



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. . . .

Prot. n.

OGGETTO:

Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2021 e relativo finanziamento" e ulteriori disposizioni a seguito dell'emergenza Coronavirus.

Trattato nella seduta di Giunta Provinciale del

sotto la presidenza del

PRESIDENTE

MAURIZIO FUGATTI

Presenti:

VICEPRESIDENTE
ASSESSORE

MARIO TONINA
MIRKO BISESTI
ROBERTO FAILONI
MATTIA GOTTARDI
STEFANIA SEGNANA
ACHILLE SPINELLI
GIULIA ZANOTELLI

Assiste:

IL DIRIGENTE

LUCA COMPER

Relatore:

STEFANIA SEGNANA

La Relatrice comunica,

la Giunta provinciale approva annualmente le direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario a favore degli ospiti non autosufficienti nelle RSA, nonché il relativo finanziamento a carico del Fondo per l'assistenza integrata ai sensi dell'articolo 15 della Legge provinciale 23 luglio 2010 n. 16.

Il 2020 è stato caratterizzato da una situazione di emergenza sanitaria connessa al virus COVID-19, che ha colpito fortemente il sistema delle RSA. Con disposizioni nazionali, lo stato di emergenza sanitaria è stato prorogato fino al 31 gennaio 2021, ma è presumibile che la pandemia condizionerà l'attività delle RSA anche nei mesi successivi.

Per fronteggiare l'emergenza sono state attivate in questi mesi delle RSA con funzioni di supporto al sistema: le RSA di transito, strutture filtro prima dell'ingresso in RSA; le RSA Covid, per le persone positive provenienti da RSA che richiedono cure temporanee a basso impegno sanitario e una RSA dedicata esclusivamente ai periodi di sollievo per garantire un sostegno temporaneo alle famiglie.

Inoltre, tenuto conto dell'impatto che l'epidemia ha sui bilanci delle RSA, con deliberazione della Giunta provinciale n. 520 del 24 aprile 2020 è stato previsto di riconoscere alle RSA il finanziamento, non più a presenza effettiva ma in base alle presenze medie registrate nel mese di febbraio 2020 a decorrere dal 1° marzo 2020 e fino alla fine dell'emergenza.

Il 4 giugno 2020 sono state emanate le prime Linee Guida alle RSA, prodotte dalla Provincia con il contributo del Tavolo Covid RSA composto da Assessorato alla Salute, Politiche Sociali, Disabilità e Famiglia, APSS, UPIPA, SPES e rappresentanti sindacali (FP CGIL, FP CISL, UIL FPL e FENALT). Nelle Linee Guida sono indicate, nello specifico, una serie di misure di carattere organizzativo e di modalità operative che gli enti gestori sono tenuti a mettere in atto per minimizzare il rischio di infezione da Sars-coV-2. In questi mesi, le Linee Guida sono state modificate e integrate in considerazione dei cambiamenti del contesto epidemiologico, normativo e organizzativo, nonché dell'evoluzione delle conoscenze sulla pandemia in atto (da ultimo versione 3 del 13 novembre 2020).

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 1422 del 18 settembre 2020 è stato approvato il "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Provincia autonoma di Trento", che riconosce il sistema delle RSA come nodo essenziale della rete sul quale negli anni si è molto investito, ma che oggi richiede un ripensamento a partire dalla gestione sanitaria. Già con la modifica introdotta con la legge provinciale di assestamento del 6 agosto 2020, n. 6, che ha inserito i commi 2 bis e 2 ter all'art. 20 della LP n. 16/2010, sono state poste le basi per qualificare l'esercizio delle funzioni di direzione sanitaria e di assistenza medica in RSA, prevedendo l'individuazione di figure mediche dedicate, in possesso di specifici requisiti di professionalità e incardinate sul territorio per ambiti omogenei o distrettuali. Il citato comma 2 bis prevede nello specifico che i requisiti di professionalità e competenza dei medici vengano individuati nell'ambito delle direttive in via di approvazione.

La pandemia ha rilevato anche la necessità di un ripensamento del ruolo di APSS nel sistema RSA. Il citato Piano prevede nello specifico l'attivazione di una funzione dedicata che garantisca supporto clinico-organizzativo e di sanità pubblica all'equipe della RSA, in una logica di reti assistenziali integrate tra Ospedale e Territorio.

Tutto ciò promesso di seguito vengono indicate in sintesi le principali modifiche/integrazioni contenute nelle Direttive alle RSA anno 2021 (Allegato 1), di cui si propone l'approvazione:

- nel corso del 2021, verrà introdotta nel sistema RSA la figura del direttore sanitario (nel testo sono individuati i requisiti e le funzioni) e maggiormente qualificata l'assistenza medica;
- definizione della funzione dedicata in APSS di supporto alle RSA che avrà anche il compito di coordinare i gruppi di lavoro previsti nelle Direttive RSA anno 2020, ma non attivati a causa della pandemia;
- nel corso del 2021, è prevista l'introduzione, nei parametri assistenziali, della figura dello psicologo a supporto dell'equipe RSA;
- è prevista l'attivazione di un sistema di sorveglianza attiva e di monitoraggio clinico nelle RSA;
- in attesa della revisione del modello di gestione dei nuclei per demenza, e valutate le richieste pervenute, vengono convertiti 15 posti letto base in posti letto di nucleo demenza grave nelle seguenti strutture:
 - RSA di Pinzolo: potenziamento del nucleo (da 5 a 10 posti letto);
 - RSA di Lavis: potenziamento del nucleo (da 5 a 10 posti letto);
 - RSA di Borgo Valsugana: riconoscimento di 5 posti letto;
- è sospeso il convenzionamento dei posti letto RSA a sede ospedaliera, stante l'emergenza Covid e le contrattazioni bilaterali intercorse con i rispettivi enti gestori;
- vengono prorogate fino al 31 marzo 2021, e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, le modalità di finanziamento previste nella deliberazione provinciale n. 520/2020.

Con il presente provvedimento si ripropongono gli stessi limiti per la definizione della retta alberghiera indicati nelle direttive 2020. Gli enti gestori che applicano una retta alberghiera base 2020 inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere 2020 (€ 47,95) possono aumentare la retta fino al valore della media ponderata 2020, mentre non è possibile per gli altri enti adeguare l'importo della retta visti gli attuali indici dei prezzi presi a riferimento;

In considerazione di quanto sopra esposto, la spesa complessiva per le RSA sull'esercizio 2021 a carico del SSP ammonta ad Euro 137.190.802,30 ed è così specificata:

VOCI DI SPESA	IMPORTI IN EURO
Convenzioni con RSA	131.315.272,80
Fondo di riequilibrio	350.000,00
Finanziamento integrativo fisioterapia per esterni	100.000,00
Finanziamento aggiuntivo Namir	600.000,00
Accantonamento potenziamento servizio di sollievo	84.000,00
Convenz. Casa S. Maria (10 posti letto)	155.125,00
Convenz. comunità residenziale per religiosi (25 posti letto)	319.375,00
Budget fornitura beni e servizi	4.267.029,50
TOTALE	137.190.802,30

La spesa trova copertura finanziaria con le risorse previste alle voci "Convenzioni con RSA per assistenza ai non autosufficienti", "Altri oneri RSA" e "Beni sanitari" della Tabella A) del

Riparto 2021 delle risorse del Servizio sanitario provinciale, approvato con deliberazione provinciale n. 2110 del 14 dicembre 2020.

Si propone di prorogare anche per il 2021 e fino a nuove disposizioni, la sospensione del rilascio di nuove impegnative di spesa a carico del SSP per l'inserimento di persone residenti in provincia di Trento in RSA extraprovinciali.

Tutto ciò premesso, la Relatrice propone di approvare le direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle RSA del SSP per l'anno 2021 e relativo finanziamento, quali risultano nell'Allegato 1), parte prima e parte seconda, alla presente deliberazione.

Come previsto dalla legge di stabilità provinciale 2021, approvata nella seduta del Consiglio provinciale del 18 dicembre 2020 e in corso di promulgazione, e dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 2043/2020, al fine di sostenere gli enti gestori di RSA in difficoltà economica a causa della pandemia da Covid-19, con il presente provvedimento si propone di istituire uno specifico fondo nel Bilancio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari pari ad euro 10.000.000,00. Al riguardo pertanto si propone di assegnare alla medesima tale somma e di impegnare l'importo di euro 10.000.000,00 al capitolo 442000 dell'esercizio finanziario 2020; tali risorse dovranno essere accantonate sul bilancio dell'Azienda in apposito fondo in attesa di successive direttive provinciali sulle procedure di trasferimento delle medesime alle RSA; contestualmente saranno individuati i criteri e le modalità di concessione dei contributi in collaborazione con i rappresentanti degli enti gestori.

Con deliberazione n. 1565 del 9 ottobre 2020 la Giunta provinciale ha disposto che, qualora la situazione epidemiologica si modificasse ulteriormente e risultasse necessario disporre tempestivamente di ulteriori posti letto RSA Covid, il Dirigente può individuare, con proprio provvedimento da ratificare con deliberazione provinciale, ulteriori posti letto RSA Covid.

Condividendo pienamente le ragioni sottostanti all'adozione delle determinazioni del Dirigente del Dipartimento Salute e Politiche sociali di conversione delle strutture, adottate in questi mesi, si propone di ratificare, confermandone i contenuti i seguenti provvedimenti:

- determinazione n. 216 del 12 novembre 2020 recante *“Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: individuazione di un nucleo Covid presso la struttura "Residenza Sacro Cuore" di Arco”* (13 posti letto),
- determinazione n. 227 del 25 novembre 2020 recante *“Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: conversione RSA di sollievo di San Vendemmiano in RSA Covid”* (25 posti letto),
- determinazione n. 228 del 25 novembre 2020 recante *“Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: conversione delle RSA di transito di Dro e Ala in RSA Covid”* (a Dro 25 posti letto e ad Ala 20 posti letti).

Visto l'andamento della pandemia, si propone di prorogare le funzioni delle suddette RSA Covid e delle RSA Covid di Volano (80 posti letto) e di Tione (20 posti letto) fino al 31 marzo 2021.

In generale si ritiene che queste strutture resteranno a supporto del sistema RSA (RSA Covid o RSA transito o sollievo per quanto riguarda la struttura di San Vendemmiano) fino al 31 dicembre 2021.

La spesa relativa alle funzioni di RSA Covid trova copertura alla voce *“Ass.za socio sanitaria a rilievo sanitario presso RSA Covid e di transito per emergenza Covid”* della Tabella A) del Riparto 2021 delle risorse del Servizio sanitario provinciale, approvato con deliberazione provinciale n. 2110 del 14 dicembre 2020.

Infine, tenuto conto dell'attuale situazione epidemiologica, delle recenti disposizioni ministeriali e provinciali, e dell'impegno contenuto nella Risoluzione n. 25 approvata dal Consiglio provinciale nella seduta del 25 novembre 2020, si propone di modificare le "Linee Guida - Indicazioni per l'erogazione in sicurezza delle attività nelle strutture residenziali socio-sanitarie durante la pandemia COVID-19" – versione 3 del 13 novembre 2020. Le integrazioni sostanziali riguardano le modalità di accesso in RSA dei residenti (punto 5.1) e dei parenti e visitatori (punto 5.2). Per quest'ultimo punto viene raccomandato alle RSA di favorire, in sicurezza, le visite, che possono offrire sostegno e supporto affettivo, tenuto conto che le misure restrittive, adottate in questi mesi, hanno determinato un impoverimento delle relazioni socio affettive, che possono aver favorito un decadimento psicoemotivo del residente, determinando un aumento del rischio di peggioramento di patologie di tipo organico.

Tutto ciò premesso,

LA GIUNTA PROVINCIALE

- udita la relazione;
- visto il D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/leg.;
- vista la L.P. 28 maggio 1998 n. 6;
- vista la L.P. 23 luglio 2010 n. 16;
- sentita UPIPA e Consolida;
- visti gli atti citati in premessa;
- a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

1. di approvare - per le motivazioni indicate in premessa - le "*Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale per l'anno 2021 e relativo finanziamento*", di cui all'Allegato 1);
2. di dare atto che il finanziamento per l'anno 2021 è stato determinato con riferimento al numero, alla tipologia di posti letto, alle tariffe, come definito nelle allegate direttive, di cui alla tabella E) parte seconda dell'Allegato 1);
3. di stabilire che la dotazione di personale, che ciascuna RSA deve garantire per l'anno 2021, è quella risultante dalla tabella C) parte seconda dell'Allegato 1);
4. di dare atto che al fabbisogno di spesa derivante dalla presente deliberazione, previsto in complessivi Euro 137.190.802,30, APSS fa fronte con le risorse previste nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2110 del 14 dicembre 2020, del Riparto del Fondo sanitario provinciale dell'anno 2021, secondo le modalità indicate in premessa;
5. di dare atto che le presenti direttive sostituiscono integralmente, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le precedenti direttive provinciali che disciplinavano l'assistenza a favore delle persone non autosufficienti in RSA;
6. di prorogare, fino al 31 marzo 2021, e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, le modalità di finanziamento disciplinate nella deliberazione provinciale n. 520/2020;

7. di dare atto che, come disciplinato nelle precedenti direttive, costituisce accordo negoziale, ai sensi della normativa vigente (D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni), la formale accettazione delle direttive di cui al precedente punto 1), attraverso la comunicazione in tal senso da parte delle RSA ad APSS, per il tramite dell'articolazione di riferimento del Servizio amministrazione territoriale da rendersi entro il 15 gennaio 2021. In allegato le RSA devono trasmettere una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante che gli ospiti occupanti i diversi tipi di posti letto sono quelli presenti in Atlante al 1° gennaio 2021. Quanto non espressamente disciplinato dal presente provvedimento sarà definito da APSS d'intesa con i rappresentanti degli enti gestori;
8. di dare atto che, per le motivazioni espresse in premessa, costituisce accordo di contitolarità nella gestione dei dati degli utenti, ai sensi del nuovo Regolamento Ue 2016/679 (GDPR), la formale accettazione del modello di cui all'allegato G) delle direttive richiamate al punto 1, da rendersi, entro il 15 gennaio 2021, con comunicazione da parte degli enti gestori ad APSS, anche utilizzando la medesima comunicazione di cui al precedente punto 7;
9. di disporre che APSS e gli enti gestori di RSA adottino i conseguenti provvedimenti necessari all'attuazione delle direttive di cui al punto 1);
10. di prorogare la sospensione, fino a nuove disposizioni, del rilascio di nuove impegnative di spesa per l'inserimento di persone residenti in provincia di Trento in RSA extraprovinciali;
11. di dare mandato ad APSS di sottoscrivere anche nel 2021 un contratto con Casa Santa Maria dell'Altopiano della Vigolana per il convenzionamento di 10 posti letto di servizio residenziale RSA di sollievo a minore intensità assistenziale per una tariffa di Euro 42,50 (IVA inclusa);
12. di stabilire che l'ente gestore del servizio residenziale di sollievo a minor intensità assistenziale rispetti i limiti per la definizione della retta alberghiera previsti al punto 5 parte seconda dell'Allegato 1);
13. di dare mandato ad APSS di sottoscrivere anche nel 2021 un contratto con gli enti gestori delle comunità residenziali per religiosi presso la Casa del Clero di Trento e la Residenza Sacro Cuore di Bolognano d'Arco per rispettivi 20 e 5 posti letto, per una tariffa giornaliera di Euro 35,00 (oneri fiscali inclusi);
14. di stabilire che per tutta la durata del ricovero nei posti letto di cui al precedente punto 13. è sospesa la scelta del medico di medicina generale e la correlata quota capitaria prevista dall'Accordo collettivo vigente, in analogia con quanto stabilito per i posti letto RSA convenzionate;
15. di dare atto che la tariffa a carico di APSS, unitamente all'eventuale esenzione dall'IRAP, costituisce corrispettivo per le prestazioni rese dalle strutture; l'eventuale parte di esenzione IRAP riconducibile ad attività rese in regime privatistico sarà recuperata nel corso dell'esercizio 2022 con modalità che saranno definite successivamente;
16. di assegnare all'Azienda e di impegnare l'importo di Euro 10.000.000,00 al capitolo 442000 dell'esercizio finanziario 2020, tali risorse dovranno essere accantonate sul bilancio dell'Azienda in apposito fondo in attesa di successive direttive provinciali sulle procedure di trasferimento delle medesime alle RSA. La presente assegnazione è da considerarsi fuori dal Riparto del finanziamento SSP 2020 da ultimo integrato con deliberazione n. 2012/2020;

17. di rimandare a successivo provvedimento la determinazione dei criteri, modalità e termini per l'applicazione il contributo straordinario agli enti gestori di RSA di cui al punto precedente;
18. di approvare, per le motivazioni di cui in premessa, le Linee Guida alle RSA – versione 4, allegate al presente provvedimento (Allegato 2);
19. di ratificare, per i motivi di cui in premessa, le determinazioni del Dirigente Generale del Dipartimento Salute e politiche sociali n. 216 del 12 novembre 2020, n. 227 del 25 novembre 2020 e n. 228 del 25 novembre 2020, confermandone i contenuti;
20. di prorogare al 31 marzo 2021 la funzione Covid delle RSA indicate in premessa, tenuto conto dell'andamento della pandemia;
21. di dare atto che alla spesa derivante dalle strutture di cui ai punti 19. e 20. APSS fa fronte con le risorse previste nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2110 del 14 dicembre 2020, del Riparto del Fondo sanitario provinciale dell'anno 2021, secondo le modalità indicate in premessa;
22. di comunicare l'adozione del presente atto ad APSS, agli enti gestori di RSA, alle Comunità, a UPIPA e Consolida;
23. di dare mandato al Dipartimento salute e politiche sociali di convocare il consiglio dei sanitari per illustrare le direttive relative alle RSA, come previsto nell'ordine del giorno n. 190, approvato dal Consiglio provinciale nella seduta del 28 luglio 2020;
24. di disporre la pubblicazione del provvedimento sul sito internet istituzionale della Provincia.

Elenco degli allegati parte integrante

001 Allegato 1

002 Allegato 2

DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA ED ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RESIDENZA SANITARIE ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE PER L'ANNO 2021 E RELATIVO FINANZIAMENTO

PREMESSA pag. 3

PARTE PRIMA: DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE DEL SSP PER L'ANNO 2021

1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE	pag. 6
2. MISSION E VISION DELLE RSA	pag. 6
3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA	pag. 7
4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI	pag. 8
5. COORDINAMENTO A LIVELLO DI SERVIZIO TERRITORIALE - UO CURE PRIMARIE	pag. 8
6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA	pag. 9
6.1 Funzione di coordinamento sanitario	pag. 9
6.2 Funzione di Direzione sanitaria	pag. 12
6.3 Funzione di coordinamento dei servizi	pag. 13
7. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALLA RSA	pag. 14
7.1 Assistenza medica	pag. 14
7.2 Assistenza medica specialistica	pag. 17
7.3 Assistenza infermieristica	pag. 18
7.4 Assistenza riabilitativa	pag. 20
7.5 Assistenza generica alla persona	pag. 21
7.6 Attività di animazione e di promozione sociale	pag. 22
7.7 Fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti	pag. 22
7.8 Trasporti sanitari	pag. 24
8. FORMAZIONE DEL PERSONALE	pag. 25
9. PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI	pag. 25
10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	pag. 25
11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE	pag. 26
12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITA' (NAMIR)	pag. 27
13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO	pag. 28
14. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA	pag. 29
15. VIGILANZA SULLA RSA	pag. 31
15.1 Vigilanze	pag. 31
15.2 Sistema di sorveglianza attiva e di monitoraggio clinico nelle RSA	pag. 34
16. FLUSSI INFORMATIVI	pag. 36
16.1 Presenze residenti	pag. 36

16.2	Elenco residenti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza	pag. 36
16.3	Informazioni sui medici delle RSA	pag. 36
16.4	Banca dati ministeriale	pag. 36
16.5	Documentazione contabile	pag. 36
16.6	Rette alberghiere	pag. 37
17.	OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO	pag. 37
18.	DISPOSIZIONI VARIE	pag. 38

PARTE SECONDA: FINANZIAMENTO ALLE RSA DELLE SPESE RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO A FAVORE DEGLI OSPITI RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO PER L'ANNO 2021 E DISPOSIZIONI PER LA CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA

1.	TARIFFA	pag. 40
2.	FORNITURA BENI E SERVIZI	pag. 42
3.	ACCANTONAMENTI E FONDI	pag. 42
3.1	Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo	pag. 42
3.2	Accantonamento per finanziamento integrativo livello Namir	pag. 42
3.3	Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni	pag. 43
3.4	Fondo di riequilibrio	pag. 43
4.	EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI	pag. 43
5.	LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE	pag. 44
6.	RECUPERO TARIFFARIO	pag. 44
7.	DISPOSIZIONI PER LE PERSONE ACCOLTE IN POSTI LETTO CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI	pag. 45

TABELLA A: Parametri di personale anno 2021 assicurati dalle tariffe di cui alle presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2021

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2021

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2021

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2021

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2021

ALLEGATO G: Accordo di contitolarità del trattamento dati personali per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie e assistenziali con le RSA e i centri diurni accreditati con il SSP

PREMESSA

Nella nostra provincia, come nel resto d'Italia e del mondo, il sistema delle Residenze Sanitarie Assistenziali (d'ora in poi denominate RSA) è stato fortemente colpito dal virus COVID-19, con effetti diretti e rilevanti sulla vita dei residenti, sui loro familiari, sul personale, sull'organizzazione dell'assistenza e con ricadute pesanti sui bilanci degli enti gestori.

