	2025	Monitoraggio territoriale disponibile; per la MASTER si evita di sommare RSA anziani, disabili e CD senza separazione di setting.
Napoli 1 Centro	Contratti e liquidazioni distinguono R3, modulo demenze e R2D; nel 2026 sono pubblicati monitoraggi mensili della macroarea sociosanitaria fino ad agosto.	2025-2026	È l'ASL con la serie di monitoraggio più aggiornata reperita; conferma volumi correnti ma non sostituisce un censimento regionale dei posti.
Napoli 2 Nord	Amministrazione Trasparente pubblica l'elenco delle strutture contrattualizzate (aggiornamento 01/06/2024)	2024-2026	Fonte aziendale presente ma meno leggibile per separare in un'unica tabella R3 e R2D; dato regionale consolidato non desumibile

ASL	Evidenza disponibile	Periodo	Valore per la MASTER
	e gli accordi; nel 2025-2026 risultano atti e tavoli su riabilitazione/sociosanitario.		automaticamente.
Napoli 3 Sud	Pagina aziendale RSA/R3: sei strutture nominate con capacità 40, 40, 50, 40, 20 e 38 posti (228 posti complessivi nella pagina R3); altra pagina aziendale indica 7 RSA/R3 accreditate. I contratti 2024 nominano sei erogatori R3.	2024-2026	Dato territoriale più dettagliato: distinguere sempre accreditate da contrattualizzate. La differenza 7 accreditate / 6 contratti pubblicati evidenzia che i due insieme non coincidono.
Salerno	Atti sui contratti 2024-2025 della macroarea; RSA San Pio accreditata per R3 con 45 posti. Per il 2023 l'ASL aveva 393.898 prestazioni massime aggregate RSA/CD anziani-disabili-R2D.	2023-2025	Evidenza di capacità e volumi, ma il volume aggregato non è convertibile in posti R3/R2D senza disaggregazione per setting.

Il dato più puntuale sui posti R3 reperito in fonte aziendale è quello di Napoli 3 Sud: 228 posti complessivi risultano dalla somma delle capacità riportate nella pagina RSA/R3 per sei strutture. Questo valore è un dato aziendale, non regionale, e non include automaticamente R2D. È inoltre necessario distinguere fra strutture accreditate e strutture contrattualizzate: la stessa ASL indica in una pagina sette RSA/R3 accreditate, mentre la pagina dei contratti 2024 ne nomina sei.

La ricognizione 2025-2026 conferma quindi che la misura più corretta dell'offerta finanziata non è il semplice numero di strutture autorizzate, ma la combinazione di posti accreditati, volumi/giornate acquistati e budget contrattuale per setting. Tale informazione esiste a livello aziendale, ma non è pubblicata in un unico dataset regionale R3/R2D omogeneo.

13.6 Nuovo fabbisogno autorizzativo 2026 e impatto sull'offerta

La DGR Campania n. 174 del 7 maggio 2026 modifica in modo rilevante il quadro dell'offerta futura. Il fabbisogno autorizzativo dei posti residenziali della riabilitazione e del sociosanitario viene fissato nel numero di posti programmati per i LEA aumentato, in funzione della domanda territoriale, di una quota compresa tra il 10% e il 20%; per i posti semiresidenziali l'incremento è tra il 5% e il 10%.

La stessa deliberazione consente, ai fini dell'accreditamento, una capacità accreditabile in eccesso rispetto al fabbisogno programmato fino al 10% per i posti residenziali e al 5% per i semiresidenziali, pur precisando che il SSR può porre a proprio carico solo i volumi previsti dalla programmazione. Autorizzazione, accreditamento e contratto restano quindi tre soglie distinte.

Le ASL devono individuare i setting e gli ambiti territoriali maggiormente carenti, dando priorità alle aree carenti; le nuove attività autorizzate devono essere avviate entro 12 mesi dal rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione. Questo provvedimento riduce la rigidità del precedente contingentamento autorizzativo, ma non elimina la barriera economica rappresentata dall'accesso al budget SSR.