Lo stato di emergenza è stato prorogato al 31 gennaio 2021 con delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020, ma si presume che gli effetti della pandemia interesseranno il sistema delle RSA almeno fino al 31 marzo.

Nel 2020, per fronteggiare l'emergenza, la Provincia ha attivato una task force dedicata con personale sanitario dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari (d'ora in poi denominata Azienda) e attivato diverse strutture a supporto del sistema¹:

- le "RSA Covid", dove trasferire le persone positive, provenienti da RSA, che richiedono cure temporanee a basso impegno sanitario;
- le RSA di transito, utilizzate come struttura filtro prima dell'ingresso in RSA, dove trascorrere un periodo di quarantena per i nuovi ingressi di persone provenienti dal domicilio;
- la RSA di sollievo, struttura attivata a seguito della sospensione degli accessi, per periodi di sollievo nelle RSA.

Con il provvedimento della Giunta provinciale n. 520 del 24 aprile, tenuto conto che la sospensione degli accessi in RSA ha generato una riduzione significativa delle presenze giornaliere, è stato modificato l'assetto remunerativo prevedendo che il finanziamento sia riconosciuto considerando la presenza media registrata nel mese di febbraio 2020.

Nelle Linee Guida alle RSA² (di seguito LG RSA), allegate alla deliberazione che approva queste direttive, sono indicate nello specifico una serie di misure e di modalità operative che gli enti gestori sono tenuti a mettere in atto per minimizzare il rischio di infezione da Sars-coV-2.

Queste misure di carattere organizzativo nei residenti e negli operatori sono state riprese nel Piano Covid di ciascuna struttura³.

Nel corso del 2020 è stato, inoltre, approvato dalla Giunta provinciale il "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Provincia autonoma di Trento"⁴ (c.d. Piano territoriale). Il Piano riconosce il sistema delle RSA

¹ Ad oggi le attività di RSA di transito e di sollievo sono sospese perchè la situazione epidemiologica ha reso necessario la loro conversione in RSA Covid.

Con la deliberazione di approvazione delle presenti direttive sono state prorogate fino al 31 marzo 2021 le funzioni di RSA Covid, salvo diverse disposizioni legate all'andamento della pandemia. Nei diversi provvedimenti di istituzione sono riportate le rispettive modalità di finanziamento.

² "Linee Guida per le Residenze Sanitarie Assistenziali - Indicazioni per l'erogazione in sicurezza delle attività nelle strutture residenziali socio-sanitarie durante la pandemia COVID-19". La prima versione è del 4 giugno 2020.

³ Piano Covid-19: contiene le disposizioni di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi.

⁴ Deliberazione provinciale n. 1422 del 1 settembre 20 in recepimento del DL 19 maggio 2020, n. 34 (cd. Decreto Rilancio), convertito, con modificazioni, dalla L 17 luglio 2020, n. 77.

come nodo essenziale della rete, sul quale in questi anni si è fortemente investito per assicurare interventi sanitari e assistenziali sempre più sicuri, appropriati e rispondenti alla necessità di assicurare benessere e qualità di vita del massimo livello possibile, compatibile con una situazione di residenzialità, ma che oggi richiede un ripensamento a partire dalla gestione sanitaria.

Già con la modifica introdotta con la legge provinciale di assestamento n. 6 del 6 agosto 2020⁵, sono state poste le basi per qualificare l'esercizio delle funzioni di direzione sanitaria e di assistenza medica in RSA, prevedendo l'individuazione di figure mediche dedicate, in possesso di specifici requisiti di professionalità e incardinate sul territorio per ambiti omogenei o distrettuali.

Con le presenti direttive, in attuazione della disposizione normativa, si provvede a dare le prime indicazioni per introdurre, nel corso del 2021, la figura del direttore sanitario (v. punto 6.2) e per qualificare l'assistenza medica (v. punto 7.1), rimandando l'approfondimento del parametro infermieristico e le relative valutazioni e disposizioni nel corso del 2021.

La pandemia ha messo in luce la necessità di un maggiore coordinamento e sostegno da parte dell'Azienda sul sistema RSA. Il Piano territoriale prevede nello specifico l'attivazione di una funzione dedicata che garantisca supporto clinico-organizzativo e di sanità pubblica all'equipe della RSA, in una logica di reti assistenziali integrate tra Ospedale e Territorio.

In particolare, questa funzione, che sarà messa a regime entro il 30 giugno 2021, eserciterà le azioni indicate nel Piano territoriale e coordinerà, in collaborazione con il Dipartimento salute e politiche sociali, i seguenti gruppi di lavoro, già previsti nelle Direttive 2020, ma non attivati a causa della pandemia, sui seguenti argomenti:

1. analisi informazioni contenute nelle relazioni sanitarie RSA (schema standard introdotto con le direttive 2020) ed elaborazione di reportistiche specifiche anche relative ai flussi NSIS;
2. revisione dell'attuale modalità di erogazione dell'assistenza specialistica, prevedendo il potenziamento delle attività di televisita e teleconsulto;
3. elaborazione progetto per sperimentare posti di residenzialità palliativa;
4. revisione dei nuclei per demenze gravi, tenendo conto di quanto definito sull'argomento nelle direttive 2020 e prodotto nei primi mesi del 2020;
5. definizione di programmi di formazione e aggiornamento nei confronti del personale RSA anche tenuto conto dei piani provinciali "Piano triennale della formazione degli operatori del Servizio Sanitario provinciale" e "Piano provinciale demenze - XVI Legislatura";
6. definizione di un protocollo operativo per la gestione dei posti letto di sollievo, tenendo conto di quanto definito sull'argomento nelle direttive 2020;

⁵ L'art. 18, comma 3 della LP 6 agosto 2020, n. 6 ha inserito i commi 2bis e 2ter all'art. 20 della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 (legge provinciale sulla tutela della salute). La disposizione transitoria prevista al comma 4 del medesimo art. 18 prevede che quanto previsto dal comma 3 si applichi a decorrere dalla data prevista nelle direttive alle RSA, fatte salve le scadenze delle convenzioni in essere, alla data di entrata in vigore della legge, con i medici.

7. valutazione del parametro di assistenza e delle modalità di rilevazione, tenendo conto di quanto previsto sull'argomento nelle direttive 2020, ed implementazione del sistema di monitoraggio e verifica.

Nei gruppi di lavoro dovranno essere coinvolti rappresentanti dell'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA⁶), Consolida⁷ e altri enti/istituzioni di volta in volta interessati all'argomento.

Nel corso del 2021 verrà riconosciuta nei parametri assistenziali l'attività dello psicologo a supporto dell'equipe RSA. Con specifico provvedimento verranno definite le funzioni, il parametro e la relativa quota tariffaria. Entro gennaio 2021, il Servizio competente istituirà un gruppo di lavoro specifico con l'Azienda e rappresentanti di UPIPA, Consolida e dell'Ordine degli psicologi della Provincia di Trento.

Per quanto riguarda i posti letto convenzionati, sono confermati i numeri indicati nelle direttive 2020, prorogando fino al 31 marzo e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, la modalità di finanziamento disciplinata con deliberazione provinciale n. 520 del 24 aprile 2020.

Infine, come riportato nel deliberato del provvedimento di approvazione di queste direttive, in attuazione di quanto previsto dalla legge di stabilità provinciale 2021, è stato istituito un accantonamento specifico nel bilancio dell'Azienda di Euro 10 milioni destinato a sostenere gli enti gestori di RSA, convenzionati con il Servizio Sanitario Provinciale (SSP), in difficoltà economica a causa della pandemia da COVID-19. Con specifica deliberazione provinciale verranno individuati i criteri e le modalità di concessione dei contributi, in collaborazione con rappresentanti degli enti gestori.

Le presenti direttive vanno lette tenuto conto delle indicazioni sopra riportate e saranno oggetto di integrazione/modifiche nel corso dell'anno.

⁶ UPIPA è l'associazione rappresentativa delle APSP riconosciuta ai sensi degli artt. 23 e 24 della L.R. 7/2005.

⁷ Consolida è il consorzio delle cooperative sociali trentine.

PARTE PRIMA

DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE DEL SSP PER L'ANNO 2021

1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE

Le presenti direttive si applicano alle RSA pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario della Provincia di Trento e all'Azienda e sono finalizzate a promuovere il miglioramento continuo del "sistema RSA" costituito da n. 57 strutture presenti in modo diffuso sul territorio.

La promozione del miglioramento continuo nelle RSA richiede l'assunzione di impegni prioritari da parte delle strutture e l'attivazione di condizioni per promuovere un cambiamento culturale di tutta l'organizzazione per porre il residente al centro, che molte RSA hanno in questi anni già in parte adottato, anche attraverso l'adesione al Marchio Qualità e Benessere costruito da UPIPA, coinvolgendo le stesse in forma partecipata. In particolare le aree di impegno che si riconoscono fondamentali per lo sviluppo delle RSA sono:

- la qualità di vita dei residenti; sono compresi la filosofia assistenziale centrata sulla persona, l'organizzazione della vita quotidiana attenta alle abitudini e preferenze delle persone; un management e una leadership che coinvolgono i residenti nelle decisioni; cura dell'ambiente affinché sia percepito come "familiare"; garantire opportunità di stimolazione sociale e di valorizzazione delle relazioni tra residenti, tra residenti e staff, tra residenti e visitatori;
- la qualità dell'assistenza; sono compresi l'appropriatezza clinica e assistenziale, le competenze del personale;
- la qualità dell'organizzazione dell'assistenza; sono compresi i modelli organizzativi centrati sulla persona, il ruolo e le competenze di chi esercita funzioni di coordinamento;
- la qualità dell'ambiente di lavoro per il personale delle RSA; sono compresi i modelli di *staffing* finalizzati all'*empowerment* del personale e la cura dei climi di lavoro;
- la qualità della gestione delle risorse assegnate; sono comprese le strategie di gestione del budget in coerenza con i criteri di appropriatezza clinici e assistenziali;
- le attività di gestione della conoscenza e qualificazione dei processi assistenziali; sono comprese le specifiche attività di apprendimento e crescita a supporto alla attività di autovalutazione e implementazione di requisiti e indicatori di qualità per l'accreditamento istituzionale.

2. MISSION E VISION DELLE RSA

Le RSA garantiscono l'accoglienza di persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti ed assistenza continui e non possono essere assistite a domicilio. L'Unità

Valutativa Multidisciplinare (UVM) propone alla persona e alla famiglia una progettualità residenziale quando valuta che è la risposta più appropriata ai bisogni e quindi quando non siano presenti o attivabili altre progettualità territoriali.

Le RSA, garantiscono una presa in carico globale e personalizzata dei bisogni della persona e organizzano servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, graduando l'intensità assistenziale ai bisogni della persona.

Le RSA tutelano e promuovono il rispetto dei principi di autonomia e libertà delle persone accolte, si impegnano a mantenere un significato esistenziale alla loro vita, assicurano una gestione dell'organizzazione che ne tuteli la dignità e ne rispetti i ritmi di vita abituali.

Le RSA perseguono le seguenti finalità:

- mantenere/migliorare le capacità funzionali, comportamentali, cognitive, affettive-relazionali in coerenza con il Piano assistenziale individualizzato (PAI) elaborato dall'équipe multidisciplinare con l'apporto e la condivisione della persona e della famiglia, attraverso un'assistenza qualificata e personalizzata;
- sostenere i familiari dei residenti, assicurare la conoscenza del livello di assistenza garantito, la loro partecipazione all'organizzazione ed alla valutazione delle attività erogate;
- accompagnare la persona e la famiglia in fase avanzata di malattia e di fine vita;
- promuovere l'integrazione con la comunità, facilitando la partecipazione degli utenti alla vita comunitaria, anche attraverso la valorizzazione della presenza dei volontari;
- collaborare, quale nodo fondamentale, al funzionamento ed al rafforzamento della rete dei servizi presenti sul territorio.

3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA

Onde perseguire concretamente il miglioramento continuo le RSA sono impegnate, anche attraverso la valorizzazione e la diffusione dei percorsi di miglioramento di sistema promossi dall'Azienda, da UPIPA o da Consolida nell'implementazione dei seguenti obiettivi strategici:

- migliorare la qualità della vita dei residenti attraverso concrete azioni di personalizzazione della vita quotidiana e di mantenimento di un significato esistenziale alla vita della persona;
- promuovere azioni di diffusione di buone pratiche assistenziali e gestionali tra le strutture, in particolare quelle finalizzate a valutare e migliorare la qualità della vita, l'appropriatezza clinica e assistenziale, il miglioramento dei climi organizzativi, il coinvolgimento di residenti e familiari nella valutazione della qualità dell'assistenza e della vita quotidiana;
- favorire lo sviluppo di sinergie tra tutti i soggetti coinvolti nella rete dei servizi, comprese le associazioni di utenti e familiari;
- promuovere uno sviluppo dell'offerta delle RSA, innovativo, flessibile ed adeguato all'evoluzione dei bisogni delle persone e famiglie, integrato nella rete dei servizi territoriali e coerente con le risorse disponibili.

Tra le aree di miglioramento da perseguire si segnala in particolare la promozione del superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche attraverso strategie organizzative e formative strutturate e specifici progetti di miglioramento e azioni di prevenzione, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antimicrobico resistenza (da perseguire mediante l'adesione alle iniziative di sorveglianza e implementazione di buone pratiche promosse a livello provinciale) e la valutazione della qualità della vita e del grado di umanizzazione dell'assistenza, da realizzare anche con modalità partecipate e strumenti/indicatori validati.

Per quanto attiene alla gestione delle terapie farmacologiche si rimanda al paragrafo 7.7.

4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

I destinatari delle prestazioni sanitarie e assistenziali a rilievo sanitario erogate nell'ambito delle RSA sono gli assistiti del Servizio Sanitario Provinciale (SSP), residenti in provincia di Trento, non autosufficienti e non assistibili a domicilio.

Per gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale residenti in comuni extra-provinciali ospitati nelle RSA provinciali, la spesa sanitaria di cui alle presenti direttive (assistenza sanitaria e assistenziale a rilievo sanitario, protesica, farmaceutica, ecc.), non può essere posta a carico del Fondo sanitario provinciale, ma deve essere direttamente addebitata dalle RSA ospitanti alle ASL extra-regionali di residenza degli utenti. A tal fine ciascuna RSA deve richiedere, all'atto dell'ammissione delle persone con residenza anagrafica extra-provinciale, l'impegno della ASL di residenza ad assumere il relativo onere per la spesa sanitaria

Al riguardo si conferma che l'acquisizione della residenza anagrafica in un comune della Provincia di Trento in data successiva o contestuale alla richiesta di valutazione della non autosufficienza all'UVM del Servizio Territoriale – UO Cure Primarie del SSP, non può in alcun caso costituire titolo per beneficiare delle predette prestazioni con oneri a carico del Fondo sanitario provinciale.

Non costituisce altresì titolo per beneficiare delle prestazioni con oneri a carico del Fondo sanitario provinciale l'eventuale acquisizione (da parte di un residente fuori provincia) della residenza presso la struttura ospitante in data successiva alla data di ingresso in struttura.

5. COORDINAMENTO A LIVELLO DI SERVIZIO TERRITORIALE – UO CURE PRIMARIE

Le attività di coordinamento e di integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali (rete dei servizi) sono assicurate a livello di Servizio territoriale – UO Cure Primarie. Esse si realizzano nel Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza tramite l'UVM e devono essere finalizzate a garantire la continuità di cura dell'assistito.

Il Servizio territoriale – UO Cure Primarie ha un ruolo di supporto e di monitoraggio rispetto agli obiettivi di miglioramento nei confronti dei residenti delle RSA, nonché

all'adozione di idonei strumenti e strategie assistenziali che tutti gli operatori delle RSA sono tenuti ad adottare. È opportuno che si sviluppi una forte sinergia tra gli operatori del Servizio territoriale – UO Cure Primarie e delle RSA che non si esaurisce nella attività di verifica, ma consiste anche nella condivisione di un percorso di miglioramento continuo con la definizione congiunta di obiettivi e indicatori per il monitoraggio delle azioni di miglioramento, da promuovere anche mediante i sistemi di monitoraggio clinico e sorveglianza sanitaria previsti nelle presenti direttive.

6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA

6.1 Funzione di coordinamento sanitario

Ciascuna RSA designa nominativamente il medico al quale è attribuita la funzione di coordinamento sanitario, che contribuisce alla corrispondenza tra organizzazione complessiva della struttura e qualità e appropriatezza della risposta ai bisogni dei residenti, nel rispetto della loro autonomia, libertà e dignità. Il coordinatore sanitario deve provvedere, anche con la propria formazione personale, all'acquisizione e aggiornamento di competenze organizzative e gestionali utili a indirizzare l'organizzazione al rispetto delle buone pratiche igienico sanitarie nonché al perseguimento della appropriatezza dell'assistenza ai residenti, assistenza che deve rispondere ai bisogni globalmente intesi della persona presa in carico. L'attività riguarda tutti gli eventuali ulteriori servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali gestiti.

La funzione di coordinamento delle attività sanitarie nelle RSA viene eseguita nell'ambito dei parametri assistenziali esplicitati dal successivo paragrafo 7.1.

L'attività di coordinamento sanitario è assicurata mediante l'opera di medici dipendenti dalla RSA o convenzionati con la stessa. Ove non sia possibile assicurare l'attività di coordinamento sanitario mediante rapporto di lavoro dipendente, la RSA adotta le misure organizzative necessarie a garantire lo svolgimento delle funzioni tecniche connesse al ruolo e all'implementazione nell'organizzazione delle indicazioni del coordinatore sanitario.

Le principali funzioni del coordinatore sanitario sono:

- promuovere le condizioni organizzative per garantire la massima integrazione tra l'attività medica di diagnosi e cura, il coordinamento delle attività sanitarie e assistenziali e l'organizzazione della vita dei residenti, tenendo conto dei ritmi abituali di vita nelle attività quotidiane;
- promuovere, in integrazione con il coordinatore dei servizi, l'adozione di modelli organizzativi dell'assistenza e della vita nella RSA centrati sul residente, che garantiscano la sicurezza e la partecipazione della persona e la personalizzazione, nell'ottica di un'umanizzazione delle cure rivolta all'ascolto del residente e all'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica;

- favorire, in integrazione con il coordinatore dei servizi, l'adozione e la diffusione, di linee guida clinico-assistenziali validate per assicurare l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- promuovere l'elaborazione di strumenti specifici (procedure, linee di indirizzo, ecc.) e l'attivazione di azioni organizzative (riunioni, formazione sul campo, audit clinici/organizzativi, ecc.) per orientare le pratiche clinico-assistenziali di tutto il personale;
- coordinare l'apporto dei medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale per promuovere un'omogeneità di comportamento e l'integrazione con i processi clinico-assistenziali gestiti dal personale, anche attraverso l'organizzazione di incontri periodici;
- garantire l'implementazione di programmi e strumenti per la prevenzione e la gestione del rischio clinico, il monitoraggio e la verifica sui livelli di sicurezza delle attività assistenziali, anche in relazione all'implementazione delle raccomandazioni e delle buone pratiche clinico-assistenziali sulla sicurezza del paziente e alla rilevazione e gestione di errori, eventi avversi, eventi sentinella e sinistri;
- sviluppare le condizioni organizzative per garantire la continuità delle cure e la continuità informativa in tutte le fasce orarie, in particolare nel caso di intervento dei medici di continuità assistenziale, di accesso a presidi ospedalieri e di riammissione in RSA da una dimissione ospedaliera;
- mantenere un costante raccordo con il Direttore della Unità Operativa Cure Primarie del Servizio territoriale e costituire un riferimento per l'UVM;
- mantenere un raccordo con i medici specialisti che accedono alla RSA;
- promuovere il coordinamento dei piani di intervento individuali in collaborazione con l'equipe di lavoro ed il controllo di qualità e sicurezza della cura e dell'assistenza in generale, ivi incluso l'adozione delle misure per il superamento della contenzione secondo il programma definito a livello di struttura;
- garantire, in collaborazione con il coordinatore dei servizi e il referente della qualità, l'implementazione di un sistema di gestione per la qualità coerente con le esigenze di sicurezza e appropriatezza (organizzativa e clinica), nel rispetto dei requisiti di accreditamento istituzionale e degli indirizzi della programmazione sanitaria.

Inoltre cura:

- l'adozione, il controllo e la vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza e le segnalazioni obbligatorie secondo le norme vigenti;
- la predisposizione e attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli residenti, secondo le norme vigenti;
- l'approvvigionamento dei farmaci e del materiale sanitario forniti direttamente dall'Azienda e la vigilanza sul loro corretto utilizzo;
- la supervisione, il controllo e la verifica dei livelli qualitativi sulle attività di supporto, comprendenti la gestione alberghiera (es. in relazione alla ristorazione con la verifica dell'appropriatezza dei menu, supervisione approvvigionamenti alimentari, qualità dei pasti ecc) e pulizie e sanificazioni (es. ambienti, attrezzature, biancheria);
- ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura, quali ad esempio la gestione dei rifiuti a rischio infettivo e la gestione della camera mortuaria.

- la redazione di una relazione annuale sull'andamento dell'assistenza ai residenti da inviare per il tramite della Direzione della RSA al Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza e, per conoscenza, all'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza (di seguito anche Servizio competente) entro il 28 febbraio 2022, secondo lo schema standard allegato alla deliberazione di approvazione delle direttive alle RSA anno 2020, approvate con deliberazione della Giunta provinciale n. 2175/2019 (Allegato 2).

Con riferimento alla relazione anno 2020, i termini per la presentazione sono prorogati al 30 giugno 2021. Entro gennaio 2021 l'Azienda in collaborazione con il Dipartimento Salute e politiche sociali, organizza un incontro con le RSA per restituire quanto emerso dalle relazioni 2019 e fornire indicazioni specifiche sulla stesura della Relazione 2020.

6.2 Funzione di Direzione sanitaria

Il direttore sanitario, svolge ogni attività di indirizzo, gestione e vigilanza ritenuta necessaria al governo del sistema igienico sanitario e di tutela della salute e sanità pubblica all'interno della RSA, in autonomia e avvalendosi delle risorse necessarie, in coerenza con gli indirizzi provinciali e dell'Azienda e con le più recenti indicazioni tecnico scientifiche dettate dagli organismi preposti nei settori di intervento. Il direttore sanitario risponde dell'organizzazione tecnica-funzionale dei servizi e del buon andamento delle attività sanitarie anche nei confronti dell'autorità sanitaria.

Il direttore sanitario incorpora le competenze del coordinatore sanitario, sopra indicate, e garantisce inoltre le seguenti funzioni:

- verificare e garantire il rispetto dei requisiti igienico-sanitari previsti per l'esercizio delle attività gestite dell'ente (es. residenziali, semi-residenziali, diurne, domiciliari), sia per quanto attiene gli aspetti logistico-strutturali che quelli tecnico-organizzativi;
- garantire l'osservanza delle norme per la prevenzione dei rischi sanitari e per la sicurezza e la salute degli operatori e dei residenti;
- programmare e implementare strumenti e procedure di prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni, in integrazione con il coordinatore dei servizi e con le figure di riferimento dell'Azienda, anche in riferimento all'attuazione di attività di formazione e addestramento e alla verifica della correttezza delle misure previste;
- in relazione al punto precedente, mettere in atto le misure di contenimento e gestione delle emergenze epidemiologiche;
- curare la corretta gestione delle cartelle cliniche e la qualità delle registrazioni cliniche e assistenziali e dei correlati flussi informativi sanitari;
- coordinare e supervisionare le eventuali attività ambulatoriali convenzionate o svolte in libera-professione, ivi compresa la redazione della procedure volte a garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, nel rispetto delle normative sanitarie e degli standard tecnico-professionali e

organizzativi di riferimento, in collaborazione con il coordinatore dei servizi e il referente interno della qualità;

- supportare l'acquisizione di arredi, attrezzature e dispositivi e l'adozione di sistemi, strumenti e programmi volti a favorire innovazioni tecnologiche, organizzative e professionali, che consentano di ottimizzare la qualità delle cure erogate, la qualità di vita dei residenti, nonché la tutela della sicurezza, della salute e del benessere del personale;
- garantire l'espletamento degli adempimenti connessi alla gestione sanitaria della struttura e alla vigilanza sull'osservanza di norme, indirizzi e regolamenti sanitari, nonché all'ottemperamento di prescrizioni e indicazioni impartite da soggetti istituzionali esterni, eventualmente in collaborazione con le strutture di riferimento dell'Azienda.

Il direttore sanitario di RSA deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi
- una specializzazione tra le seguenti: Igiene e Medicina Preventiva, Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Statistica sanitaria e Biometria, Medicina di comunità e delle cure primarie o nelle altre discipline equipollenti;

oppure (in alternativa alla specializzazione)

- 10 anni di esperienza certificata in una delle seguenti discipline dell'area della prevenzione e sanità pubblica: Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base.

Tenendo conto del numero di RSA e del numero complessivo dei posti letto, si ritiene congruo individuare n. 7 figure, a ciascuna delle quali compete la funzione di direzione sanitaria di alcune RSA per un numero complessivo di circa 600/700 posti letto. Con successivo provvedimento verrà determinata l'integrazione tariffaria corrispondente.

Entro 60 giorni dall'individuazione del nuovo assetto organizzativo territoriale da parte dell'Azienda, gli enti gestori, per il tramite dei loro rappresentanti, presentano al Dipartimento Salute e politiche sociali, una proposta congiunta di aggregazione tra RSA per la funzione di direttore sanitario, coerente con la riorganizzazione aziendale. I direttori sanitari dovranno prendere servizio entro i successivi sei mesi con tempistiche anche differenziate, tenuto conto delle procedure di selezione di ciascuna aggregazione.

Quando il direttore sanitario prenderà servizio verrà riconosciuto alle RSA di riferimento, l'integrazione tariffaria corrispondente.

6.3 Funzione di coordinamento dei servizi

L'attività di coordinamento dei servizi è assicurata, di norma, mediante l'impiego di personale dipendente.

Le funzioni di coordinamento dei servizi sono strategiche per l'organizzazione e la gestione dell'assistenza e del personale.

Le principali funzioni del coordinatore dei servizi sono:

- promuovere le condizioni organizzative per garantire la massima integrazione tra gli operatori dell'équipe multidisciplinare, il coordinamento delle attività assistenziali e l'organizzazione della vita dei residenti, tenendo conto dei ritmi abituali di vita nelle attività quotidiane;
- promuovere, in integrazione con il coordinatore sanitario, l'adozione di modelli organizzativi dell'assistenza e della vita nella RSA centrati sul residente, che garantiscano la partecipazione della persona e la personalizzazione delle cure;
- favorire, in integrazione con il coordinatore sanitario, l'adozione e la diffusione, di linee guida clinico-assistenziali validate per assicurare l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- promuovere l'elaborazione di strumenti specifici (procedure, linee di indirizzo, ecc.) e l'attivazione di azioni organizzative (riunioni, formazione sul campo, audit clinici/organizzativi, ecc.) per orientare le pratiche assistenziali di tutto il personale, anche attivando sistemi di monitoraggio specifici per l'adozione delle misure previste per il superamento della contenzione secondo i piani della struttura;
- promuovere, in collaborazione con il coordinatore sanitario, l'integrazione dei processi clinico-assistenziali gestiti dal personale, anche attraverso l'organizzazione di incontri periodici;
- sviluppare le condizioni organizzative per garantire la continuità delle cure e la continuità informativa;
- gestire il personale affidato, curando la valutazione delle competenze, lo sviluppo professionale e la formazione;
- strutturare e gestire momenti di audit e confronto con l'équipe su eventi critici o di successo;
- monitorare la qualità dell'assistenza ed attivare il miglioramento continuo;
- costituire un riferimento per l'UVM.

Le nomine dei nuovi coordinatori non possono prescindere dal possesso del diploma di laurea di infermiere o titolo equipollente, nonché del Master per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie ai sensi della L. 43/2006 o laurea magistrale in scienze infermieristiche.

Nel caso di presenza di due coordinatori (inteso come 2 unità equivalenti) all'interno della medesima struttura organizzativa, il secondo potrà possedere competenze di area socio-educativa o sanitaria (indicativamente educatore professionale o psicologo).

In ragione della complessità dell'organizzazione e delle progettualità che è necessario sostenere nel campo del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'organizzazione del lavoro del personale di assistenza e della gestione delle risorse affidate, va promossa la formazione avanzata del coordinatore, preferibilmente universitaria, nel campo del coordinamento dei servizi, della gestione del paziente geriatrico, delle cure primarie e palliative. L'Azienda si impegna a

supportare lo sviluppo di strategie per rafforzare le funzioni di coordinamento in RSA.

Ove l'attività di coordinamento venga assicurata da personale infermieristico, questo non concorre al conseguimento del parametro infermieristico di cui alla tabella A), parte seconda, salvo autorizzazione preventiva del Servizio competente.

7. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALLA RSA

La presa in carico globale e personalizzata della persona accolta in RSA è definita in un progetto terapeutico-assistenziale-riabilitativo elaborato sulla base dei bisogni valutati con strumenti multidimensionali e con un approccio multidisciplinare al momento dell'accesso e periodicamente. Nella definizione del progetto assistenziale è garantito l'apporto della persona sia nella valutazione dei bisogni sia nella espressione delle proprie abitudini e preferenze nella organizzazione della vita quotidiana nella struttura di accoglienza. Fondamentale è anche il ruolo della famiglia per supportare la persona nell'espressione dei propri bisogni.

Le RSA organizzano i servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, graduando l'intensità assistenziale ai bisogni della persona e garantiscono che ai residenti delle RSA vengano assicurate le seguenti prestazioni sanitarie e assistenziali a rilievo sanitario nelle modalità di seguito indicate, componendo le stesse in una progettualità personalizzata:

1. assistenza medica;
2. assistenza medica specialistica;
3. assistenza infermieristica;
4. assistenza riabilitativa;
5. assistenza generica alla persona;
6. attività di animazione;
7. fornitura di farmaci, presidi sanitari ed altri prodotti;
8. trasporti sanitari.

I professionisti della riabilitazione, la cui qualifica sia indicata espressamente come concorrente al parametro, sono obbligati all'iscrizione al relativo Albo per professioni sanitarie, così come previsto dalla L. 11 gennaio 2018, n. 3 e del DM 13 marzo 2018.

Rimane fermo l'obbligo d'iscrizione all'Albo anche per gli infermieri (Albo dell'OPI Ordine Professioni Infermieristiche) e per gli psicologi (Albo A dell'Ordine degli Psicologi).

7.1 Assistenza medica

L'assistenza medica è assicurata mediante l'opera di medici dipendenti dalla RSA o convenzionati con la stessa.

Le principali funzioni sono:

- assumere la responsabilità complessiva in ordine alla promozione e al mantenimento della salute dei residenti attraverso funzioni preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e di educazione sanitaria;
- gestire le proprie funzioni attraverso la relazione di cura con il residente, per cogliere gli aspetti biografici che caratterizzano la persona, anche attraverso l'apporto dei familiari;
- adottare specifici strumenti per assicurare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, nonché la sicurezza dei residenti, anche su indicazione del coordinatore sanitario della RSA, oltre che in relazione ad eventuali indicazioni dell'Azienda;
- partecipare ai programmi di superamento della contenzione farmacologica e fisica, definiti da ciascuna struttura residenziale;
- valutare e rivalutare periodicamente in modo programmato il carico terapeutico complessivo del residente, con particolare attenzione alle politerapie e alla necessaria riconciliazione prescrittiva documentando il processo nella documentazione sanitaria;
- garantire il proprio apporto all'interno dell'équipe multidisciplinare in coerenza con il progetto individualizzato definito per il residente;
- contribuire a contestualizzare, in collaborazione con il medico specialista, le terapie prescritte da quest'ultimo al fine di garantire al residente un approccio terapeutico coerente con i bisogni complessivi di salute e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- partecipare agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale del residente e attuare e verificare i piani individuali di assistenza con l'équipe multiprofessionale;
- partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza ai residenti, nell'ambito dei programmi promossi dal SSP;
- partecipare agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura;
- partecipare all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari dei residenti.

Qualora la continuità medica nelle 24 ore non venga garantita dalla struttura, in caso di urgenza, nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, l'assistenza medica è assicurata dal servizio di continuità assistenziale territorialmente competente. Il medico della RSA garantisce al medico di continuità assistenziale di poter disporre di informazioni complete e aggiornate sulla cura del residente, comprese tutte le informazioni utili che documentano le volontà della persona in merito a trattamenti sanitari ed assistenziali, delle quali i curanti devono tener conto. In caso di residenti che presentano condizioni di instabilità clinica il medico della RSA predispone per il medico di continuità assistenziale informazioni preventive per garantire continuità alla gestione clinica.

Per tutta la durata del ricovero in RSA è sospesa la scelta del medico di medicina generale (c. 2, art. 19 della L.P. 6/98) e la correlata quota capitaria prevista dall'Accordo Collettivo vigente.

Il medico che opera all'interno della struttura residenziale deve essere in possesso del certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici e di specifica copertura assicurativa per la responsabilità civile nei confronti di terzi. Lo stesso è tenuto a frequentare

iniziative formative rivolte ai medici che operano nelle RSA, nell'ambito dei programmi promossi dal SSP.

Il medico che opera all'interno della struttura residenziale deve essere in possesso di un documentato curriculum orientato alla cura della persona anziana e deve provvedere all'aggiornamento delle competenze anche con la propria formazione personale, anche attraverso la partecipazione alle iniziative formative per il miglioramento del sistema delle RSA promosse da Azienda, da UPIPA o da Consolida.

Lo svolgimento dell'attività medica comporta il rispetto dei vincoli dell'accordo collettivo nazionale e decentrato per quanto attiene massimali e incompatibilità.

L'attività medica di diagnosi e cura deve essere garantita in coerenza con le attività da assicurare, almeno con i seguenti parametri minimi:

- assicurare l'assistenza medica ai residenti della struttura residenziale con un numero di accessi settimanali e giornalieri ritenuto adeguato dal coordinatore sanitario della RSA alla tipologia e ai bisogni dei residenti e comunque deve essere assicurata l'assistenza medica almeno con i seguenti parametri minimi:
 - almeno 2 minuti al giorno per ogni posto letto base;
 - almeno 4 minuti al giorno per ogni posto letto in nucleo ad alto fabbisogno assistenziale;
- assicurare l'assistenza medica urgente nella stessa giornata della richiesta, anche al di fuori degli accessi previsti, nelle fasce orarie e nei giorni non coperti dal servizio di continuità assistenziale;
- assicurare la rivalutazione del singolo residente, con cadenza almeno mensile.

PRIME INDICAZIONI PER LA QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA

L'assistenza medica deve essere progressivamente garantita da medici dedicati, anche a scavalco tra più enti gestori, e in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi;
- la specializzazione in Geriatria o Medicina interna (o discipline equipollenti o affini);

oppure (in alternativa alla specializzazione)

- aver frequentato il corso specifico per medici di RSA promosso dalla Provincia.

Con riferimento a quanto sopra, è previsto con l'anno 2021, l'avvio di una nuova formazione per medici di RSA, che sarà realizzata dalla Scuola di formazione specifica in medicina generale di Trento, secondo il programma approvato dalla Provincia in applicazione del Protocollo quadro tra la Provincia, la Fondazione Bruno Kessler, l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e l'Azienda,

approvato dalla Giunta provinciale con provvedimento n. 1748 del 30/10/20, sottoscritto dalle Parti.

L'individuazione di queste nuove figure sanitarie avverrà successivamente alla nomina del direttore sanitario. Con successivo provvedimento verrà aggiornato il parametro e definita la tariffa sanitaria corrispondente.

Gli enti gestori dovranno prevedere, nei contratti sottoscritti o rinnovati successivamente alla data di adozione delle presenti direttive, idonee clausole di adeguamento alle disposizioni previste nel presente punto.

7.2 Assistenza medica specialistica

L'Azienda, attraverso i Servizi territoriali – UO Cure Primarie, assicura l'assistenza specialistica in favore dei residenti in relazione alle specialità prescritte dal medico della struttura in base alle necessità e ai piani di assistenza individuali, nelle quantità massime indicate per ciascuna RSA nell'allegata tabella D), parte seconda.

Per le persone ambulabili il medico della RSA può richiedere visite specialistiche in ambulatorio dell'Azienda in base all'urgenza, apponendo sulla ricetta il codice RAO che caratterizza la priorità di accesso. Al momento della visita deve essere resa disponibile al medico specialista una scheda riassuntiva con le informazioni cliniche aggiornate pertinenti con il quesito diagnostico posto e l'elenco dei farmaci assunti dal residente. Per i residenti gravi non ambulabili o non trasportabili, è previsto l'accesso in RSA di specialisti ambulatoriali, la RSA deve mettere a disposizione degli specialisti la documentazione clinica del residente.

Se compatibile dal punto di vista organizzativo lo specialista può effettuare anche visite programmate a residenti ambulabili.

Al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse, i Servizi territoriali – UO Cure Primarie e le RSA, per l'anno 2021, danno continuità ai progetti pilota già attivi di teleconsulto, in particolare cardiologico, dermatologico e fisiatrico finalizzato alla prescrizione di ausili. Per quanto riguarda la consulenza fisiatrica è in corso l'introduzione di una nuova modalità di erogazione in teleconsulto che ricomprende anche una valutazione delle problematiche clinico riabilitative.

Rimangono invariate per l'anno 2021 le attuali disposizioni. Pertanto le RSA, entro il 20 gennaio 2021, e con successivo aggiornamento trimestrale, comunicano al Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza il fabbisogno di assistenza specialistica distinto per branche nel limite massimo indicato nella predetta tabella D).

I Servizi territoriali – UO Cure Primarie entro il 28 febbraio 2021 effettuano una valutazione sull'appropriatezza delle richieste e ridefiniscono il fabbisogno sulla base di detto criterio di appropriatezza; comunicano inoltre alle rispettive RSA le ore di specialistica che possono garantire. Qualora l'Azienda non sia in grado di soddisfare le richieste delle singole RSA valutate come appropriate dal Servizio territoriale – UO Cure Primarie, le RSA possono attivarsi autonomamente. Per le richieste considerate non appropriate, l'Azienda ne evidenzia le motivazioni alle RSA.

Entro il 28 febbraio 2022 l'Azienda invia al Servizio competente una relazione con i dati relativi alle ore effettivamente erogate tramite gli specialisti dipendenti dell'Azienda o convenzionati con la stessa ovvero attraverso apporti esterni (in questo caso evidenziandone la relativa spesa), nell'anno precedente nelle singole RSA, distinti per branche specialistiche, che consenta il raffronto con il fabbisogno espresso dalle RSA.

7.3 Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica nelle RSA è finalizzata alla presa in carico globale del residente secondo i principi del caring, favorendo la partecipazione della persona nelle decisioni assistenziali e nella organizzazione della vita all'interno della struttura, il rispetto della biografia personale. La pianificazione e l'erogazione dell'assistenza sono fondate su evidenze scientifiche accreditate e sulle buone pratiche sempre nel rispetto delle volontà, preferenze e desideri dei residenti. Attraverso la relazione d'aiuto è costantemente ricercata la conoscenza della persona per poterla assistere rispettando le sue volontà e i suoi desideri per tutta la durata dell'assistenza, fino al termine della vita, e quando la capacità di comunicare o di prendere decisioni possono venire meno.

Le priorità dell'assistenza infermieristica sono la qualità di vita dei residenti, il mantenimento delle capacità residue, la prevenzione dei rischi legati alle condizioni di dipendenza e la promozione della sicurezza dell'ambiente di vita e della gestione delle prestazioni sanitarie, in particolare terapeutiche, sempre nel rispetto delle libertà della persona.

Le aree di miglioramento da perseguire in modo particolare sono:

- il superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche;
- la valutazione ed il trattamento del dolore e degli altri sintomi disturbanti, in particolare dei residenti con decadimento cognitivo;
- la qualità dell'assistenza nella fase di fine vita;
- la gestione di residenti con disturbi comportamentali legati a decadimento cognitivo e demenza o a patologie psichiatriche;
- l'appropriatezza degli interventi che devono essere finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del PAI, superando l'approccio prestazionale routinario ai bisogni di salute del residente.

Inoltre si richiamano alcune funzioni da garantire:

- assistenza infermieristica diretta al residente, favorendo la presa in carico dei bisogni dello stesso, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle prestazioni;
- collaborazione con i medici e gli altri professionisti e operatori della struttura, contribuendo attivamente alla valutazione multidimensionale del residente, alla definizione, applicazione e verifica dei PAI;
- gestione dei farmaci e dei materiali sanitari con le modalità necessarie a garantire efficacia, appropriatezza e sicurezza d'impiego;
- adozione di processi di somministrazione dei farmaci e di monitoraggio dei residenti rispondenti ai requisiti di sicurezza secondo le procedure definite dalla struttura anche in relazione a eventuali indicazioni dell'Azienda;

- tenuta delle registrazioni di competenza sanitaria, anche per quanto attiene alla gestione dei farmaci e dei presidi;
- formazione del personale di assistenza finalizzata in particolare alla crescita professionale dell'equipe e a promuovere la responsabilizzazione del personale di assistenza;
- organizzazione del lavoro degli operatori di assistenza (programmazione e verifica del lavoro, coordinamento dell'attività, ecc.) secondo il modello organizzativo della struttura;
- attività professionali previste dal profilo in relazione ai bisogni dei residenti;
- proposte al coordinatore dei servizi di eventuali diverse modalità di organizzazione degli stessi in relazione ai bisogni dei residenti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza della struttura.