13.7 Chiusura degli indicatori quantitativi trasversali

La chiusura della scheda Campania distingue i dati di stock correnti dai benchmark comparativi. Al 31 dicembre 2024 la popolazione residente è pari a 5.582.337 persone; le donne sono il 51,1%, l'età media è 44,5 anni e l'indice di vecchiaia è pari a 161 anziani di 65 anni e più ogni 100 giovani di 0-14 anni. Al 1° gennaio 2025 la Campania presenta inoltre la quota più elevata d'Italia di popolazione in età attiva (15-64 anni), pari al 65,3%. Gli 85+ censiti al 31 dicembre 2024 sono 157.316 (2,8% della popolazione), per il 64,9% donne. Questi indicatori confermano una regione ancora relativamente giovane nel confronto nazionale, ma con un processo di invecchiamento già strutturale.

Per il sistema residenziale sanitario, l'Annuario statistico del Ministero della Salute riferito al 2023 registra in Campania 4.836 posti in strutture sanitarie residenziali e 1.808 in strutture semiresidenziali, per 6.644 posti complessivi e 118 posti ogni 100.000 abitanti. Il 35,7% dei posti è classificato nella categoria "assistenza anziani". Il dato ministeriale è utile come benchmark omogeneo nazionale, ma non coincide con il solo perimetro regionale R3/R2D né con i posti contrattualizzati SSR 2026; per tale ragione non viene utilizzato per sostituire il dato R3/R2D corrente, che resta ricostruito territorialmente e non consolidato in un unico totale regionale.

Il confronto tra il benchmark ministeriale e la programmazione campana rafforza la lettura già emersa: l'offerta residenziale sanitaria per anziani è quantitativamente contenuta rispetto al bisogno programmato e presenta una forte frammentazione informativa tra Regione e ASL. L'indicatore "posti per 1.000 anziani" resta N.D. nella Master, perché non sarebbe metodologicamente corretto costruirlo combinando il totale ministeriale di tutte le tipologie sanitarie con un denominatore anziano non perfettamente omogeneo, né assimilare la quota "assistenza anziani" al solo setting R3/R2D.

Conclusione quantitativa. La Campania può essere considerata chiusa ai fini del confronto interregionale: i principali indicatori demografici, epidemiologici, tariffari, fiscali, organizzativi e programmatori sono documentati; gli N.D. residui identificano dati che non risultano pubblicati in forma regionale unica e omogenea, non lacune della ricognizione. In particolare restano aperti, senza stime autonome, il totale 2026 dei posti R3/R2D contrattualizzati, il tasso regionale di istituzionalizzazione specifico R3/R2D, i tempi medi regionali di attesa e una prevalenza campana population-based recente per MCI e Parkinson.

Indicatore	Valore	Riferimento	Fonte
Popolazione residente	5.582.337	31.12.2024	ISTAT
Donne	51,1%	31.12.2024	ISTAT
Età media	44,5 anni	2024	ISTAT
Indice di vecchiaia	161 per 100 giovani 0-14	2024	ISTAT
Popolazione 15-64	65,3%	01.01.2025	ISTAT
Residenti 85+	157.316 (2,8%)	31.12.2024	ISTAT
Donne tra gli 85+	64,9%	31.12.2024	ISTAT
Posti sanitari residenziali	4.836	2023	Ministero Salute

Indicatore	Valore	Riferimento	Fonte
Posti sanitari semiresidenziali	1.808	2023	Ministero Salute
Posti sanitari complessivi	6.644 (118 per 100.000 ab.)	2023	Ministero Salute
Quota posti “assistenza anziani”	35,7%	2023	Ministero Salute
Totale R3/R2D contrattualizzato	N.D. regionale consolidato	2026	Ricognizione ASL

14. Investimenti, immobili e barriere all’ingresso

Le principali barriere all’ingresso sono di natura regolatoria e finanziaria: fabbisogno programmato, autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione e budget; requisiti strutturali per moduli e dotazioni; intensità di personale; necessità di sostenere il capitale immobiliare e l’eventuale IMU; assenza di un meccanismo regionale ordinario identificato che rimborsi separatamente il costo dell’immobile di una RSA privata.