Le RSA sono tenute ad assicurare l'assistenza infermieristica, con una presenza attiva dell'infermiere 24 ore su 24, fatta salva la presenza del medico della casa.

Nelle ore notturne, le strutture con una recettività da 120 posti letto RSA e oltre assicurano la compresenza di due infermieri, uno dei quali può essere presente in reperibilità passiva.

In situazioni eccezionali e di breve periodo è consentito, previa comunicazione motivata al Servizio territoriale dell'Azienda e al Servizio competente, avvalersi nelle ore notturne dell'istituto della reperibilità, a condizione che sia presente almeno un infermiere nei casi di RSA grandi (120 posti e oltre), di RSA con un nucleo ad alto fabbisogno assistenziale, di RSA in cui siano presenti residenti valutati con bisogni assistenziali di livello NAMIR. Qualora ci si avvalga dell'istituto della reperibilità si dovrà garantire la presenza di personale OSS, previa documentazione delle modifiche apportate al piano di lavoro garantendo la sicurezza dei residenti.

L'assistenza infermieristica è assicurata mediante l'impiego di personale dipendente della RSA. Nel caso in cui la struttura non sia in grado di provvedere alla copertura dell'organico può convenzionarsi con liberi professionisti. In tal caso vanno individuate modalità che consentano impegni orari atti a garantire un'adeguata qualità dell'assistenza, il coinvolgimento nei processi di valutazione dei bisogni dei residenti, di pianificazione e valutazione dell'assistenza e nei momenti strutturati di coordinamento delle attività, anche avuto riguardo alla eventuale combinazione delle attività svolte a favore di diversi committenti.

Al fine di garantire la qualità citata, il limite massimo mensile di ore effettuabili dal personale infermieristico libero professionista è quantificato in 195 ore, con presenza giornaliera (0-24) non superiore a 10 ore a cui può essere aggiunto il tempo necessario per il passaggio di consegne tra turni.

Per le modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica devono essere valutate l'economicità, l'efficienza, l'efficacia e la qualità e la sicurezza delle diverse opzioni possibili, avuto riguardo di assicurare il più alto livello di integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali all'interno della struttura. In ogni caso la struttura deve promuovere lo sviluppo di competenze avanzate negli ambiti inerenti l'assistenza della persona anziana, in particolare nell'assistenza alle persone con decadimento

cognitivo e disturbi comportamentali, nell'adozione di pratiche assistenziali basate su evidenze, nell'assistenza in fase avanzata di malattia e fine vita.

Nell'eventualità che una RSA, considerata la gravità dei residenti, ritenga necessario una maggiore assistenza medica è consentito coprire il parametro di assistenza infermieristica mediante il ricorso, nel numero massimo di un'unità, a personale medico purché quest'ultimo sia aggiuntivo rispetto al parametro finanziato per l'assistenza medico generica.

Se la RSA eroga prestazioni infermieristiche ambulatoriali (punto prelievi), il parametro relativo al personale infermieristico va integrato con unità aggiuntive in base agli accordi convenzionali o comunque al tempo dedicato dalla risorsa all'attività per esterni.

Nel caso di altre prestazioni per esterni non convenzionate le stesse devono essere assicurate con personale aggiuntivo.

7.4 Assistenza riabilitativa

L'assistenza riabilitativa è assicurata con personale dipendente o con personale convenzionato.

Il personale adibito a tale attività deve essere in possesso del diploma di laurea in fisioterapia (o titolo equipollente); tale figura professionale può essere coadiuvata per attività di supporto da altri operatori della struttura, anche al fine di offrire attività motorie e continuità nelle azioni di mantenimento dell'autonomia fisica ai residenti nell'arco dell'intera settimana (7/7).

Le prestazioni di assistenza riabilitativa fisioterapica sono individuabili in:

- individuazione degli interventi e delle prestazioni riabilitative appropriate in riferimento alle diagnosi effettuate dal medico specialista e in base agli obiettivi e alle prescrizioni terapeutiche concordate;
- elaborazione ed attuazione anche in équipe multidisciplinare di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione (individuali o collettivi);
- attività di supporto, di consulenza e di formazione al personale addetto all'assistenza di base e al personale infermieristico per garantire continuità nelle azioni di mantenimento dell'autonomia fisica del residente;
- valutazione e proposta di adozione di dispositivi (ausili, ortesi, protesi) nei percorsi di riabilitazione e/o mantenimento delle competenze funzionali dei residenti, addestramento al loro uso e verifica periodica dell'efficacia;
- partecipazione ai programmi di miglioramento della qualità e della sicurezza promossi dalla struttura, anche in riferimento a proposte dell'Azienda, di UPIPA o di Consolida.

Vengono altresì ricompresi tra le attività di riabilitazione:

- a. l'attività di sostegno anche psicologico con particolare riferimento al sostegno delle famiglie di malati affetti da demenza e del personale che opera a contatto con persone con tale patologia, dato l'elevato numero di persone affetti da gravi forme di deterioramento mentale e demenza;
- b. le attività terapeutiche di alterazioni conseguenti a disordini cognitivi, con particolare riferimento alla stimolazione ed alla riabilitazione cognitiva;

c. le attività terapeutiche di disturbi del linguaggio e deficit di deglutizione.

Per questi fini il parametro di assistenza riabilitativa può essere coperto fino ad un massimo del 20% con personale psicologo iscritto nell'apposito albo professionale e/o con personale in possesso del diploma di laurea in terapia della riabilitazione psichiatrica (per i punti a. e b.) e/o con personale in possesso del diploma di laurea in logopedia o titolo equipollente (per i punti b. e c.).

Al fine di garantire la qualità nell'assistenza erogata, il limite massimo mensile di ore effettuabili dal personale fisioterapista libero professionista è quantificato in 195 ore, con presenza giornaliera (0-24) non superiore a 10 ore.

Se la RSA è sede di erogazione di prestazioni riabilitative (fisioterapiche) a favore di utenti esterni e/o prestazioni assistenziali in forma integrata (ad esempio Centro diurno - Presa in carico diurna continuativa) il parametro relativo al personale di riabilitazione va integrato con unità aggiuntive in base agli accordi convenzionali o comunque al tempo dedicato dalla risorsa all'attività per esterni.

Nel caso di altre prestazioni per esterni non convenzionate le stesse devono essere assicurate con personale aggiuntivo.

7.5 Assistenza generica alla persona

L'assistenza generica alla persona è garantita da personale con qualifica di operatore socio-sanitario (OSS) dipendente o convenzionato con la struttura.

La RSA in caso di necessità - specificatamente motivata – sotto la responsabilità del direttore per quanto riguarda gli aspetti formativi, può avvalersi di personale con qualifica di operatore socio-assistenziale (OSA) o ausiliario con esperienza pluriennale. Rimangono comunque escluse dalle mansioni dell'OSA/ausiliario le prestazioni specificatamente sanitarie.

Le RSA devono comunque progressivamente avvalersi di personale OSS in ragione della complessità dei residenti accolti.

Tutto il personale di assistenza deve essere coinvolto:

- in programmi di formazione, compresa la formazione sul campo, per adeguare le competenze alla complessità dei bisogni assistenziali dei residenti;
- nei progetti di miglioramento dell'assistenza e della organizzazione del lavoro;
- nei progetti di miglioramento del clima organizzativo.

Ai fini del rispetto del parametro di assistenza generica alla persona previsto dalle presenti direttive è considerato utile anche il numero degli infermieri generici presenti nella struttura.

Le attività di operatore socio-sanitario afferiscono alle seguenti aree:

- interventi di assistenza diretta alla persona;
- interventi di assistenza alla persona di specifico carattere sanitario compreso il supporto alle attività riabilitative erogate da professionisti sanitari;

- interventi di relazione con l'assistito, la famiglia, l'equipe di lavoro;
- interventi di comfort, di igiene e di sicurezza sugli ambienti di vita, assistenziali e di cura della persona;
- interventi di organizzazione e verifica delle proprie attività nell'ambito della pianificazione del lavoro e di integrazione con altri operatori e servizi.

Nel dettaglio le attività che competono agli operatori OSS sono contenute nel profilo dell'operatore socio sanitario definito dalla Giunta provinciale con deliberazione di data 30 giugno 2000 n. 1643.

Ove, considerata la gravità dei residenti, si ritenga necessaria una maggiore assistenza infermieristica è possibile coprire il parametro di assistenza generica alla persona con personale infermieristico.

Se la RSA eroga prestazioni assistenziali in forma integrata (ad esempio Centro diurno - Presa in carico diurna continuativa) il parametro relativo al personale di assistenza va integrato con unità aggiuntive in base agli accordi convenzionali o comunque al tempo dedicato dalla risorsa all'attività per esterni.

Nel caso di altre prestazioni per esterni non convenzionate le stesse devono essere assicurate con personale aggiuntivo.

7.6 Attività di animazione e di promozione sociale

L'attività di animazione e di promozione della partecipazione sociale è assicurata mediante l'impiego di personale dipendente o con personale convenzionato.

Le finalità delle attività di animazione e promozione della partecipazione sociale sono:

- mantenimento dei rapporti sociali tra le persone residenti, tra la persona, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza;
- mantenimento o potenziamento delle abilità residue nelle attività della vita quotidiana in stretta integrazione con le attività riabilitative ed assistenziali.

Le attività di animazione e promozione della partecipazione sociale consistono in:

- collaborazione nella rilevazione dei bisogni relazionali del residente, delle potenzialità residue;
- individuazione di strategie di risposta all'interno di quanto previsto dai PAI;
- programmazione ed attuazione di interventi socio-culturali-ricreativi individuali o di gruppo;
- coordinamento degli operatori e volontari addetti al servizio.

7.7 Fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti

L'Azienda assicura, a favore delle persone non autosufficienti residenti nelle RSA, la fornitura di farmaci e di dispositivi medici di uso corrente e materiale di medicazione.

L'Azienda mantiene aggiornato in collaborazione con i professionisti delle RSA il prontuario terapeutico per RSA nell'ambito di protocolli aziendali e in analogia con quanto previsto per gli ospedali, i farmaci la cui fornitura è garantita alle RSA di cui alla presente direttiva. In coerenza con la necessaria continuità terapeutica e assistenziale e nel rispetto degli indirizzi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, in caso di accesso in RSA dall'ospedale o di dimissioni ospedaliere di persone già in carico alla RSA, è garantita la fornitura personalizzata di farmaci di fascia H tramite la farmacia ospedaliera sulla base del piano terapeutico e sotto la responsabilità dello specialista prescrittore con le medesime modalità attive per l'utilizzo di detti farmaci nell'assistenza domiciliare.

L'Azienda, per ognuna delle strutture residenziali, è tenuta a evidenziare la spesa annua sostenuta per farmaci e dispositivi medici di uso corrente e a darne comunicazione annuale all'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

I Medici della RSA sono tenuti ad assicurare l'assistenza farmaceutica secondo criteri rigorosi di appropriatezza prescrittiva e nel rispetto del budget definito nelle direttive.

Ciò in quanto, nell'ambito delle RSA, l'assistenza farmaceutica e con dispositivi medici deve realizzarsi in base a criteri di qualità ed appropriatezza prescrittiva in modo da garantire l'efficacia, la sicurezza e l'economicità dell'intervento terapeutico e l'adeguato *follow up*, tutto nel rispetto delle evidenze scientifiche aggiornate in materia, delle eventuali note e/o indicazioni AIFA (con particolare attenzione per farmaci per i quali sia prevista prescrizione specialistica).

In particolare, è fortemente raccomandato un approccio centrato sulla periodica rivalutazione del carico terapeutico complessivo cui sono sottoposti i singoli residenti delle RSA in una visione olistica della persona e pertanto tenendo conto della esigenza di valutare sempre la possibilità di intervenire con strumenti non farmacologici per migliorare il benessere della persona. Infatti, i pazienti più anziani sono soggetti a ricevere un maggior numero o più frequentemente medicinali e perciò sono esposti ad un rischio più elevato di sviluppare reazioni avverse oltre che di incorrere in interazioni tra questi; il rischio di patologie multiple comporta poi una potenziale risposta alle terapie non sempre ottimale rispetto alle attese. Va inoltre considerata la mancanza di studi specifici a supporto dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci nella popolazione anziana, specialmente nelle fasce di età superiori a 75-80 anni.

Nel corso dell'anno i Servizi territoriali – UO Cure Primarie monitorano il consumo dei farmaci e del materiale sanitario nelle singole RSA; non sono ammessi superamenti del budget stabilito nella parte seconda delle direttive se non giustificati. In tal senso l'Azienda applica un'unica metodologia di monitoraggio e di valutazione che tiene conto della performance complessiva, anche tendenziale, della struttura nell'ambito dei consumi farmaceutici.

L'Azienda applica una procedura uniforme di recupero contabile dello sforamento, tenuto conto delle compensazioni tra budget dei farmaci e del materiale sanitario a livello di singola RSA.

L'eventuale richiesta di autorizzazione allo sfioramento del budget va presentata al Servizio territoriale competente entro il 31 dicembre dell'anno in corso; la richiesta si intende accolta in mancanza di diniego entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Per l'anno 2020 e 2021, tenuto conto degli effetti della pandemia sulla fornitura dei dispositivi sanitari, l'Azienda non procederà al recupero contabile dello sfioramento del budget.

L'Azienda si rende disponibile con i propri professionisti a collaborare con le RSA che intendano attivare audit clinici, come percorso di miglioramento della pratica clinica.

La fornitura degli alimenti destinati a un'alimentazione particolare inclusa nei LEA nazionali, la fornitura di prodotti dietetici per nefropatici e per soggetti affetti da malattie rare e la nutrizione artificiale, ivi compreso il materiale sanitario per la sua somministrazione, incluse nei LEA provinciali, non sono ricomprese nel budget assegnato alle RSA.

I pasti per ospiti celiaci vengono assicurati, in adempimento all'art. 3 c.3 della L.P. 8/2011, direttamente dal gestore della struttura residenziale.

La fornitura gratuita dei materiali e presidi è riservata ai residenti in provincia di Trento e iscritti al SSP.

Per le persone che non beneficiano del finanziamento a carico del SSP e per le persone autosufficienti la fornitura dei farmaci viene assicurata ricorrendo all'assistenza farmaceutica convenzionata territoriale.

Il personale medico della RSA utilizza il ricettario del SSP, in dotazione specifica ed esclusiva, per l'assistenza farmaceutica alle persone non autosufficienti, limitatamente alle prescrizioni di medicinali a base di sostanze stupefacenti e psicotrope. Il medesimo ricettario può essere utilizzato anche per la prescrizione di attività specialistica.

La RSA assicura direttamente ai residenti gli ausili per incontinenti (pannoloni e traverse).

Per le richieste di ausili che non comportino oneri a carico dell'utente/dei familiari, qualora l'ospite della RSA non sia in grado di firmare autonomamente, le domande possono essere corredate solo dalla prescrizione medica (DM 332/99).

7.8 Trasporti sanitari

L'Azienda assicura i trasporti sanitari ai residenti non deambulanti (allettati o con carrozzina) in caso di accesso a prestazioni sanitarie, ricovero e dimissione da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, trasferimenti tra RSA. In ogni caso il trasporto viene attivato su presentazione di richiesta medica motivata.

Nel periodo di emergenza sanitaria l'Azienda assicura i trasporti di cui al presente punto anche a favore dei residenti deambulanti posti in quarantena o isolamento.

8. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione continua è una strategia determinante per tutti gli operatori delle RSA nel corso dell'intera vita professionale e per la realizzazione degli obiettivi di miglioramento indicati nelle presenti direttive.

Le RSA sono tenute a pianificare la formazione del proprio personale in coerenza con i fabbisogni formativi rilevati in particolare nelle seguenti aree: qualità di vita dei residenti; qualità dell'assistenza; qualità dell'organizzazione dell'assistenza; qualità dell'ambiente di lavoro per il personale delle RSA e qualità della gestione delle risorse assegnate.

In particolare i medici coordinatori sono tenuti a frequentare le iniziative di formazione organizzate dall'Azienda in collaborazione con gli specialisti sui temi prioritari che annualmente saranno individuati.

9. RUOLO DEI FAMILIARI NELLE RSA

Tenuto conto che nella popolazione fragile e in larga misura cognitivamente compromessa residente nelle RSA, la riduzione delle interazioni sociali e l'impovertimento delle relazioni affettive possono favorire il decadimento psicoemotivo e aumentare il rischio di peggioramento delle patologie organiche, le RSA sono tenute a sviluppare e dare evidenza di buone pratiche concretamente pianificate e attuate per consentire ai familiari/caregiver la continuità della relazione e del sostegno affettivo al residente.

Entro fine febbraio le RSA dovranno produrre una relazione sulle misure adottate e sulle modalità per verificarne la ricaduta, anche in termini di efficacia e di percezione da parte dei familiari.

Resta inteso che nel periodo di emergenza le misure adottate per l'accesso dei visitatori devono tener conto di quanto definito nelle LG RSA (punto 5.2) e negli eventuali successivi aggiornamenti (disposizioni ministeriali o provinciali).

Costituisce preciso impegno per ciascuna RSA sostenere i rappresentanti dei familiari nello svolgimento delle loro funzioni, anche attraverso un costante coinvolgimento alla vita organizzativa della struttura, nelle azioni di monitoraggio e nella valutazione e nel miglioramento della qualità di vita dei residenti nelle RSA.

10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Le RSA sono integrate nella rete di Cure Palliative provinciale con i seguenti obiettivi:

- garantire l'approccio gestionale-assistenziale, secondo modelli e paradigmi tipici delle cure palliative, alle persone con patologia oncologica o non, in fase di avanzata malattia e terminalità, residenti in una RSA del Trentino;
- rendere omogeneo il percorso di cura e assistenza, offrendo una cura attiva e globale, la salvaguardia della dignità e dell'autonomia del malato, limitando gli accessi al Pronto soccorso ed i ricoveri ospedalieri, secondo criteri orientati alla tutela dell'appropriatezza delle cure;
- rendere disponibile alle RSA il livello specialistico, medico e infermieristico, di cure palliative.

E' prevista la segnalazione preliminare, secondo le modalità indicate dalla rete delle cure palliative, effettuata dalle singole RSA utilizzando la modulistica all'uopo predisposta, di tutti i residenti per i quali viene richiesta l'attivazione di interventi dei medici palliativisti e degli infermieri del Servizio territoriale – UO Cure Primarie. La segnalazione consente di alimentare gli indicatori di monitoraggio del grado di adesione delle singole RSA al percorso di integrazione nella rete delle cure palliative.

La partecipazione del personale della RSA, in particolare dei medici e degli infermieri, ai percorsi formativi per la gestione della fase avanzata di malattia e di fine vita, organizzati da UPIPA o da Consolida, con la collaborazione dei professionisti dell'Azienda, costituisce un preciso impegno per tutte le RSA.

11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE

I nuclei ad alto fabbisogno assistenziale rappresentano un momento specialistico finalizzato ad obiettivi particolari quali l'assistenza a persone con gravi disturbi comportamentali o l'assistenza a pazienti affetti da forme patologiche severe che necessitano di assistenza qualificata ed intensiva.

In ragione della tipologia di utenti accolti nei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale e per garantire una maggior qualificazione degli stessi sul territorio provinciale, i nuclei ad alto fabbisogno assistenziale vengono classificati in due tipologie:

- nuclei per soggetti con elevata necessità assistenziale sanitaria (nuclei sanitari);
- nuclei per demenze gravi e/o importanti disturbi del comportamento (nuclei per demenze gravi).

La formalizzazione del nucleo per demenze gravi deve corrispondere all'adozione di specifici modelli organizzativi e all'identificazione fisica dei posti letto dedicati, per la programmazione degli ingressi e la gestione delle dimissioni dal nucleo secondo criteri di appropriatezza.

Azione di miglioramento prioritaria è la promozione di modelli organizzativi basati su evidenze di efficacia, in particolare per le persone con disturbi comportamentali. L'impegno delle RSA alle quali sono stati riconosciuti posti letto di nucleo e non hanno ancora adottato modelli organizzativi specifici, deve essere quello di avviare le azioni necessarie all'adeguamento progressivo, comprese le modifiche strutturali necessarie.

La distribuzione territoriale dei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale distinti per tipologia è quella risultante dalla tabella B), parte seconda. I posti letto nuclei garantiscono l'utenza del Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza e se necessario anche degli altri Servizi territoriali – UO Cure Primarie.

I nuclei devono rispondere a precisi progetti orientati a garantire:

- assistenza mirata ai problemi;
- migliorare la qualità di vita dei residenti che presentano disturbi comportamentali;
- superare il ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologica;
- considerare il nucleo come nodo per l'intera rete dei servizi;
- promuovere la maturazione e diffusione di una cultura assistenziale qualificata.

L'inserimento nei nuclei è temporaneo e deve rispondere a specifici obiettivi clinico-assistenziali costantemente valutati su ciascun residente accolto nel nucleo.

Compete all'UVM l'inserimento degli utenti nei posti letto di nucleo. Il medico coordinatore della RSA individua le persone da inserire fra quelle già residenti in RSA (per aggravamenti o per la definitiva destinazione rispetto alla temporanea indisponibilità dei predetti nuclei). I nuovi inserimenti operati dal medico coordinatore vanno segnalati in ogni caso all'UVM.