La normativa storica favorisce anche riconversioni di immobili esistenti e l’inserimento in contesti urbanizzati. Nel confronto nazionale, la Campania va quindi classificata come sistema con barriera all’ingresso SSR elevata, poiché accreditamento e contratto dipendono dalla programmazione del fabbisogno e dai volumi acquistabili.

15. Lettura dal punto di vista del gestore

- Tariffe 2026 finalmente aggiornate rispetto ai valori 2021, ma senza indicizzazione automatica permanente.
- Standard di personale dettagliati e differenziati tra R3 alto, R3 medio e R2D.
- Parte delle prestazioni sanitarie e dei farmaci/dispositivi resta a carico del SSR, riducendo alcuni costi diretti del gestore.
- Direzione sanitaria e personale interno rimangono costi strutturali rilevanti.
- IRAP cooperative sociali al 4,40%, più alta di diverse Regioni già esaminate.
- Contrattualizzazione e tetti di spesa costituiscono un vincolo economico autonomo rispetto all’accreditamento.
- Immobili, compliance e costo del lavoro devono essere valutati insieme alla quota tariffaria effettivamente riconosciuta.

16. Lettura dal punto di vista dell’ospite e della famiglia

Per R3 la tariffa è compartecipata al 50%. Nel 2026 la componente teorica sociale è quindi pari a circa € 67,31/die per R3 alto e € 59,04/die per R3 medio, prima dell’applicazione delle regole ISEE e dell’eventuale integrazione di Comune/Ambito. L’onere effettivo della famiglia può pertanto essere sensibilmente diverso dal valore nominale.

L’accesso non dipende solo dalla capacità economica: servono valutazione UVI, appropriatezza del setting e disponibilità di un posto nel circuito programmato. La famiglia beneficia però della continuità del MMG e della copertura SSR di numerose prestazioni sanitarie, farmaci e dispositivi previsti dal PAI.

17. Scheda sintetica per il confronto nazionale

Voce	Campania - dato sintetico
Setting anziani	R3 alto; R3 medio; R2D demenze
Capienza RSA	max 120 posti
Modulo	max 20 posti; max 3 moduli per Unità di cura
Direzione sanitaria	obbligatoria; tempo pieno a 120 posti
MMG	mantiene ruolo nel SSR; raccordo con Distretto
R3 alto 2026	€ 134,62/die - 50% SSR
R3 medio 2026	€ 118,07/die - 50% SSR
Indicizzazione	nessun automatismo annuale generale individuato
CCNL	adeguamento 2025-2026 collegato espressamente ai rinnovi/CCNL di categoria
IRAP coop sociali	4,40%
IVA coop sociali	5% quando applicabile secondo disciplina nazionale
Compliance	forte dettaglio DCA 97/2018 + obblighi nazionali
Flussi	STS24, FAR, File H
Accesso	UVI + valutazione multidimensionale + PAI + case manager
Barriera ingresso SSR	elevata per fabbisogno, accreditamento, contratto e budget

18. Audit Checklist Master RSA v.1.0

Legenda: V = verificato/trattato; N.D. = dato non disponibile o non reperito in forma regionale omogenea; N.A. = non applicabile come parametro regionale unico. Le voci N.D. restano visibili e non vengono sostituite da stime autonome.

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
1	A - Sistema regionale e normativa	Normativa fondamentale	V	§1-2
2	A - Sistema regionale e normativa	Atti attuativi vigenti	V	§1-2
3	A - Sistema regionale e normativa	Denominazione RSA/equivalenti	V	§1-2
4	A - Sistema regionale e normativa	Tipologie/livelli assistenziali	V	§1-2
5	A - Sistema regionale e normativa	Nuclei Alzheimer/demenze	V	§1-2
6	A - Sistema regionale e normativa	Post-acuzie/cure intermedie	N.D.	§1-2 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
7	B - Struttura e dimensionamento	Numero massimo posti	V	§3
8	B - Struttura e dimensionamento	Dimensione nuclei/moduli	V	§3
9	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti dimensionali/funzionali	V	§3
10	B - Struttura e dimensionamento	Camere/bagni/spazi comuni	N.D.	§3 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
11	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti tecnologici/impiantistici	N.D.	§3 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
12	B - Struttura e dimensionamento	Antisismica	N.D.	§3 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
13	B - Struttura e dimensionamento	Antincendio	V	§3
14	B - Struttura e dimensionamento	Vincoli nuovi investimenti	V	§3
15	C - Personale e assistenza	OSS standard	V	§4-6
16	C - Personale e assistenza	Infermieri standard	V	§4-6
17	C - Personale e assistenza	Fisioterapia standard	V	§4-6
18	C - Personale e assistenza	Altre figure	V	§4-6
19	C - Personale e assistenza	Standard per intensità	V	§4-6
20	C - Personale e assistenza	Copertura H24/turni	V	§4-6
21	C - Personale e assistenza	Medico obbligatorio	V	§4-6
22	C - Personale e assistenza	Minutaggio medico	N.D.	§4-6 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
23	C - Personale e assistenza	MMG	V	§4-6
24	C - Personale e assistenza	Costo medico	N.D.	§4-6 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
25	C - Personale e	Direttore struttura	V	§4-6

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
	assistenza			
26	C - Personale e assistenza	Direzione sanitaria	V	§4-6
27	C - Personale e assistenza	PAI/VMD	V	§4-6
28	D - Farmaci e prestazioni	Farmaci: chi fornisce/paga	V	§7
29	D - Farmaci e prestazioni	Farmaci/ stupefacenti/ documentazione	N.D.	§7 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
30	D - Farmaci e prestazioni	Ausili/protesi/ dispositivi	V	§7
31	D - Farmaci e prestazioni	Specialistica/ diagnostica	V	§7
32	E - Accesso e SSR	PUA/accesso	V	§6, §8
33	E - Accesso e SSR	UVI/UVM	V	§6, §8
34	E - Accesso e SSR	Graduatorie/liste attesa	N.D.	§6, §8 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
35	E - Accesso e SSR	Libertà scelta struttura	N.D.	§6, §8 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
36	E - Accesso e SSR	Autorizzazione	V	§6, §8
37	E - Accesso e SSR	Accreditamento	V	§6, §8
38	E - Accesso e SSR	Contrattualizzazione	V	§6, §8
39	E - Accesso e SSR	Budget/tetti	V	§6, §8
40	E - Accesso e SSR	Vigilanza/audit	V	§6, §8
41	F - Tariffe e compartecipazione	Tariffe per livello	V	§9
42	F - Tariffe e compartecipazione	Quota sanitaria	V	§9
43	F - Tariffe e compartecipazione	Quota sociale	V	§9
44	F - Tariffe e compartecipazione	IVA in tariffa	N.D.	§9 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
45	F - Tariffe e compartecipazione	Onere effettivo utente	V	§9
46	F - Tariffe e compartecipazione	Integrazione Comune/Ambito	V	§9

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
47	F - Tariffe e compartecipazione	ISEE	V	§9
48	F - Tariffe e compartecipazione	Servizi extra/supplementi	N.D.	§9 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
49	G - Indicizzazione	Meccanismo indicizzazione	V	§10
50	G - Indicizzazione	Automatico/ provvedimento	V	§10
51	G - Indicizzazione	Indice FOI/NIC/TIP	N.D.	§10 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
52	G - Indicizzazione	Periodicità	N.D.	§10 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
53	G - Indicizzazione	Sanitaria/sociale separate	V	§10
54	G - Indicizzazione	Serie storica tariffe	V	§10
55	G - Indicizzazione	Confronto inflazione ISTAT	N.D.	§10 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
56	G - Indicizzazione	Perdita/recupero reale	N.D.	§10 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
57	H - Costo lavoro e CCNL	CCNL considerati	V	§10
58	H - Costo lavoro e CCNL	Incidenza costo personale	N.D.	§10 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
59	H - Costo lavoro e CCNL	Incrementi rinnovi	V	§10
60	H - Costo lavoro e CCNL	Riconoscimento in tariffa	V	§10
61	H - Costo lavoro e CCNL	Scostamento CCNL/tariffa	N.D.	§10 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
62	I - Fiscalità	IVA prestazioni RSA	V	§11
63	I - Fiscalità	IVA cooperative sociali 5%	V	§11
64	I - Fiscalità	Effetto IVA su remunerazione	N.D.	§11 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
65	I - Fiscalità	IRAP ordinaria	V	§11