12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITÀ (NAMIR)

Nel caso si prospetti la necessità di trattare in RSA soggetti che necessitano di assistenza qualificata ed intensiva e, nello specifico, persone in stato vegetativo o a minima responsabilità o affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) che sono state valutate di livello assistenziale NAMIR, l'UVM individua, fra le RSA quella che dispone di spazi logistici idonei e risorse professionali con specifica ed adeguata formazione.

Per le casistiche sopra indicate, il parametro assistenziale di riferimento ed il corrispondente finanziamento sono quelli dei posti letto NAMIR.

Le ore di psicologo possono essere sostituite con altre figure professionali (infermiere o fisioterapista aggiuntivo) sulla base di particolari esigenze valutate dall'UVM.

Resta inteso che alla RSA dotata di nucleo sanitario spetta la differenza tra l'integrazione tariffa NAMIR e l'integrazione tariffa sanitaria, e il parametro da integrare è quello riferito all'assistenza riabilitativa e psicologica.

Prima di inserire nuove persone con queste patologie, le UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie dovranno dare comunicazione all'Azienda, al fine di verificare il rispetto del tetto di finanziamento disponibile. Analogamente, nel momento in cui la persona accolta venisse dimessa, le UVM del Servizio territoriale

– UO Cure Primarie dovranno comunicarlo all’Azienda, per consentire il monitoraggio dell’utilizzo.

Per garantire i maggiori livelli di assistenza di cui ai punti precedenti, viene destinato uno specifico finanziamento annuo complessivo nell’importo massimo di € 600.000,00.

13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO

- I posti letto di sollievo, di cui alla tabella B), parte seconda, rispondono ad un bisogno temporaneo e programmato di assistenza per permettere alla famiglia un periodo di sollievo nella presa in carico quotidiana dell’anziano. La permanenza nel posto letto di sollievo rientra in una progettualità più ampia condivisa tra UVM, famiglia e RSA;
- possono rispondere anche ad un bisogno di emergenza a seguito di un’assenza improvvisa del caregiver. In via residuale è consentita la copertura del posto disponibile anche con casi di urgenza “sanitaria”;
- l’inserimento di utenti nei posti letto di sollievo avviene su indicazione dell’UVM senza l’individuazione di punteggi o soglie per gli accessi; la durata del sollievo è flessibile, e viene definita dall’UVM in base al bisogno, nel limite massimo di 60 giorni all’anno. Eventuali proroghe vanno indicate nel PAI;
- ai fini della copertura dei posti letto di sollievo non operano le disposizioni relative alla sospensione della scelta del medico di cui al precedente paragrafo 7.1. L’assistenza medica alle persone inserite in posti di sollievo può essere garantita, previo accordo tra medico curante e medico della RSA, dal medico della RSA medesima;
- al residente sono in ogni caso garantiti tutti i servizi sanitari erogati dalla RSA;
- nel caso di aggravamenti o episodi acuti che richiedano il ricovero in struttura ospedaliera dell’ospite accolto in posto letto di sollievo, la RSA comunica l’evento all’UVM entro 3 gg.

L’assistenza alle persone accolte nei posti di sollievo deve essere gestita con le medesime condizioni di qualità e sicurezza garantite agli altri residenti, in particolare:

- assistenza medica: il medico di RSA in accordo con il medico di medicina generale del paziente garantisce la continuità clinica e terapeutica nel periodo di accoglienza e garantisce al rientro a domicilio tutte le informazioni sanitarie relative al periodo di sollievo. A tal fine il medico di medicina generale è tenuto a fornire una sintesi dei problemi clinico-assistenziali della persona e la terapia in uso;
- assistenza infermieristica: viene data continuità al piano assistenziale gestito a domicilio e vengono garantite al rientro a domicilio tutte le informazioni sanitarie relative al periodo di sollievo;
- è necessario curare il mantenimento delle autonomie della persona pianificando l’assistenza in modo coerente.

L’attivazione sperimentale dei posti letto di sollievo dinamici, sospesa a causa della pandemia, verrà riproposta al termine del periodo di emergenza sanitaria.

Fino al 31 marzo, e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, i posti letto di sollievo di cui all'allegata tabella B sono utilizzati come posti letto base (anche ai fini della corresponsione della tariffa).

14. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA

L'accesso alle RSA è gestito dalle UVM sulla base di criteri di appropriatezza alla progettualità residenziale. L'UVM costituisce il luogo di costruzione delle progettualità e di regia dei percorsi delle persone con bisogni complessi.

Le modalità di accesso alle RSA sono gestite dall'UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie che formula gli elenchi dinamici degli assistiti per i quali l'inserimento in RSA rappresenta il progetto più appropriato.

La gestione del predetto elenco dinamico è di competenza dell'UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie, la quale, ai sensi dell'art. 6, comma 4, della legge 328/2000, informa il comune di residenza del nominativo dell'assistito iscritto.

Ai fini dell'accesso alla RSA è definita la seguente procedura:

1. l'UVM predispone un elenco dinamico per ambito territoriale sanitario di competenza e per singola RSA, che viene redatto tenuto conto anche dell'eventuale preferenza dell'utente e nel rispetto della valutazione espressa utilizzando la Scheda per la Valutazione Multidimensionale (SVM) e il "Quadro sinottico criteri e priorità accoglienza in Residenza" approvato, come Allegato 2), con la deliberazione della Giunta provinciale n. 2414 del 20 dicembre 2016;
2. all'atto dell'ingresso in RSA, le UVM assicurano l'aggiornamento della valutazione clinica della persona interessata in tutti i casi in cui sia ritenuto necessario e comunque in tutti i casi in cui siano decorsi più di 6 mesi fra l'ultima valutazione UVM e l'ingresso;
3. la RSA comunica tempestivamente all'UVM la disponibilità del posto letto negoziato e le caratteristiche dello stesso. La comunicazione della disponibilità del posto letto da parte della RSA dovrà avvenire alla segreteria dell'UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie;
4. l'UVM, in relazione alla tipologia del posto letto disponibile, comunica il nominativo dell'utente da accogliere alla RSA, previa conferma dell'interessato. I Servizi territoriali – UO Cure Primarie si impegnano a garantire alle RSA la segnalazione del nominativo della persona da inserire entro le 72 ore dalla comunicazione della disponibilità del posto letto;
5. le famiglie delle persone, che in base all'elenco dinamico si trovano nella posizione di imminente inserimento, verranno preallertate con comunicazione diretta da parte del Servizio territoriale – UO Cure Primarie, in collaborazione con i Servizi sociali per i casi da loro segnalati. Attraverso tale comunicazione il Servizio territoriale – UO Cure Primarie acquisisce dall'interessato o dai familiari il consenso definitivo all'inserimento in RSA ovvero il rifiuto;

6. il consenso o il rifiuto all'inserimento deve essere dato con la necessaria rapidità al fine di permettere la tempestiva comunicazione del nominativo alla RSA;
7. in caso di rifiuto della famiglia, il nominativo della persona verrà sospeso dall'elenco dinamico, fatta salva la possibilità di un successivo reinserimento su specifica richiesta del medico di medicina generale o dell'assistente sociale;
8. nel caso in cui la persona da inserire sia ricoverata in ospedale e non si ravvisino le condizioni per una dimissione e trasferimento in RSA entro le 48 ore, il Servizio territoriale – UO Cure Primarie avrà facoltà di chiamare la persona in posizione immediatamente successiva nella graduatoria dinamica;
9. per gestire le disponibilità di posti letto pervenute alla segreteria UVM il venerdì pomeriggio, ciascun Servizio territoriale – UO Cure Primarie concorderà con le rispettive RSA le modalità di segnalazione;
10. le disponibilità di posti letto pervenute nelle giornate di sabato e domenica verranno considerate il lunedì mattina (nel caso di giornate festive infrasettimanali la giornata successiva alla festività);
11. qualora la famiglia desiderasse posticipare di qualche giorno l'inserimento della persona, è facoltà della RSA chiedere la corresponsione di una retta di prenotazione del posto letto dal 2° giorno successivo alla chiamata da parte della struttura;
12. la RSA comunica all'UVM il giorno di effettivo ingresso dell'utente;
13. la RSA segnala al comune di residenza il nominativo dell'utente ammesso;
14. la RSA entro 21 giorni dall'ingresso del residente elabora il primo PAI e ne trasmette copia all'UVM di riferimento, mediante il sistema Atlante, nella versione "sintetica". Ai fini della trasmissione nel flusso NSIS della valutazione all'ingresso, la RSA ha facoltà di utilizzare i dati relativi alla valutazione UVM;
15. la RSA è tenuta a trasmettere all'UVM i PAI con contenuti informativi minimi utilizzando lo schema già fornito dall'Azienda-PAT, almeno con periodicità semestrale;
16. per la gestione dei farmaci in fase di ingresso, qualora non fosse disponibile il medico della struttura residenziale preposto alla prescrizione, le RSA hanno facoltà di consorziarsi per riuscire a garantire l'intervento del medico;
17. nel caso di dimissioni programmate, la RSA comunicherà anticipatamente al Servizio territoriale – UO Cure Primarie la data di disponibilità del posto letto.

In sede di vigilanza di cui al successivo paragrafo 15, l'Azienda verificherà a campione la coerenza tra il PAI e la sua versione "sintetica".

Per la procedura di accesso e di segnalazione delle presenze (comprese le eventuali temporanee assenze), i Servizi territoriali – UO Cure Primarie e le RSA utilizzano il sistema informativo automatizzato dell'Azienda denominato "Atlante".

Gli utenti ammessi in RSA diversa rispetto a quella richiesta come prima scelta, sono mantenuti nell'elenco dinamico della medesima RSA, conservando la propria posizione all'interno della graduatoria. Nell'ipotesi di rinuncia da parte dell'interessato al posto nella RSA di prima scelta, il suo nominativo deve essere cancellato dall'elenco dinamico. In ogni caso la persona con profilo di valutazione

UVM da 12 a 17, dopo 6 mesi di permanenza nella RSA diversa rispetto a quella di prima scelta, acquisisce la priorità di accesso nella RSA di prima preferenza.

Oltre alla fattispecie di cui sopra, è altresì possibile il trasferimento di un residente da una RSA ad un'altra su richiesta dell'interessato con la seguente procedura:

1. richiesta di trasferimento da parte del residente o dei familiari all'UVM ove ha sede la RSA di destinazione;
2. inserimento del richiedente nell'elenco dinamico della RSA di destinazione, nel rispetto della valutazione espressa utilizzando la Scheda SVM;
3. in caso di sopraggiunto aggravamento della persona, l'UVM rivaluta il caso su richiesta del medico della RSA.

L'Azienda è tenuta a trasmettere al Servizio competente entro i primi 15 giorni di ogni mese un rapporto specifico riferito al mese precedente riguardante la lista di attesa delle persone eleggibili in RSA, distinta per Servizio territoriale – UO Cure Primarie. La lista non deve comprendere i casi che hanno trovato temporanea collocazione in RSA territoriali (trattasi generalmente delle c.d. seconde scelte).

Fino a diversa indicazione, trovano applicazione le modalità di accesso alle RSA previste nelle LG RSA.

15. VIGILANZA SULLA RSA

15.1 *Vigilanze*

L'attività di vigilanza dei Servizi territoriali – UO Cure Primarie nei confronti delle RSA, quali gestori dell'assistenza per conto del Servizio Sanitario Provinciale, è finalizzata a verificare la qualità dell'assistenza garantita ai residenti delle strutture, alle modalità di attuazione delle direttive provinciali ed al monitoraggio continuo delle azioni di miglioramento messe in atto dalle RSA.

In particolare i Servizi territoriali – UO Cure Primarie, attraverso le attività di verifica, tengono monitorati nel tempo:

- la capacità delle strutture di corrispondere alle esigenze di vita dei residenti, con un approccio personalizzato e globale in grado di tutelare e promuovere il rispetto dei principi di autonomia e libertà delle persone accolte;
- lo sforzo prodotto dalle RSA nel mantenere un significato esistenziale alla vita dei residenti;
- la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle cure;
- la coerenza dell'attività con il rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- il rispetto delle Direttive RSA.

L'attività di vigilanza è parte integrante del processo di verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento da parte delle RSA. In particolare, il monitoraggio è funzionale ad accertare il rispetto degli standard di sicurezza e qualità correlati ai servizi erogati dalle strutture e a supportare il miglioramento continuo,

organizzativo e assistenziale. In sede di vigilanza la RSA è tenuta a relazionare anche sull'attività, sia qualitativa che quantitativa, del coordinamento sanitario.

A tal fine il Servizio territoriale – UO Cure Primarie, in accordo con gli uffici provinciali competenti in materia di autorizzazione e accreditamento, e nel rispetto della disciplina generale dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA) della Provincia autonoma di Trento ai sensi della deliberazione provinciale n. 1848/2018, programmerà una vigilanza che permetta di:

- armonizzare i tempi e le modalità organizzative del sopralluogo presso la struttura con gli audit di rinnovo dell'accREDITamento;
- garantire una valutazione complessiva integrata delle funzioni autorizzate e accreditate dalle strutture sanitarie e sociosanitarie (residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale);
- attivare, per le strutture che lo necessitano, interventi di vigilanza e supporto ai percorsi di miglioramento della qualità più intensivi e mirati rispetto alle altre strutture;
- mantenere un monitoraggio continuo sulle strutture.

Vigilanza tecnico-sanitaria

Sono previste tre tipologie di vigilanza tecnico-sanitaria. L'Azienda predispone un calendario e comunica alle RSA a quale tipologia di vigilanza sarà interessata nell'anno.

Le visite presso le RSA sono svolte dal Servizio territoriale – UO Cure Primarie alla presenza del coordinatore sanitario e del coordinatore infermieristico della struttura residenziale.

1. Audit di accreditamento o rinnovo di accreditamento istituzionale

La vigilanza tecnico sanitarie è effettuata all'interno dell'audit attraverso l'utilizzo di specifici strumenti (check list sui principali processi assistenziali). Le eventuali non conformità rilevate meritevoli di prescrizioni di adeguamento da parte della RSA sono documentate nel verbale conclusivo dell'audit di accreditamento. Questa modalità coinvolge ciascuna RSA una volta ogni tre anni. La RSA che è interessata a questo tipo di vigilanza non sarà sottoposta ad altro tipo di vigilanza.

2. Vigilanza tecnico sanitaria con sopralluogo in struttura

Sono interessate a questa tipologia di vigilanza le RSA che hanno ottenuto nell'anno precedente valori di conformità alle check list inferiore al 65%, salvo il caso in cui siano interessate all'intervento di vigilanza di cui al punto 1.

Il sopralluogo prevede l'utilizzo di una check list costituita dai requisiti per i quali sono stati rilevati nell'ultima vigilanza i livelli di conformità più bassi. Rispetto ai processi assistenziali: gestione del dolore, qualità di vita, gestione dell'alimentazione e dalla check list integrale sulla gestione della terapia farmacologica. La finalità prevalente di questa modalità è quella di attivare, dalle strutture che lo necessitano, interventi di vigilanza e supporto ai percorsi di miglioramento della qualità più intensivi e mirati rispetto ad altre.

3. Monitoraggio senza sopralluogo in struttura

Questa tipologia ha la finalità di mantenere un monitoraggio continuativo, in particolare sulla qualità delle attività svolte e degli esiti sulle strutture, che nell'anno non sono interessate dalle modalità di verifica 1. o 2.

Le principali azioni di monitoraggio individuate sono:

- monitoraggio adeguamento a raccomandazioni contenute nell'ultimo verbale di vigilanza,
- raccolta delle segnalazioni/lamentele di utenti/famigliari. A tal fine l'Azienda strutturerà le modalità di raccolta e gestione delle segnalazioni attinenti la singola RSA (non solo di utenti/famigliari ma anche degli organismi ispettivi istituzionali, degli operatori ecc...),
- analisi della relazione sanitaria del coordinatore sanitario,
- analisi delle reportistiche dell'Azienda sull'uso dei farmaci e dispositivi medici,
- analisi degli indicatori sugli accessi al pronto soccorso, sui ricoveri, prestazioni specialistiche ecc..
- Numero e qualità segnalazioni dei residenti alla rete cure palliative,
- Evidenze da attestazioni certificazioni e/o accreditamenti di qualità,
- Evidenze di audit di valutazione partecipata con altri soggetti.

Anche questa modalità di vigilanza sarà documentata attraverso un verbale che riporterà eventuali scostamenti dall'atteso e raccomandazioni di orientamento alla struttura.

Vigilanza amministrativa

Sono altresì previste verifiche di tipo amministrativo (vigilanza amministrativa) di competenza del Servizio amministrazione territoriale, di riscontro tra la dotazione di personale di assistenza, dichiarata dalla RSA e la dotazione effettiva. A tale scopo possono essere visionati gli elenchi del personale in servizio impiegato in ciascuno dei servizi gestiti dalla struttura (RSA, centro diurno, punto prelievo ...). In presenza di centri diurni integrati o di accoglienze diurne (PIC) la verifica sulla dotazione di personale viene fatta cumulativamente.

Per facilitare la vigilanza è necessario che le strutture diano evidenza di come garantiscono l'erogazione dell'assistenza attraverso l'apporto del personale finanziato in modo specifico per le funzioni convenzionate o aggiuntivo per le attività per esterni non solo attraverso la quantificazione del personale a parametro.

L'Azienda segnala, in sede di controllo, all'Ordine professionale degli infermieri – OPI, all'Ordine dei Medici della provincia di Trento e alla RSA di riferimento eventuali anomalie in ordine al monte ore eseguito dai singoli professionisti, ai fini delle verifiche previste dalle vigenti disposizioni contrattuali e dalle norme professionali etico-deontologiche.

Resta ferma la facoltà dell'Azienda di attivare sopralluoghi o altre forme di vigilanza in relazione ad eventi specifici quali ad esempio segnalazioni o altri rilievi che facciano emergere possibili non conformità o criticità relative alla qualità dell'assistenza erogata.

Tra Azienda e RSA possono inoltre essere concordate forme di vigilanza su aspetti specifici.

I risultati delle attività di vigilanza devono essere riportati in apposita relazione e trasmessi all'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza e alle singole strutture interessate evidenziando in particolare le criticità rilevate. In caso di necessità l'Azienda emana specifiche prescrizioni che indicano i provvedimenti da adottare.

L'Azienda trasmetterà entro la fine del 2021 alle RSA una relazione sugli esiti della vigilanza (indicatori di qualità) relative alle visite svolte nell'anno 2021. La relazione includerà in forma anonima anche gli esiti di tutte le altre RSA.

15.2 Sistema di sorveglianza attiva e di monitoraggio clinico nelle RSA

La disponibilità in forma continuativa e strutturata di dati e informazioni cliniche, assistenziali, epidemiologiche e organizzative accurate e aggiornate, relative alla qualità dell'assistenza erogata ai residenti e alla coerenza con requisiti e standard qualitativi di riferimento, è essenziale per orientare i comportamenti professionali, poter assumere decisioni cliniche e organizzative tempestive, sicure, efficaci, gestire conoscenze e garantire un approccio, *data-driven* e sostenibile al governo clinico da parte delle RSA, dell'Azienda e del SSP nel suo complesso. Il valore professionale, gestionale e programmatico, derivante dall'adozione sistematica di indicatori clinici tempestivi e accurati, ad integrazione e completamento di sistemi, flussi e debito informativo ordinari, è confermato in maniera sempre più robusta anche dalla letteratura scientifica che analizza l'efficacia degli interventi a supporto di un'assistenza sanitaria sicura e di qualità.

L'implementazione di sistemi di monitoraggio e sorveglianza, basati su informazioni cliniche, consente di:

- assicurare la generazione di segnali che possano alimentare un sistema di allerta e risposta rapida in situazioni critiche e/o emergenziali;
- monitorare fattivamente sicurezza, appropriatezza ed esiti dell'assistenza;
- promuovere progetti di miglioramento continuo della qualità e audit clinici;
- diffondere e verificare l'attuazione di buone pratiche clinico-assistenziali;
- realizzare azioni di vigilanza e sorveglianza attiva;
- facilitare da parte dell'equipe assistenziale, della direzione della struttura e, per quanto di competenza, degli enti di governo (Azienda e Provincia), la verifica complessiva e analitica sull'andamento dell'attività sanitaria e il riesame della stessa, al fine di assicurare la coerenza rispetto agli standard e alle pratiche cliniche e assistenziali di riferimento;
- favorire una gestione integrata e informatizzata dei sistemi di notifica e sorveglianza a livello provinciale (in particolare per le malattie infettive);
- disporre di elementi oggettivi e validi a supporto delle strategie di miglioramento dei servizi e dell'organizzazione dell'assistenza.

La sorveglianza attiva costituisce uno degli elementi cardine di qualificazione delle RSA, richiamato anche dal Piano territoriale e sostenuto dal rafforzamento dell'assistenza medica.