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
66	I - Fiscalità	IRAP cooperative sociali	V	§11
67	I - Fiscalità	Distinzione tipo A/B	N.D.	§11 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
68	I - Fiscalità	IRES	V	§11
69	I - Fiscalità	Altre agevolazioni regionali	N.D.	§11 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
70	L - Immobili e IMU	Regime IMU RSA	N.D.	§11, §14 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
71	L - Immobili e IMU	Agevolazioni coop/ETS	N.D.	§11, §14 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
72	L - Immobili e IMU	Confronto immobili commerciali	N.D.	§11, §14 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
73	L - Immobili e IMU	Incidenza immobiliare	N.D.	§11, §14 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
74	M - Compliance	D.Lgs 81/DVR/RSPP	V	§12
75	M - Compliance	Antincendio	V	§12
76	M - Compliance	Privacy/GDPR	V	§12
77	M - Compliance	Cybersecurity	V	§12
78	M - Compliance	HACCP	V	§12
79	M - Compliance	Legionella	V	§12
80	M - Compliance	Rifiuti sanitari	V	§12
81	M - Compliance	Rischio clinico/assistenziale	V	§12
82	M - Compliance	Formazione obbligatoria	V	§12
83	M - Compliance	Assicurazioni	N.D.	§12 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
84	M - Compliance	D.Lgs 231/2001	V	§12
85	M - Compliance	Qualità/miglioramento	V	§12
86	M - Compliance	ISO	V	§12
87	M - Compliance	Flussi informativi	V	§12

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
88	M - Compliance	RASA/figure equivalenti	N.D.	§12 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
89	M - Compliance	Audit interni/esterni	V	§12
90	M - Compliance	Costo compliance	N.D.	§12 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
91	M - Compliance	Riconoscimento compliance in tariffa	N.D.	§12 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
92	N - Demografia e bisogno	Popolazione regionale	V	§13.1 - ISTAT 31/12/2024: 5.582.337 residenti
93	N - Demografia e bisogno	Popolazione 65+	N.D.	§13 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
94	N - Demografia e bisogno	75+/80+/85+	V	§13.2 - ISTAT 2024: 157.316 residenti 85+ (2,8%); donne 64,9%. 65+/75+ restano N.D. separatamente.
95	N - Demografia e bisogno	Invecchiamento per sesso	V	§13.1-13.2 - donne 51,1% della popolazione; tra gli 85+ donne 64,9%; età media 44,5 anni.
96	N - Demografia e bisogno	Non autosufficienza	N.D.	§13 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
97	N - Demografia e bisogno	Demenze	V	§13.3 - studio population-based regionale; 80.392 casi, prevalenza standardizzata 77,64‰ nei 65+
98	N - Demografia e bisogno	Alzheimer	V	§13.3 - studio population-based regionale; 35.748 casi, prevalenza standardizzata 34,05‰ nei 65+
99	N - Demografia e bisogno	MCI	N.D.	§13.3 - disponibile solo case-mix CDCD 2019 (19% MCI), non prevalenza regionale di popolazione
100	N - Demografia e	Parkinson	N.D.	§13.3 - nessuna

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
	bisogno			prevalenza regionale recente e omogenea reperita; dati storici/farmaco-epidemiologici non sostitutivi
101	O - Offerta residenziale	Numero strutture	N.D.	§13.1-13.4 - nessun totale regionale 2026; portale regionale rinvia alle 7 ASL. Napoli 3 Sud: 6 erogatori R3 contrattualizzati nel 2024 come benchmark territoriale.
102	O - Offerta residenziale	Posti autorizzati	N.D.	§13.1-13.4 - posti autorizzati 2026 non consolidati regionalmente; ricostruzione da singoli atti ASL necessaria.
103	O - Offerta residenziale	Posti accreditati/contrattualizzati	N.D.	§13.1-13.4 - contratti territoriali documentati (Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud), ma totale regionale R3/R2D 2026 non reperito.
104	O - Offerta residenziale	Ospiti presenti	N.D.	§13.4 - attività/erogazione documentata territorialmente, ma ospiti presenti regionali R3/R2D non consolidati.
105	O - Offerta residenziale	Ospiti per sesso	N.D.	§13.4 - nessun dato regionale omogeneo per sesso degli ospiti R3/R2D.
106	O - Offerta residenziale	Posti per 1.000 anziani	N.D.	§13.4 - non calcolabile senza denominatore e posti correnti regionali omogenei.
107	O - Offerta residenziale	Tasso istituzionalizzazione	N.D.	§13.4 - non calcolabile senza ospiti/posti regionali correnti omogenei.
108	O - Offerta residenziale	Liste/tempi attesa	N.D.	§13.4 - nessun indicatore regionale

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
				unico 2026 dei tempi di attesa R3/R2D reperito.
109	O - Offerta residenziale	Domanda/offerta	N.D.	§13.2-13.4 - storico: fabbisogno 8.388 vs offerta 1.757; R3 4.947 vs 1.667. Evidenze territoriali recenti confermano circuito attivo ma non un totale 2026.
110	P - Economia sistema	Costo pubblico residenzialità	N.D.	§14-15 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
111	P - Economia sistema	Costo effettivo personale	N.D.	§14-15 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
112	P - Economia sistema	Costo medico	N.D.	§14-15 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
113	P - Economia sistema	Costo immobiliare	N.D.	§14-15 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
114	P - Economia sistema	Incidenza compliance	N.D.	§14-15 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
115	P - Economia sistema	Adeguatezza tariffa/costi	N.D.	§14-15 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
116	P - Economia sistema	Investimento nuova RSA	N.D.	§14-15 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
117	P - Economia sistema	Barriere ingresso	V	§14-15
118	Q - Lettura finale	Sostenibilità gestore	V	§15-17
119	Q - Lettura finale	Criticità organizzative	V	§15-17
120	Q - Lettura finale	Punti favorevoli sistema	V	§15-17
121	Q - Lettura finale	Costo effettivo famiglia	N.D.	§15-17 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
122	Q - Lettura finale	Accessibilità economica	N.D.	§15-17 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
123	Q - Lettura finale	Tempi accesso	N.D.	§15-17 - mantenuto aperto / nessuna stima

N.	Area	Controllo	Esito	Sezione / nota
				autonoma
124	Q - Lettura finale	Libertà scelta	N.D.	§15-17 - mantenuto aperto / nessuna stima autonoma
125	Q - Lettura finale	Elementi distintivi	V	§15-17
126	Q - Lettura finale	Scheda sintetica	V	§15-17

19. Fonti principali

- Regione Campania, l.r. 22 aprile 2003, n. 8 - Realizzazione, organizzazione e funzionamento delle RSA pubbliche e private, nel testo vigente.
- Regione Campania, l.r. 23 ottobre 2007, n. 11 - sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari.
- Regione Campania, Regolamento regionale n. 1/2007 - accreditamento istituzionale.
- Regione Campania, DCA n. 97 del 16 novembre 2018 - requisiti, criteri e procedure di accesso R3, R2D e RD3.
- Regione Campania, Decreto dirigenziale n. 3/2019 - procedure amministrative di rinnovo/accreditamento RSA come Unità di cura.
- Regione Campania, l.r. 5 luglio 2023, n. 11, art. 7 - modifica del fabbisogno R3.
- Regione Campania, DGR n. 526 del 5 agosto 2025 - aggiornamento tariffe macroarea riabilitazione e sociosanitaria, con decorrenze 2025 e 2026.
- Regione Campania / Direzione Generale Tutela Salute, comunicazioni 2025-2026 sul File H e profili tariffari.
- Regione Campania, Portale Entrate - aliquote IRAP vigenti al 1° aprile 2026.
- ISTAT, Censimento e dinamica della popolazione 2024; Indicatori demografici 2025 pubblicati nel 2026.
- Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Demenze e materiali regionali Campania.
- ISTAT, Censimento permanente della popolazione - dati regionali 2024, pubblicato il 30 aprile 2026: Campania, popolazione residente, sesso ed età media.
- Regione Campania, Servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati/accreditati dagli Ambiti territoriali, piattaforma SIS - rilevazione aggiornata al 28 febbraio 2026.