Un'adeguata infrastruttura di monitoraggio e sorveglianza, basata su informazioni *patient-centered*, richiede un approccio culturale favorevole e la disponibilità di competenze e iniziative di formazione e apprendimento adeguate, ambiti sui quali negli ultimi anni sono state messe in atto plurime e innovative iniziative attinenti al miglioramento della sicurezza delle cure, dell'appropriatezza clinica e dell'umanizzazione da parte di singole RSA, UPIPA, SPES, Azienda e Provincia. Altrettanto importante, per garantire la continuità, l'ottimizzazione e la diffusione degli interventi proposti, è la realizzazione di un'infrastruttura tecnologica che consenta di automatizzare la rilevazione e il calcolo degli indicatori, minimizzare l'impegno di personale per la raccolta e l'elaborazione manuale dei dati, ridurre il rischio di errori e inesattezze e superare la frammentazione nella fruizione delle informazioni.

Precondizioni per una ricaduta ottimale di tale infrastruttura sono:

- l'esistenza di "cruscotti" informatizzati di monitoraggio *event-driven*, che assicurino l'accuratezza e l'automazione del calcolo degli indicatori;
- una rappresentazione grafica orientata all'utenza;
- meccanismi di feedback e di reporting continui e tempestivi (idealmente in tempo reale), diversificabili in relazione ai destinatari delle informazioni.

Per l'introduzione degli strumenti e delle procedure per la qualità dei dati richiesti e la validazione del sistema verrà attivato un gruppo di lavoro coordinato dal Dipartimento Salute e politiche sociali, che coinvolgerà l'Azienda, UPIPA e Consolida.

A tale fine, entro il 30 giugno 2021, l'Azienda è tenuta ad attivare flussi di dati e cruscotti di analisi, anche valorizzando progettualità innovative e soluzioni tecnologiche sostenute dalla Provincia, che consentano l'acquisizione, l'elaborazione e la restituzione dei dati e indicatori ai diversi livelli di governo, previsti nella Relazione annuale sullo stato di salute e sull'andamento dell'assistenza ai residenti delle RSA (paragrafo 6.1) e necessari ai fini della sorveglianza integrata sulle infezioni e sulla capacità di risposta delle RSA, in linea con i programmi, i protocolli e gli indicatori stabiliti a livello internazionale e nazionale (es. protocollo europeo *Healthcare-Associated Infections in Long Term Care Facilities*, protocolli Covid).

Le RSA dovranno garantire:

- la trasmissione all'Azienda di dati in forma aggregata previsti nella Relazione sanitaria;
- la disponibilità a verificare e sperimentare la rilevazione automatizzata di ulteriori parametri, richiesti nel corso delle istruttorie di accreditamento istituzionale e della vigilanza tecnico-sanitaria e amministrativa (in particolare quanto attiene il monitoraggio dei parametri di personale);
- l'adesione alle procedure di sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza e sulle epidemie attivati, a livello provinciale.

16. FLUSSI INFORMATIVI

16.1 Presenze residenti

Le RSA sono tenute ad aggiornare con la massima tempestività le presenze dei residenti mediante il programma Atlante indipendentemente dalla tipologia di servizio attivato (posto letto RSA per non autosufficienti posto letto di casa soggiorno, etc...) e dal soggetto tenuto al pagamento delle rette.

16.2 Elenco residenti

In allegato alla comunicazione di adesione al sistema di finanziamento disciplinato dalle presenti direttive, le RSA trasmettono una dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dal legale rappresentante della struttura attestante che gli ospiti occupanti i diversi tipi di posti letto della struttura sono quelli presenti in Atlante al 01.01.2021.

16.3 Informazione sui medici delle RSA

Entro il 15 gennaio 2021 le RSA trasmettono ai Servizi territoriali – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza i nominativi del/i medico/i incaricato/i per l'assistenza medico generica e il coordinamento sanitario della struttura, comunicando altresì l'impegno orario settimanale per i soli medici in convenzione con l'Azienda.

16.4 Banca dati ministeriale

Per adempiere agli obblighi ministeriali di cui al D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali" pubblicato il 9 gennaio 2009 volti allo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) le RSA sono tenute a mantenere aggiornata la Banca dati dell'Azienda, attraverso il programma Atlante o i propri software aziendali purché sia garantito l'interfacciamento dei dati.

Qualora la RSA non invii con la regolarità richiesta i flussi informativi, l'Azienda procederà a una riduzione del finanziamento tenuto conto delle anomalie registrate e secondo i criteri e modalità già stabiliti dal Servizio competente.

16.5 Documentazione contabile

Le RSA trasmettono al Servizio competente i seguenti documenti contabili, entro 15 giorni dalla loro approvazione, al massimo dettaglio disponibile:

1. il budget 2021 e il bilancio preventivo economico pluriennale di previsione (2021-2023), completi di relazioni e allegati (compreso l'elenco dei dati relativi alla consistenza analitica del personale e alla relativa spesa distinta per voci stipendiali e oneri riflessi);

2. il bilancio di esercizio 2020 con relative relazioni ed allegati;
3. la verifica gestionale relativa al primo semestre 2021 (per gli enti gestori APSP il riferimento è il comma 3 art. 6 LR 7/2005).

Le RSA si impegnano inoltre a fornire al Servizio competente, a richiesta, i dati necessari a garantire processi di miglioramento della qualità e dell'efficienza, nonché a pervenire alla definizione di costi standard relativi al servizio.

16.6 Rette alberghiere

Le RSA trasmettono al Servizio competente, entro il giorno successivo alla loro approvazione, l'importo della retta alberghiera base a carico dei residenti.

Entro il mese di gennaio 2021, le RSA devono pubblicare sul proprio sito istituzionale le informazioni relative alle rette e tariffe applicate, sulla base dello schema-tipo allegato alla deliberazione n. 2481/2018.

Nel corso del 2021 il Servizio competente, in collaborazione con UPIPA e Consolida, lavorerà al fine di definire il contenuto standard della retta alberghiera base.

Contestualmente alla trasmissione del bilancio di esercizio, le RSA inviano un prospetto dettagliato delle entrate relative ai servizi/prestazioni erogate ai residenti e non comprese nella retta alberghiera base.

17. OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO

Le RSA sono tenute a garantire ai soggetti di formazione della Provincia autonoma di Trento (Polo Universitario delle professioni sanitarie dell'Azienda, in particolare per i corsi di laurea in Infermieristica e in Fisioterapia e alle Scuole provinciali per operatore socio sanitario (OSS), Scuola di formazione specifica in medicina generale) la possibilità di far svolgere agli studenti il periodo di tirocinio (della durata di circa un mese) previsto dai rispettivi ordinamenti didattici. Nella tabella F è indicato, per ciascuna RSA, il numero di studenti minimo per i quali la RSA è tenuta, se contattata dai predetti Soggetti di formazione, a garantire il supporto formativo nell'anno (solare) 2021. Il parametro utilizzato è di 1 studente ogni 4,5 posti letto convenzionati con il SSP. Per esigenze didattiche potrà essere richiesto alla RSA di accogliere contemporaneamente fino a 1 studente ogni 15 posti letto.

L'attività di supervisore/tutor sarà accreditata ai fini del conseguimento dei crediti ECM. La Provincia autonoma di Trento, tramite i predetti Soggetti di formazione, potrà organizzare specifica formazione da rivolgere agli operatori supervisori del tirocinio.

Qualora i soggetti di Formazione segnalassero inadempienze da parte delle RSA, sarà cura del Servizio competente valutare quali azioni operare in termini di recupero tariffario.

18. DISPOSIZIONI VARIE

Gli enti gestori sono tenuti alla pubblicazione della Carta dei servizi sul proprio sito istituzionale.

Ai fini del conteggio della durata del ricovero in RSA il giorno di ingresso e il giorno di uscita sono conteggiati come un sol giorno.

I residenti delle RSA partecipano alla spesa, secondo la normativa vigente.

In caso di accoglienza di persone non autosufficienti in posti letto non negoziati con l'Azienda, la dotazione di personale va integrata secondo quanto previsto nell'allegata Tabella A), parte seconda.

Eventuali prestazioni sanitarie in favore di persone autosufficienti sono assicurate dalla struttura avvalendosi del personale sanitario e assistenziale a rilievo sanitario di cui alle presenti direttive.

In relazione al numero di posti letto negoziati, qualora ne venga accertato un sottoutilizzo, l'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza motivatamente autorizza l'utilizzo di detti posti in favore di persone autosufficienti o non autosufficienti, rispettivamente residenti in provincia di Trento o fuori provincia.

Fatta salva l'eventuale disciplina specifica individuata nei diversi ambiti delle presenti direttive, in caso di inadempienza o inosservanza delle disposizioni da parte della RSA, il Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza provvede ad acquisire le motivazioni addotte dalla RSA ponendo dei termini perentori di risposta, comunque non superiori a 10 giorni. Nel caso di mancata risposta o nel caso gli elementi della risposta non vengano condivisi dal Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza la RSA deve essere diffidata ad adeguarsi entro un termine esplicito trascorso il quale l'Azienda è tenuta a porre in essere ogni azione a tutela del SSP, anche con recuperi finanziari rispetto all'oggetto del contendere.

I posti letto non convenzionati con il SSN possono essere occupati da paganti in proprio con retta determinata da ciascun ente gestore.

Ai sensi del nuovo Regolamento generale sulla protezione dei dati, Regolamento Ue 2016/679 (GDPR), l'Azienda e i singoli enti gestori trattano e condividono dati degli utenti per cui emerge una situazione di contitolarità e pertanto devono definire, tramite un accordo interno, le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dal citato Regolamento. Al fine evitare la redazione e sottoscrizione di molteplici atti bilaterali tra le Parti, la formale accettazione delle direttive include anche l'accettazione dell'accordo di contitolarità nella gestione dei dati degli utenti. Il contenuto dell'accordo costituisce specifico allegato alle presenti direttive (allegato G).

Per facilitare l'assistenza sanitaria dei residenti che mantengono il proprio medico di base (posti letto di sollievo, posti letto privati), le RSA/comunità residenziali per

religiosi possono sottoscrivere specifiche convenzioni con l'Azienda per l'utilizzo di strumenti informatici aziendali (ad esempio per utilizzare il SIO – Sistema Informativo Ospedaliero) sempre nel rispetto del Regolamento generale sulla protezione dei dati, di cui al punto precedente.

Per facilitare l'organizzazione di eventi formativi e-learning e in FAD, le RSA devono dotare il proprio personale di un indirizzo mail istituzionale.

PARTE SECONDA**FINANZIAMENTO ALLE RSA DELLE SPESE RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO A FAVORE DELLE PERSONE RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO PER L'ANNO 2021 E DISPOSIZIONI PER LA CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA**

Per il finanziamento delle attività delle RSA sono poste a carico del Fondo Sanitario Provinciale le seguenti prestazioni-attività come declinate nella “parte prima” delle presenti direttive:

- l'assistenza medica e il coordinamento sanitario;
- l'assistenza medica specialistica;
- l'assistenza infermieristica;
- l'assistenza riabilitativa;
- l'assistenza generica alla persona;
- l'attività di coordinamento dei servizi;
- l'attività di animazione;
- la fornitura di farmaci, presidi sanitari e altri prodotti;
- i trasporti sanitari;
- la quota parte dei costi generali e amministrativi forfettariamente attribuita alla competenza della Sanità.

1. TARIFFA

Per ogni posto letto convenzionato l'Azienda riconosce a ogni ente gestore di RSA una tariffa giornaliera, che tiene conto:

- della dinamica dei costi in relazione alla dimensione della struttura (per determinare la dimensione della RSA, al fine di individuare la tariffa sanitaria da applicare, si considerano i posti letto accreditati alla data di approvazione delle presenti direttive);
- della diversa intensità di risorse impiegate nei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale;

La tariffa giornaliera (più oneri fiscali, se dovuti) viene riconosciuta per ciascun posto letto in base all'effettiva occupazione (da intendersi posto letto occupato anche i casi di temporanee assenza con mantenimento del posto letto).

Fino al 31 marzo, e comunque fino a diversa indicazione da parte della giunta provinciale, vengono prorogate le modalità di finanziamento disciplinate nella deliberazione provinciale n. 520/2020.

Limitatamente ai posti letto di sollievo di cui all'allegata tabella B e ai posti di sollievo dinamici, la tariffa giornaliera viene riconosciuta indipendentemente dall'effettiva occupazione (modalità vuoto per pieno).

ALLEGATO 1 - PARTE II

La tariffa verrà ridotta del 50% in caso di assenza prolungata del residente (incluso ricovero ospedaliero). La decurtazione avverrà a partire dal 31esimo giorno di assenza consecutiva.

La tariffa ricomprende i costi relativi a:

- personale assistenziale socio-sanitario nei parametri indicati nella tabella A.;
- assistenza medica e coordinamento sanitario;
- ausili per incontinenza;
- quota parte dei costi generali e amministrativi forfettariamente attribuita alla competenza della Sanità;
- una quota forfetaria per il fisiologico lasso di tempo intercorrente tra la messa a disposizione del posto letto e la sua successiva occupazione;
- quota forfetaria relativa ai costi per assenze lunghe e maternità.

Le tariffe delle RSA che trovano applicazione per l'anno 2021 sono le seguenti:

Tipologia RSA territoriale	Tariffe giornaliere in Euro
Fino a 40 p.l. accreditati	87,57
da 41 a 50 p.l. accreditati	80,68
da 51 a 60 p.l. accreditati	77,97
da 61 p.l. accreditati	76,42
Incremento per p.l. nucleo demenze	27,00
Incremento per p.l. nucleo sanitario	39,12
Incremento per p.l. namir	50,97

Eventuali modifiche nel corso dell'anno del numero dei posti letto accreditati che comportino l'applicazione di un diverso importo tariffario giornaliero, determinano la revisione del finanziamento complessivo a partire dal 1° giorno del mese successivo alla modifica.

Si dà atto, a mero titolo informativo e per ogni utilità, che la quota di finanziamento relativa all'assistenza medica e di coordinamento sanitario e agli ausili per incontinenza ricompresa nella tariffa è così dettagliata:

- assistenza medica e di coordinamento sanitario:
- quota annua a posto letto base+sollievo: € 659,30
 - quota annua a posto letto nucleo: € 1.318,60
- ausili per incontinenza:
- quota annua a posto letto negoziato: € 484,46

Al fine della definizione del finanziamento si considera il giorno di ingresso e non quello di dimissione; il medesimo principio viene utilizzato anche per la definizione della tariffa sanitaria in caso di spostamento da una tipologia di posto letto ad un'altra.

2. FORNITURA BENI E SERVIZI

Alle RSA sono inoltre forniti direttamente dall'Azienda i seguenti beni e servizi:

- farmaci (inclusa fornitura di ossigeno):
 - a) per le RSA territoriali è previsto un finanziamento annuale forfetario per posto letto negoziato di € 456,25 per un valore complessivo di € 2.079.132,30 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). La fornitura avviene sulla base di richieste prodotte dalle RSA;
 - b) per quanto riguarda la fornitura di ossigeno, nel corso del 2021 l'Azienda adotterà una modalità di individuazione centralizzata del fornitore al fine di ottimizzare e razionalizzare la spesa con la previsione di stipula, da parte delle RSA, di propri contratti nell'ambito della gara di fornitura gas medicinali. Seguiranno specifiche indicazioni da parte dell'Azienda.

- materiale sanitario (materiale di medicazione, cateteri ed altri presidi specificatamente individuati dalla Provincia) finanziato nella misura annuale forfetaria di € 351,22 per posto letto negoziato per un importo massimo complessivo annuo di € 1.600.509,20 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). La fornitura avviene sulla base di richiesta periodica formulata dalla RSA;

- assistenza medica specialistica: viene erogata direttamente dall'Azienda, di norma attraverso il proprio personale dipendente, nel numero massimo di ore indicato, per ciascuna RSA, nell'allegata tabella D). Allo scopo peraltro di incentivare l'accesso di medici specialisti in RSA, l'Azienda recupera all'interno del proprio bilancio un finanziamento pari ad € 587.388,00 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi) da utilizzare per stipulare accordi specifici con medici specialistici. Qualora il Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza abbia preventivamente dichiarato la propria impossibilità a garantire le ore che la singola RSA, all'interno del limite massimo di cui all'allegata tabella D), ha richiesto e che l'UVM ha considerato come appropriate, la RSA può attivarsi autonomamente, con successivo rimborso del costo effettivamente sostenuto.

3. ACCANTONAMENTI E FONDI

3.1 Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo

Per potenziare il servizio di sollievo è prevista l'attivazione di posti letto in alcuni periodi dell'anno, come previsto al paragrafo 13 parte I.

A tal fine è costituito, per l'anno 2021, un accantonamento di € 84.000,00.

3.2 Accantonamento per finanziamento integrativo livello NAMIR

Per il finanziamento integrativo alle RSA che accolgono persone che necessitano di assistenza qualificata ed intensiva, di cui al paragrafo 12, parte prima delle presenti direttive, vengono accantonate in un apposito fondo delle risorse pari ad € 600.000,00.

3.3 Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni

Per le attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni assistiti dal SSP viene istituito un apposito fondo, pari ad € 100.000,00, destinato ad integrare il finanziamento riconosciuto secondo il Nomenclatore. La ripartizione di tale fondo, fra le diverse strutture, avviene da parte del Servizio competente, tenuto conto delle prestazioni svolte da ciascuna RSA nel corso del 2021.

3.4 Fondo di riequilibrio

Il fondo di riequilibrio, pari ad € 350.000,00 è istituito per una duplice finalità:

1. per interventi finalizzati al finanziamento di particolari necessità assistenziali individuali e certificate dall'UVM. La richiesta va presentata dai Servizi territoriali – UO Cure Primarie al Servizio competente per il tramite della Direzione sociosanitaria; la valutazione della richiesta è di competenza del Servizio competente.

I progetti assistenziali sono definiti dall'UVM, su specifici e documentati bisogni dei residenti, che non possano essere adeguatamente soddisfatti con gli ordinari parametri di personale.

Il progetto specifica nel dettaglio le attività dell'operatore il cui costo è sostenuto dal fondo, esplicitandone l'impegno giornaliero unicamente in favore del residente individuato.

Le persone eleggibili sono persone con gravi problemi comportamentali. Il progetto, definito dalla UVM, ha carattere di temporaneità, fino a quando l'équipe della RSA non riesca a trovare delle soluzioni per far fronte ai bisogni assistenziali o subentrino cambiamenti nelle condizioni del residente. L'UVM definisce i tempi di rivalutazione e la durata del progetto;

2. per rimborso degli oneri sostenuti dalle APSP gestori di RSA per la fruizione dei distacchi sindacali da parte dei dipendenti, così come concordato nell'ambito della Commissione provinciale per l'integrazione socio-sanitaria ai sensi dell'art. 42 della L.P. 13/2007 nella seduta del 17 giugno 2008. Il Servizio competente comunicherà all'Azienda l'importo da corrispondere alle APSP interessate, previa presentazione da parte delle APSP di una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante il rendiconto delle spese effettivamente sostenute per la fruizione di tali permessi da trasmettere al Servizio competente entro il 31 gennaio 2022.

4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI

L'erogazione delle somme di cui alla tabella E), avviene con versamenti mensili posticipati in base alle presenze effettive.

I finanziamenti vengono corrisposti su presentazione di idonea documentazione. Con il versamento del mese di dicembre dell'anno di riferimento viene eseguito il conguaglio rispetto all'eventuale recupero tariffario di cui al successivo paragrafo 6. Tutte le operazioni di finanziamento ed i controvalori delle forniture dirette di beni e servizi disposte dall'Azienda a favore delle RSA devono trovare specifica contabilizzazione nel bilancio delle stesse attraverso l'istituzione di specifici capitoli.

Analoghe contabilizzazioni saranno disposte anche nel bilancio delle RSA private. La valorizzazione effettiva dei beni forniti direttamente dall'Azienda dovrà essere effettuata secondo i valori indicati dalla medesima in occasione di ogni fornitura, contabilizzando ogni singola operazione di consegna con l'emissione da parte della RSA di appositi titoli di spesa commutabili in quietanze di entrata.

Fino al 31 marzo, e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, l'erogazione del finanziamento di cui alla tabella E) avviene con versamenti mensili posticipati in base alle presenze medie registrate nel mese di febbraio 2020, come da tabella allegata alla deliberazione 520/2020.

5. LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE

Nel 2021 le RSA che hanno una retta alberghiera base 2020 inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere base 2020 (€ 47,95) possono aumentare la retta fino al valore della media ponderata 2020; tenuto conto che l'indice dei prezzi al consumo utilizzato dall'ISTAT per le rivalutazioni monetarie (FOI) è negativo nel periodo di interesse (periodo novembre 2020 - variazione percentuale rispetto allo stesso mese dell'anno precedente), non è possibile per gli altri enti adeguare l'importo della retta.

Per il calcolo della media ponderata si è considerato il numero dei posti letto convenzionati e la retta alberghiera base applicata al primo luglio 2020.

L'inosservanza della disposizione comporterà la sospensione del versamento mensile del finanziamento di cui al precedente punto 4. nella misura del 10% fino alla rideterminazione della retta. Rimane onere della RSA il rimborso al residente delle somme incassate in eccesso.

Il Servizio competente comunicherà all'Azienda gli eventuali provvedimenti da adottare.

Nella retta alberghiera base sono inclusi anche i servizi/prestazioni relativi alla fase di ingresso in struttura.

Ai fini del conteggio della durata del ricovero per il pagamento della retta alberghiera, il giorno di ingresso e il giorno di uscita sono conteggiati come un sol giorno, considerando solo il giorno di ingresso.

6. RECUPERO TARIFFARIO

La RSA è tenuta a dare comunicazione al Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza e al Servizio competente in caso di mancata realizzazione temporanea del parametro indicato nell'allegata tabella A) o per carenza o per assenza oltre al trentesimo giorno di calendario del singolo soggetto. Resta ferma la responsabilità del livello qualitativo e di sicurezza delle prestazioni assicurate nella RSA, come disciplinata dalla normativa per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

Ove il parametro predetto venga assicurato da personale non dipendente, si precisa che il valore annuale di riferimento è confermato in 1560 ore, ossia 130 ore mensili. Le ore in eccedenza rispetto a 195 ore mensili e/o 10 ore giornaliere sono da considerarsi ininfluenti ai fini della copertura del parametro assistenziale.

Le quote giornaliere, da portare in deduzione relative a ciascuna figura professionale, sono le seguenti:

Figura professionale	Quote giornaliere in Euro
Operatore socio-sanitario	96,37
Infermiere	110,94
Coordinatore dei servizi	117,37
Operatore di animazione	94,19
Fisioterapista	107,94
Psicologo (per ogni ospite livello NAMIR)	4,16

Entro il 15 gennaio 2022 – su specifico modello – viene definito l'importo da portare in deduzione al versamento di dicembre.

Nel 2020 e fino al 31 marzo 2021, e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, non opera il recupero tariffario.

7. DISPOSIZIONI PER LE PERSONE ACCOLTE IN POSTI LETTO CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI

Nell'anno 2021, per le persone accolte in posti letto convenzionati con altri servizi sanitari regionali, la tariffa sanitaria giornaliera è la seguente, comprensiva della quota relativa alle spese in conto capitale (edilizia e arredamento-attrezzature), le quali non sono state assunte nelle tariffe ordinarie perché afferenti al canale di finanziamento assicurato dagli specifici fondi ai sensi dell'articolo 19 bis della LP 6/98 e s.m.:

Tipologia RSA territoriale	Tariffe giornaliere in Euro
Capacità ricettiva fino a 40 p.l. accreditati	86,19
Capacità ricettiva da 41 a 50 p.l. accreditati	78,77
Capacità ricettiva da 51 a 60 p.l. accreditati	75,91
Capacità ricettiva da 61 p.l. accreditati	74,23
Incremento per p.l. nucleo demenze	34,25
Incremento per p.l. nucleo sanitario	47,62
Incremento per p.l. namir	56,50

TABELLA A

**PARAMETRI DI PERSONALE IN RSA ANNO 2021
ASSICURATE DALLE TARIFFE DI CUI ALLE PRESENTI DIRETTIVE**

Assistenza medico generica e coordinamento sanitario	Cfr direttive parte prima 6.1 – 7.1
Coordinatore dei servizi:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fino a 119 posti letto ▪ Oltre i 119 posti letto 	1 Coordinatore 2 Coordinatori
Assistenza riabilitativa:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ogni 50 posti letto ▪ ogni 12 posti letto Namir 	1 Fisioterapista 1 Fisioterapista aggiuntivo
Assistenza psicologica:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ogni 4 posti letto Namir 	2,5 ore Psicologo alla settimana
Assistenza infermieristica:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ fino a 60 posti letto * ▪ oltre i 60 posti letto ▪ nuclei sanitario + Namir 	6 Inf. 1 Inf. ogni 10 posti letto 1 Inf. aggiuntivo ogni 10 posti letto
Attività di animazione:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ogni 60 posti letto (escluse RSAO) 	1 operatore di animazione
Assistenza generica alla persona:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RSA territoriale ▪ RSAO ▪ Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale 	1 OSS ogni 2,1 posti letto 1 OSS ogni 2,1 posti letto 1 OSS ogni 1,5 posti letto

*non si prevede parametro aggiuntivo per posti letto non convenzionati con il SSP se il numero complessivo di posti letto RSA non supera i 60

I parametri di riferimento per:

- i posti letto accreditati (e non convenzionati) sono quelli sopra indicati tranne il parametro relativo all'assistenza generica alla persona dei posti letto base e ospedaliera che è pari a 1 OSS ogni 2,3 posti letto;
- i posti letto solo autorizzati sono quelli previsti nell'allegato 2) della deliberazione provinciale n. 3151 del 13/12/2002.

TIPOLOGIA POSTI LETTO NEGOZIATI ANNO 2021

R.S.A. DI	TIPOLOGIA POSTI LETTO				
	P.L. base	P.L. sollievo	P.L. nucleo dementi gravi	P.L. nucleo sanitario	totale P.L.
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	75	1	5	5	86
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	64	1	5	0	70
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	52	1	0	0	53
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	71	1	0	0	72
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGIO VALSUGANA	53	0	5	10	68
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	54	2	0	0	56
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	49	0	0	0	49
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	50	1	0	0	51
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	49	0	0	0	49
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	71	1	10	0	82
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	117	2	10	0	129
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	176	2	10	13	201
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	55	1	0	0	56
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	54	1	5	0	60
APSP G. Endrizzi di LAVIS	75	2	10	5	92
APSP Cristiani-de Luca di MEZZOCORONA	70	1	5	0	76
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	71	1	5	0	77
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	66	2	0	0	68
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	82	2	20	20	124
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	105	3	0	0	108
APSP Civica di Trento – RSA Gabbio di TRENTO	55	1	0	0	56
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	68	2	0	0	70
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	165	2	0	15	182
APSP M. Grazioli di POVO	150	1	10	24	185
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	71	1	0	5	77
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	71	1	0	0	72
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	52	0	10	0	62
APSP S. Maria di CLES	101	1	10	10	122
Coop. Stella Montis di FONDO	50	2	0	0	52
APSP Anaunia di PREDALIA	46	2	0	0	48
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	82	0	0	0	82
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	49	2	10	0	61
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	111	1	10	0	122
APSP Rosa dei Venti di BORGIO CHIESE	64	1	0	0	65
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	62	0	5	0	67
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	49	2	10	0	61
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	101	0	0	10	111
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	56	0	0	0	56
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	58	1	0	0	59
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	119	1	0	12	132
APSP G. Cis di LEDRO	58	0	0	0	58
APSP Residenza Molino di DRO	58	0	0	0	58
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	69	2	15	0	86
APSP U. Campagnola di AVIO	64	0	0	0	64
APSP di BRENTONICO	66	0	5	0	71
APSP Casa Laner di FOLGARIA	59	1	0	0	60
APSP C. Benedetti di MORI	75	1	5	2	83
APSP Opera Romani di NOMI	162	1	5	0	168
APSP C. Vannetti di ROVERETO	155	0	20	24	199
APSP C. Vannetti – RSA di BORGIO SACCO - ROVERETO	70	2	0	0	72
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	97	1	0	0	98
SPES scarl – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	60	0			60
APSP don G. Cumer di VALLARSA	35	0	0	0	35
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	49	2	0	0	51
TOTALE	4.116	56	205	155	4.532

PROSPETTO OPERATORI FINANZIATI ANNO 2021

R.S.A. DI	ASS. GENERICA	OP. DI ANIM.	INF.	FISIOT.	COORD.
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	42,86	1,43	9,1	1,72	1
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	34,29	1,17	7	1,4	1
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	25,24	0,88	6	1,06	1
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	34,29	1,2	7,2	1,44	1
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGIO VALSUGANA	35,24	1,13	7,8	1,36	1
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	26,67	0,93	6	1,12	1
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	23,33	0,82	6	0,98	1
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	24,29	0,85	6	1,02	1
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	23,33	0,82	6	0,98	1
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	40,95	1,37	8,2	1,64	1
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	63,33	2,15	12,9	2,58	2
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	100,1	3,35	21,4	4,02	2
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	26,67	0,93	6	1,12	1
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	29,52	1	6	1,2	1
APSP G. Endrizzi di LAVIS	46,67	1,53	9,7	1,84	1
APSP Cristani-de Luca di MEZZOCORONA	37,14	1,27	7,6	1,52	1
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	37,62	1,28	7,7	1,54	1
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	32,38	1,13	6,8	1,36	1
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	66,67	2,07	14,4	2,48	2
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	51,43	1,80	10,8	2,16	1
APSP Civica di Trento – RSA Gabbio di TRENTO	26,67	0,93	6	1,12	1
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	33,33	1,17	7	1,4	1
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	89,52	3,03	19,7	3,64	2
APSP M. Grazioli di POVO	94,57	3,08	20,9	3,7	2
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	37,62	1,28	8,2	1,54	1
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	34,29	1,2	7,2	1,44	1
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	31,43	1,03	6,2	1,24	1
APSP S. Maria di CLES	61,9	2,03	13,2	2,44	2
Coop. Stella Montis di FONDO	24,76	0,87	6	1,04	1
APSP Anaunia di PREDAIA	22,86	0,8	6	0,96	1
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	39,05	1,37	8,2	1,64	1
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	30,95	1,02	6,1	1,22	1
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	60	2,03	12,2	2,44	2
APSP Rosa dei Venti di BORGIO CHIESE	30,95	1,08	6,5	1,3	1
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	32,86	1,12	6,7	1,34	1
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	30,95	1,02	6,1	1,22	1
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	54,76	1,85	12,1	2,22	1
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	26,67	0,93	6	1,12	1
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	28,1	0,98	6	1,18	1
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	65,14	2,2	14,4	2,64	2
APSP G. Cis di LEDRO	27,62	0,97	6	1,16	1
APSP Residenza Molino di DRO	27,62	0,97	6	1,16	1
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	43,81	1,43	8,6	1,72	1
APSP U. Campagnola di AVIO	30,48	1,07	6,4	1,28	1
APSP di BRENTONICO	34,76	1,18	7,1	1,42	1
APSP Casa Laner di FOLGARIA	28,57	1	6	1,2	1
APSP C. Benedetti di MORI	40,86	1,38	8,5	1,66	1
APSP Opera Romani di NOMI	80,95	2,8	16,8	3,36	2
APSP C. Vannetti di ROVERETO	103,14	3,32	22,3	3,98	2
APSP C. Vannetti – RSA di BORGIO SACCO - ROVERETO	34,29	1,2	7,2	1,44	1
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	46,67	1,63	9,8	1,96	1
SPES scarl – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	28,57	1	6	1,2	1
APSP don G. Cumer di VALLARSA	16,67	0,58	6	0,7	1
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	24,29	0,85	6	1,02	1
TOTALE	2.226,70	75,51	480,00	90,64	64

ORE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA - ANNO 2021

R.S.A. di	ore specialistica
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	182
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	145
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	106
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	144
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGIO VALSUGANA	151
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	112
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	98
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	102
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	98
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	174
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	268
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	425
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	112
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	125
APSP G. Endrizzi di LAVIS	199
APSP Cristiani-de Luca di MEZZOCORONA	157
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	159
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	136
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	288
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	216
APSP Civica di Trento – RSA Gabbio di TRENTO	112
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	140
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	379
APSP M. Grazioli di POVO	404
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	159
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	144
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	134
APSP S. Maria di CLES	264
Coop. Stella Montis di FONDO	104
APSP Anaunia di PREDAIA	96
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	164
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	132
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	254
APSP Rosa dei Venti di BORGIO CHIESE	130
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	139
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	132
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	232
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	112
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	118
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	276
APSP G. Cis di LEDRO	116
APSP Residenza Molino di DRO	116
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	187
APSP U. Campagnola di AVIO	128
APSP di BRENTONICO	147
APSP Casa Laner di FOLGARIA	120
APSP C. Benedetti di MORI	173
APSP Opera Romani di NOMI	341
APSP C. Vannetti di ROVERETO	442
APSP C. Vannetti – RSA di BORGIO SACCO - ROVERETO	144
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	196
SPES scarl – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	120
APSP don G. Cumer di VALLARSA	70
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	102
TOTALE	9.424

ELEMENTI PER IL FINANZIAMENTO ANNO 2021 DELLE RSA

RSA di	p.l. base+ sollievo		p.l. nucleo demenze		p.l. nucleo sanitario		Finanziamento 2021
	n. p.l.	tariffa giorn.	n. p.l.	tariffa giorn.	n. p.l.	tariffa giorn.	
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	76	76,42	5	103,42	5	115,54	2.519.492,80
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	65	76,42	5	103,42	0	0,00	2.001.806,00
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	53	77,97	0	0,00	0	0,00	1.508.329,70
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	72	76,42	0	0,00	0	0,00	2.008.317,60
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGIO VALSUGANA	53	76,42	5	103,42	10	115,54	2.088.807,40
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	56	76,42	0	0,00	0	0,00	1.562.024,80
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	49	80,68	0	0,00	0	0,00	1.442.961,80
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	51	77,97	0	0,00	0	0,00	1.451.411,60
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	49	80,68	0	0,00	0	0,00	1.442.961,80
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	72	76,42	10	103,42	0	0,00	2.385.800,60
APSP S. Valentino – Città di Levico Terme di LEVICO TERME	119	76,42	10	103,42	0	0,00	3.696.785,70
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	178	76,42	10	103,42	13	115,54	5.890.727,70
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	56	76,42	0	0,00	0	0,00	1.562.024,80
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	55	77,97	5	104,97	0	0,00	1.756.818,00
APSP G. Endrizzi di LAVIS	77	76,42	10	103,42	5	115,54	2.736.127,60
APSP Cristani-de Luca di MEZZOCORONA	71	76,42	5	103,42	0	0,00	2.169.165,80
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	72	76,42	5	103,42	0	0,00	2.197.059,10
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	68	76,42	0	0,00	0	0,00	1.896.744,40
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	84	76,42	20	103,42	20	115,54	3.941.445,20
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	108	76,42	0	0,00	0	0,00	3.012.476,40
APSP Civica di Trento – RSA Gabbio di TRENTO	56	77,97	0	0,00	0	0,00	1.593.706,80
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	70	76,42	0	0,00	0	0,00	1.952.531,00
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	167	76,42	0	0,00	15	115,54	5.290.762,60
APSP M. Grazioli di POVO	151	76,42	10	103,42	24	115,54	5.601.501,70
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	72	76,42	0	0,00	5	115,54	2.219.178,10
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	72	76,42	0	0,00	0	0,00	2.008.317,60
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	52	76,42	10	103,42	0	0,00	1.827.934,60
APSP S. Maria di CLES	102	76,42	10	103,42	10	115,54	3.644.320,60
Coop. Stella Montis di FONDO	52	77,97	0	0,00	0	0,00	1.479.870,60
APSP Anania di PREDALIA	48	77,97	0	0,00	0	0,00	1.366.034,40
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	82	76,42	0	0,00	0	0,00	2.287.250,60
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	51	76,42	10	103,42	0	0,00	1.800.041,30
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	112	76,42	10	103,42	0	0,00	3.501.532,60
APSP Rosa dei Venti di BORGIO CHIESE	65	76,42	0	0,00	0	0,00	1.813.064,50
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	62	76,42	5	103,42	0	0,00	1.918.126,10
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	51	76,42	10	103,42	0	0,00	1.800.041,30
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	101	76,42	0	0,00	10	115,54	3.238.944,30
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	56	77,97	0	0,00	0	0,00	1.593.706,80
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	59	77,97	0	0,00	0	0,00	1.679.084,00
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	120	76,42	0	0,00	12	115,54	3.853.261,20
APSP G. Cis di LEDRO	58	77,97	0	0,00	0	0,00	1.650.624,90
APSP Residenza Molino di DRO	58	77,97	0	0,00	0	0,00	1.650.624,90
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	71	76,42	15	103,42	0	0,00	2.546.648,80
APSP U. Campagnola di AVIO	64	76,42	0	0,00	0	0,00	1.785.171,20
APSP di BRENTONICO	66	76,42	5	103,42	0	0,00	2.029.699,30
APSP Casa Laner di FOLGARIA	60	76,42	0	0,00	0	0,00	1.673.598,00
APSP C. Benedetti di MORI	76	76,42	5	103,42	2	115,54	2.392.976,50
APSP Opera Romani di NOMI	163	76,42	5	103,42	0	0,00	4.735.349,40
APSP C. Vannetti di ROVERETO	155	76,42	20	103,42	24	115,54	6.090.557,90
APSP C. Vannetti – RSA di BORGIO SACCO - ROVERETO	72	76,42	0	0,00	0	0,00	2.008.317,60
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	98	76,42	0	0,00	0	0,00	2.733.543,40
SPES scarl – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	60	77,97	0	0,00	0	0,00	1.707.543,00
APSP don G. Cumer di VALLARSA	35	87,57	0	0,00	0	0,00	1.118.706,80
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	51	77,97	0	0,00	0	0,00	1.451.411,60
TOTALE	4.172		205		155		131.315.272,80

ALTRI ACCANTONAMENTI/FINANZIAMENTI	
FONDO DI RIEQUILIBRIO	350.000,00
FINANZ. AGG. FKT	100.000,00
FINANZIAMENTO AGGIUNTIVO NAMIR	600.000,00
ACC.TO PER POTENZIAMENTO SERVIZIO DI SOLLIEVO	84.000,00
SERV. DI SOLLIEVO RESIDENZIALE PRESSO CASA S. MARIA (10 PL)	155.125,00
COMUNITA' RESIDENZIALE PER RELIGIOSI (20+5PL)	319.375,00
TOTALE	1.608.500,00

TOTALE FINANZIAMENTO	132.923.772,80
-----------------------------	-----------------------

BUDGET FORNITURA BENI E SERVIZI	
FARMACI	2.079.132,30
ASSISTENZA SPECIALISTICA	587.388,00
MATERIALE SANITARIO	1.600.509,20
TOTALE BUDGET FORNITURA	4.267.029,50

SPESA COMPLESSIVA	137.190.802,30
--------------------------	-----------------------

TABELLA F

NUMERO DI TIROCINANTI IN FORMAZIONE ANNO 2021

R.S.A. di	N. minimo di studenti
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	19
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	16
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	12
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	16
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGIO VALSUGANA	15
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	12
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	11
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	11
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	11
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	18
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	29
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	45
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	12
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	13
APSP G. Endrizzi di LAVIS	20
APSP Cristani-de Luca di MEZZOCORONA	17
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	17
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	15
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	28
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	24
APSP Civica di Trento – RSA Gabbio di TRENTO	12
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	16
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	40
APSP M. Grazioli di POVO	41
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	17
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	16
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	14
APSP S. Maria di CLES	27
Coop. Stella Montis di FONDO	12
APSP Anaunia di PREDAIA	11
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	18
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	14
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	27
APSP Rosa dei Venti di BORGIO CHIESE	14
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	15
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	14
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	25
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	12
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	13
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	29
APSP G. Cis di LEDRO	13
APSP Residenza Molino di DRO	13
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	19
APSP U. Campagnola di AVIO	14
APSP di BRENTONICO	16
APSP Casa Laner di FOLGARIA	13
APSP C. Benedetti di MORI	18
APSP Opera Romani di NOMI	37
APSP C. Vannetti di ROVERETO	44
APSP C. Vannetti – RSA di BORGIO SACCO - ROVERETO	16
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	22
SPES scarl – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	13
APSP don G. Cumer di VALLARSA	8
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	11
TOTALE	1005

**ACCORDO DI CONTITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER
L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE E ASSISTENZIALI CON LE
RSA E/O I CENTRI DIURNI ACCREDITATI CON IL SERVIZIO SANITARIO
PROVINCIALE**

(art. 26 del Regolamento UE 2016/679)

TRA

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, con sede legale in 38123 Trento, Via Alcide Degasperi, n. 79, partita IVA e C.F. 01429410226, nella persona del Direttore Generale dott. Paolo Bordon (di seguito "APSS" o anche "Contitolare");

E

I soggetti giuridici gestori di Residenze Sanitarie Assistenziali con sede territoriale/ospedaliera (RSA) e/o di Centri Diurni anziani (CD) del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) (di seguito, "Struttura" o anche "Contitolare") come individuate dalle Direttive provinciali anno 2021

di seguito congiuntamente "Parti" o anche "Contitolari"

PREMESSO CHE:

- l'art. 26, punto 1, del Regolamento UE 2016/679 (di seguito "Regolamento") prevede che "allorché due o più titolari del trattamento stabiliscono congiuntamente le finalità e i mezzi del trattamento, essi sono contitolari del trattamento. Essi determinano in modo trasparente, mediante un accordo interno, le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dal Regolamento, con particolare riguardo all'esercizio dei diritti dell'interessato, e le rispettive funzioni di comunicazione delle informazioni di cui agli articoli 13 e 14";
- l'art. 26, punto 2, del Regolamento prevede che, "L'accordo di contitolarità riflette adeguatamente i ruoli e i rapporti dei contitolari con gli interessati. Il contenuto essenziale dell'accordo è messo a disposizione degli interessati";
- le parti determinano congiuntamente le finalità ed i mezzi del trattamento dei dati personali che consistono nell'erogazione di prestazioni socio sanitarie ed assistenziali rivolte agli utenti del SSP, secondo quanto previsto dagli accordi negoziali (di seguito "Convenzione");
- l'espletamento delle suddette attività comporta infatti il trattamento di dati personali, come definiti all'art. 4, punto 1) del Regolamento, anche di particolari categorie di cui all'art. 9 del GDPR;
- le Parti si impegnano sin d'ora a trattare i dati secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, limitazione, integrità, riservatezza ed esclusivamente per le finalità esplicitate nel presente accordo, ai sensi dell'art. 5, punto 1 del Regolamento, del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche (d.lgs. 101/18) ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e di ogni altra norma cogente (ad es. leggi, decreti legislativi, regolamenti ecc.), ivi inclusi i provvedimenti del WP29, del Comitato europeo per la protezione dei dati e del Garante per

la protezione dei dati personali (di seguito “Garante”) di volta in volta applicabili (di seguito “Normativa Applicabile”);

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Art. 1 - Oggetto

1. Con il presente accordo (di seguito “Accordo”) le Parti determinano congiuntamente le finalità e mezzi del trattamento, nonché le rispettive responsabilità in merito all’osservanza degli obblighi derivanti dal vigente assetto normativo con particolare riguardo all’esercizio dei diritti dell’interessato, e le rispettive funzioni di comunicazione delle informazioni di cui agli articoli 13 e 14.
2. La Contitolarità di cui al presente Accordo è riferita al trattamento dei dati personali svolto nell’ambito della Convenzione, sia con modalità analogiche che con strumenti informatizzati, con l’esclusione di ciò che è gestito nell’ambito del fascicolo sanitario elettronico in base al consenso rilasciato dall’interessato e di ciò che è gestito per finalità amministrative in adempimento degli obblighi istituzionali, in conformità alle disposizioni di legge e regolamento, in particolare ai sensi dell’art. 2 sexies del D.lgs. 196/2003.
3. Con il presente Accordo sono inoltre stabiliti gli obblighi delle Parti in merito all’esercizio dei diritti degli interessati.