ISTAT, Campania - Approfondimento regionale, Censimento popolazione 2024, 30 aprile 2026: 157.316 residenti di 85 anni e più, 2,8% della popolazione; donne 64,9% degli 85+.

Regione Campania, Piano regionale della rete di assistenza sanitaria territoriale 2019-2021 / BURC n. 71 del 26 novembre 2019: fabbisogno e offerta residenziale per adulti non autosufficienti e setting R3.

Regione Campania, l.r. 22 aprile 2003, n. 8, art. 8, come sostituito dalla l.r. 5 luglio 2023, n. 11: fabbisogno R3 determinato dagli atti di programmazione regionale.

- Affinito G. et al., Incidence and Prevalence of Dementia: A 2015-2020 Population-Based Study in the Campania Region of Italy, Neuroepidemiology, 2024: studio population-based su dati sanitari regionali, con validazione clinica.

- Istituto Superiore di Sanità / Osservatorio Demenze, Survey sui servizi dedicati alle demenze - Campania: attività 2019 dei CDCD e distribuzione dei pazienti per diagnosi (demenza, MCI, disturbo soggettivo di memoria).
- Regione Campania, sezione Demenze e disturbi cognitivi; DCA 52/2015; DGR 468/2022; Piano di attività Fondo Alzheimer e demenze 2024-2026, avviato nel 2025 con risorse regionali pari a 2,3 milioni di euro.

Regione Campania, Amministrazione Trasparente - Strutture sanitarie private accreditate: elenchi e accordi rinviati alle singole ASL; portale di archivio aggiornato al 30 aprile 2026.

ASL Napoli 3 Sud, Strutture sanitarie private accreditate - contratti RSA R3 2024: sei erogatori pubblicati.

ASL Napoli 1 Centro, contratti macroarea sociosanitaria 2024-2025 (R3/R2D) e provvedimenti di liquidazione RSA 2025-2026.

ASL Benevento, dati sui pagamenti SSN 2025-2026 relativi anche a prestazioni RSA.

Regione Campania, DGR n. 174 del 7 maggio 2026 e relativo Documento tecnico - ridefinizione del fabbisogno autorizzativo residenziale/semiresidenziale: incremento 10-20% dei posti residenziali rispetto ai LEA programmati; capacità accreditabile in eccesso fino al 10%.

Regione Campania, DGR n. 623 del 18 settembre 2025 e DGR n. 695/2025 - volumi e limiti di spesa 2025 della macroarea sociosanitaria e mandato alle ASL per la definizione dei volumi per singolo erogatore.

ASL Avellino, Deliberazione DG n. 97 del 15 gennaio 2026 - ridefinizione dei volumi e tetti 2025 per le strutture private accreditate della macroarea sociosanitaria.

ASL Benevento, contratti macroarea sociosanitaria 2024-2025 e Deliberazione DG n. 582 del 25 agosto 2026 - aggiornamento tetti; contratto Villa Felice con 6.629 giornate R3 nel 2024.

ASL Caserta, Deliberazioni n. 78/2025 e n. 241/2025 e monitoraggi RSA 2025.

ASL Napoli 1 Centro, monitoraggi macroarea sociosanitaria 2026 e provvedimenti di liquidazione RSA/R3-R2D.

ASL Napoli 2 Nord, Amministrazione Trasparente - strutture contrattualizzate e accordi, aggiornamento 1 giugno 2024; atti successivi macroarea sociosanitaria.

ASL Napoli 3 Sud, pagina RSA/R3 e pagina Strutture sanitarie private accreditate: capacità per struttura e contratti RSA R3 2024.

ASL Salerno, atti macroarea sociosanitaria 2024-2025; RSA San Pio - 45 posti R3; dati 2023 sui volumi aggregati RSA/CD.

ISTAT, Censimento e dinamica della popolazione - Anno 2024; Censimento della popolazione: dati regionali - Campania, pubblicato il 30 aprile 2026.

ISTAT, Indicatori demografici - Anno 2024, dati al 1° gennaio 2025: quota della popolazione 15-64 anni in Campania pari al 65,3%.

Ministero della Salute, Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale - Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali, posti 2023.