Art. 2 – Dati trattati, finalità e base giuridica del trattamento

1. Per l’erogazione delle prestazioni oggetto della Convenzione, verranno raccolti e trattati dati personali degli utenti, inclusi quelli rientranti nelle categorie particolari di dati, laddove necessari ed indispensabili rispetto al perseguimento delle obbligazioni derivanti dall’attività negoziata.
2. Le Parti determinano congiuntamente che la finalità del trattamento è l’erogazione di prestazioni socio sanitarie ed assistenziali rivolte agli utenti del SSP, secondo quanto previsto dalla Convenzione.
3. La base giuridica del trattamento dei dati personali è rappresentata dall’articolo 9, paragrafo 2, lettera h, dagli articoli 2 septies e 75 del D.lgs 196/2003 e dalle specifiche disposizioni di settore.
4. Il rapporto di contitolarità avrà ad oggetto le seguenti tipologie di dati:

NATURA DEI DATI	CATEGORIE DI SOGGETTI INTERESSATI
dati anagrafici identificativi	utenti dei servizi loro referenti
dati di contatto	utenti dei servizi loro referenti
dati relativi allo stato di salute	utenti dei servizi
dati relativi alle convinzioni religiose (solo su esplicita richiesta dell’interessato per fruire di assistenza religiosa)	utenti dei servizi

dati relativi alla condizione sociale	utenti dei servizi loro referenti
---------------------------------------	--------------------------------------

Art. 3 – Ripartizione dei ruoli e dei compiti

1. Ogni Contitolare si assume, per la parte di propria competenza, l'onere di trattare i dati personali secondo le norme vigenti, le modalità di conservazione e le disposizioni inerenti agli incidenti di sicurezza informatica e attraverso l'utilizzo di strumenti informatici conformi ai requisiti tecnico-organizzativi vigenti, nonché tramite proprio personale, debitamente informato e istruito ex art. 32 del Regolamento, condividendo percorsi formativi comuni o estendendo linee guida, disciplinari interni e policy di condotta.

2. Rispetto ai dati trattati nell'ambito della Convenzione, ciascun Contitolare nomina un Preposto, anche tenuto conto dei contenuti del primo comma art. 2-quaterdecies del Codice, al trattamento dei dati personali, individua il personale Autorizzato/Addetto al trattamento dei dati personali, nonché gli eventuali amministratori di sistema, impartendo le necessarie istruzioni per un corretto adempimento delle disposizioni alla luce della normativa applicabile.

3. Ogni Contitolare informa e forma il proprio personale interessato sulle modalità organizzative, sulle procedure operative, sulla gestione della documentazione cartacea, sull'utilizzo degli strumenti informatici e sulle funzionalità dei sistemi informativi.

4. I Contitolari si impegnano inoltre a:

a) adottare un'informativa da rendere disponibile agli interessati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento;

b) mettere a disposizione degli interessati il contenuto del presente Accordo, ai sensi dell'art. 26, par. 2 del Regolamento, attraverso richiesta da inviare a una delle parti ai contatti previsti al successivo art. 7;

c) censire, ognuna nel proprio registro dei trattamenti, se previsto, i trattamenti di dati personali per cui sono Contitolari in virtù del presente Accordo ai sensi dell'art. 30 del Regolamento;

d) effettuare – laddove necessario – una valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA), relativamente al trattamento oggetto del presente accordo, ai sensi degli articoli 35 e 36 del Regolamento. L'eventuale consultazione preventiva dell'autorità di controllo e la trasmissione dei dati necessari alla medesima sarà effettuata previo accordo tra le parti.

e) informare senza ritardo l'altra parte, anche attraverso i rispettivi Responsabili della Protezione dei Dati personali (di seguito "RPD"), di eventuali comunicazioni, ispezioni e/o contestazioni del Garante con riferimento ai trattamenti oggetto della Convenzione, nonché in caso di reclamo o esercizio del diritto dei diritti ex artt. 15 e segg. GDPR;

f) condividere vicendevolmente e senza indugio, anche per il tramite dei rispettivi RPD, ogni violazione ai dati trattati nell'ambito dell'Accordo, inclusi gli eventuali incidenti di sicurezza rilevati, concordando nel più breve tempo possibile, e comunque entro i termini e modi previsti dalla normativa, i contenuti dell'eventuale notifica al Garante e agli interessati ai sensi degli artt. 33 e 34 del Regolamento; la comunicazione all'interessato in caso di una violazione dei dati personali sarà effettuata dalla parte che avrà materialmente subito il data breach.

5. Il trattamento dei dati personali oggetto del presente accordo avviene in particolare tramite il sistema informativo ("Atl@nte"), anche attraverso interoperabilità informatica; le Parti sono congiuntamente autorizzate a compiere le attività di seguito indicate:

Operazione	Descrizione attività
Raccolta	acquisizione del dato
Consultazione	lettura dei dati personali
Elaborazione	modifica sostanziale il dato
Cancellazione (logica)	eliminazione dei dati tramite utilizzo di strumenti informatici
Comunicazione a terzi legittimati	(artt. 15 e 92 GDPR)

Per le operazioni di trattamento dei dati con il sistema informativo sopra richiamato, diverse da quelle sopra indicate, la responsabilità è da ritenersi in capo ad APSS, in qualità di soggetto che ha messo a disposizione il sistema; in particolare l'operazione di conservazione e successiva cancellazione dei dati contenuti nel sistema sono in capo ad APSS.

6. I Contitolari non possono utilizzare i dati trattati nell'ambito del presente Accordo per scopi di carattere commerciale e comunque per finalità non legate al trattamento in questione.

Art. 4 – Obblighi relativi alla sicurezza dei dati personali

1. I Contitolari sono tenuti a mettere in atto tutte le misure di sicurezza tecniche ed organizzative adeguate per proteggere i dati personali trattati nell'ambito della attività di cui al presente Accordo, verificando regolarmente il rispetto di tali misure per il tempestivo recupero della disponibilità dei dati personali trattati in caso di incidente fisico o tecnico ed eseguire un monitoraggio periodico sul livello di sicurezza raggiunto, al fine di renderlo sempre adeguato al rischio.

2. Le parti convengono che per il sistema di cui all'art. 3 l'individuazione, l'adozione e l'implementazione delle misure di sicurezza sul sistema informativo utilizzato e condiviso nel contesto dell'erogazione dei servizi di cui in premessa compete alla APSS. Ogni contitolare è invece responsabile dell'individuazione dei soggetti da abilitare/disabilitare al sistema e dell'assegnazione del relativo ruolo.

3. Ogni Contitolare predispone modalità organizzative e procedure operative nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali, in particolare del principio di minimizzazione dei dati di cui all'art. 5, par. 1, lettera c), del Regolamento e della tutela della riservatezza dei dati personali.

4. La tipologia del collegamento per la trasmissione dei flussi di dati e le caratteristiche di dettaglio sono individuate dai Contitolari in relazione all'opportunità tecnologica, alle caratteristiche delle prestazioni richieste e all'onerosità della connessione. Le caratteristiche del collegamento potranno cambiare nel tempo in relazione alla disponibilità di particolari tecnologie, all'evoluzione delle stesse, all'adeguatezza dei sistemi di comunicazione rispetto ai flussi di dati. La condivisione di tali modalità avrà luogo attraverso un confronto tra l'amministratore del sistema informativo di cui all'art. 3 e gli amministratori di eventuali altri sistemi informativi interoperanti utilizzati dalla struttura.

5. In particolare, i Contitolari si impegnano:

- a) a rispettare il principio di necessità riducendo al minimo l'utilizzazione di dati personali e identificativi in modo da escludere il trattamento quando le finalità perseguite possono essere realizzate mediante dati anonimi o modalità che consentano di identificare l'interessato solo se necessario; rispettare i principi di "privacy by design" e "privacy by default" - evitare di fare copie, estrazioni, duplicazioni, anche parziali per ragioni non

attinenti alle finalità del trattamento di cui in premessa, documentare le predette operazioni di sicurezza e, in caso di richiesta, esibire a ciascun contitolare ogni documento a supporto;

- b) a non comunicare a soggetti non autorizzati né a diffondere dati personali e informazioni di carattere strettamente riservato che riguardano la dotazione tecnologica e/o le modalità organizzative e procedurali di cui venissero a conoscenza nei rapporti con gli altri Contitolari;
- c) ad agevolare verifiche reciproche di adeguatezza delle strumentazioni e delle metodologie di trattamento e trasmissione, solo dei dati previsti riferiti alla Convenzione. Nello specifico sono garantite ed accettate in modo reciproco azioni di controllo e di audit al fine di verificare il rispetto delle misure di sicurezza minime ed idonee in accordo con quanto stabilito dalla normativa applicabile, nonché il rispetto delle disposizioni contenute nel presente Accordo;
- d) ad informare, formare ed aggiornare costantemente il proprio personale sugli aspetti connessi alla sicurezza del trattamento dei dati.

6. Ove il trattamento dei dati da parte dei Contitolari avvenga mediante l'interazione tra sistemi informativi si deve garantire l'osservanza delle disposizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali. In particolare al fine di garantire un trattamento efficiente, sicuro e affidabile da parte delle Parti è fondamentale che siano rispettate le regole tecniche, organizzative, comportamentali e quelle riguardanti i contenuti informativi contenute nel presente Accordo anche mediante interventi di raccordo che coinvolgano i rispettivi amministratori di sistema, i responsabili del trattamento e gli RPD.

Art. 5 – Responsabilità dei Contitolari

1. Le Parti sono responsabili per il rispetto delle misure di propria pertinenza al fine di garantire il risarcimento effettivo dell'interessato ai sensi di quanto previsto dalla Normativa Applicabile, dagli articoli 26 e 82 del Regolamento, e in particolare secondo quanto previsto dagli articoli 3 e 4 del presente Accordo.

2. Per quanto riguarda il trattamento dei dati personali previsti nell'Accordo, i Contitolari saranno ritenuti solidalmente responsabili nei confronti degli interessati, i quali potranno agire indistintamente nei confronti di ciascun Contitolare per la tutela dei propri diritti. Ferma restando la responsabilità solidale verso gli interessati, è sin d'ora convenuto che ciascun Contitolare avrà azione di regresso nei confronti degli altri Contitolari per le eventuali sanzioni, multe, ammende o danni derivanti dalla violazione o dall'erronea esecuzione del presente Accordo.

Art. 6 – Responsabile del trattamento dei dati

1. In relazione ai trattamenti di dati effettuati nell'ambito dell'Accordo, i Contitolari possono nominare uno o più responsabili al trattamento dei dati (ex art. 28 del Regolamento), scelti tra soggetti che presentino garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate, in modo tale che il trattamento soddisfi le previsioni di legge e garantisca la tutela dei diritti degli interessati, svolgendo opportune verifiche e indagini.

2. La nomina del responsabile al trattamento può avvenire con atto giuridico congiunto dei Contitolari oppure con atto giuridico di uno dei Contitolari, che dovrà comunicarne gli estremi agli altri Contitolari per opportuna conoscenza con un preavviso di almeno 7 giorni o, nel caso di rapporto in essere al momento della stipula del presente atto, entro i 7 giorni successivi alla stessa. Nel caso di designazione non congiunta, il contitolare che nomina il Responsabile ha l'onere e la responsabilità di verificare l'adeguatezza delle misure tecniche ed organizzative adottate dal medesi-

mo, assumendosi in via esclusiva eventuali conseguenze pregiudizievoli derivanti dalla condotta del Responsabile stesso.

3. I Contitolari si impegnano a limitare gli ambiti di circolazione e trattamento dei dati personali (es. memorizzazione, archiviazione e conservazione dei dati sui propri server o in cloud) ai Paesi facenti parte dell'Unione Europea, con espresso divieto di trasferirli in paesi extra UE che non garantiscano (o in assenza di) un livello adeguato di tutela, ovvero in assenza di strumenti di tutela previsti dal GDPR (Paese terzo giudicato adeguato dalla Commissione europea, BCR di gruppo, clausole contrattuali modello, etc.). Il contitolare, pertanto, non potrà trasferire o effettuare il trattamento dei dati personali oggetto del presente accordo al di fuori dell'Unione Europea.

Art. 7 - Diritti degli interessati

1. Gli interessati possono richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione qualora li ritengano inesatti o incompleti, nonché la loro cancellazione, ove quest'ultima non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con l'eventuale necessità di consentire l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

2. Gli interessati, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, hanno altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità nazionale di controllo in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

3. Per l'esercizio di tali diritti i punti di contatto sono i seguenti:

- per APSS: ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperì, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 - fax 0461/904170 – indirizzo di posta elettronica urp@apss.tn.it;
- per la Struttura: i riferimenti indicati nell'allegato alle direttive provinciali RSA e Centri Diurni anno 2021;

4. I riferimenti dei Responsabili della protezione dei dati (RPD), a cui l'interessato può rivolgersi per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali, sono i seguenti:

- per APSS: Via Degasperì, 79 – 38123 Trento, indirizzo di posta elettronica ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it;
- per la Struttura: i riferimenti indicati nell'allegato alle direttive provinciali RSA e Centri Diurni anno 2021;

5. Resta inteso che, ai sensi dell'art. 26, par. 3, del Regolamento, indipendentemente dalle disposizioni del presente Accordo, l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti di ciascun Contitolare.

Art. 8 - Segretezza e confidenzialità

1. I Contitolari si impegnano a considerare strettamente confidenziale tutto il materiale generalmente non di dominio pubblico di cui possono venire a conoscenza in ragione del rapporto di contitolarità e si impegnano a comunicare e utilizzare tali informazioni solamente per gli scopi previsti dal presente Accordo.

Art. 9 – Foro Competente

1. Per qualsiasi controversia derivante o comunque collegata al presente Accordo sarà competente in via esclusiva il Foro di Trento, con esclusione degli eventuali fori facoltativi previsti dalla legge.

Art. 10 - Corrispettivi

1. Le Parti convengono che per il ruolo di Contitolare nel trattamento dei dati nell'ambito del presente Accordo non è prevista remunerazione in merito ai servizi richiesti e forniti reciprocamente.

Art. 11 – Durata

1. La decorrenza e il termine del presente Accordo sono pari a quelle della Convenzione.

Art. 12 - Disposizioni conclusive

1. Eventuali modifiche al presente Accordo dovranno essere apportate previa intesa scritta tra le Parti.

2. Le Parti hanno letto e compreso il contenuto del presente Accordo e con la formale adesione allo stesso esprimono pienamente il loro consenso.

Denominazione Ente gestore	Sito web	E-mail	RIFERIMENTI RPD	RIFERIMENTI PER I DIRITTI DEGLI INTERESSATI
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	www.apspsaetano.it	info@apspsaetano.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apspsaetano.it
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	www.casadiriposogiovanelli.org	info@casadiriposogiovanelli.org	servizioldpo@upipa.tn.it	info@casadiriposogiovanelli.org
APSP Valle del Vanoi di CANAL S.BOVO	www.apspvalledelvanoit.it	segreteria@rsacanalsanbovo.com	servizioldpo@upipa.tn.it	segreteria@rsacanalsanbovo.com
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-SAN MARTINO DI CASTROZZA	www.apsp-primiero.net	segreteria@apsp-primiero.net	servizioldpo@upipa.tn.it	segreteria@apsp-primiero.net
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGO VALSUGANA	www.apspborgo.it	info@apspborgo.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apspborgo.it
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	www.apspsuoragnese.it	info@apspsuoragnese.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apspsuoragnese.it
APSP Casa di soggiorni Suor Filippina di GRIGNO	www.apspgrigno.it	info@apspgrigno.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apspgrigno.it
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	www.piccolospedale.it	info@piccolospedale.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@piccolospedale.it
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	www.apsp-roncegno.it	amministrazione@apsp-roncegno.it	servizioldpo@upipa.tn.it	amministrazione@apsp-roncegno.it
APSP R. Floriani di CASTEL IVANO	www.apspstrigno.it	segreteria@apspstrigno.it	servizioldpo@upipa.tn.it	segreteria@apspstrigno.it
APSP Levico CURAE di LEVICO TERME	www.apsplevicocurae.it	info@apsplevicocurae.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apsplevicocurae.it
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	www.apsp-pergine.it	amministrazione@apsp-pergine.it	servizioldpo@upipa.tn.it	amministrazione@apsp-pergine.it
SPES - RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	www.gruppospes.it	villaalpina@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
APSP Valle dei Laghi di CAVEDINE	www.residenzavalledeilaghi.it	segreteria@residenzavalledeilaghi.it	servizioldpo@upipa.tn.it	segreteria@residenzavalledeilaghi.it
APSP G. Endrizzi di LAVIS	www.apsplavis.it	info@apsplavis.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apsplavis.it
APSP Cristani-De Luca di MEZZOCORONA	www.cristanideluca.it	rsa@casacristani.it	servizioldpo@upipa.tn.it	rsa@casacristani.it
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	www.sangiovanni.tn.it	info@sangiovanni.tn.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@sangiovanni.tn.it
SPES - RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO CEMBRA	www.gruppospes.it	valledicembra@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
APSP Civica di Trento – RSA S.BARTOLOMEO	www.civicatnapsp.it	segreteria@civicatnapsp.it	servizioldpo@upipa.tn.it	segreteria@civicatnapsp.it

Denominazione Ente gestore	Sito web	E-mail	RIFERIMENTI RPD	RIFERIMENTI PER I DIRITTI DEGLI INTERESSATI
APSP Civica di Trento – RSA ANGELI CUSTODI	www.civicatnapsp.it	segreteria@civicatnapsp.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@civicatnapsp.it
APSP Civica di Trento - RSA GABBIOLO	www.civicatnapsp.it	segreteria@civicatnapsp.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@civicatnapsp.it
APSP Civica di Trento - RSA STELLA DEL MATTINO	www.civicatnapsp.it	segreteria@civicatnapsp.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@civicatnapsp.it
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	www.iaps.it	info@iaps.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@iaps.it
APSP M. Grazioli di POVO	www.apspgrazioli.it	info@apspgrazioli.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspgrazioli.it
SPES - RSA VILLA BELFONTE	www.gruppospes.it	villabelfonte@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
SPES - RSA VIA VENETO	www.gruppospes.it	residenzaviaveneto@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
SPES - RSA CASA FAMIGLIA di CADINE	www.gruppospes.it	casafamiglia@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
APSP S. Maria di CLES	www.apspcles.it	info@apspcles.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspcles.it
COOP Stella Montis di FONDO	www.stellamontisfondo.it	coop@stellamontisfondo.it	coop@stellamontisfondo.it	coop@stellamontisfondo.it
APSP Anaunia di PREDALIA	www.apspptaio.org	info@apspptaio.org	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspptaio.org
APSP Centro Servizi Sociosanitari e Residenziali di Malè'	www.centroservizimale.it	info@centroservizimale.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@centroservizimale.it
APSP A. Bontempelli di PELLIZZANO	www.apsp-pellizzano.it	info@apsp-pellizzano.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apsp-pellizzano.it
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	www.apspgiudicarieesteriori.it	segreteria@apspgiudicarieesteriori.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@apspgiudicarieesteriori.it
APSP Rosa dei Venti di BORGO CHIESE	www.rosadeiventitn.it	info@rosadeiventitn.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@rosadeiventitn.it
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	www.apsppievedibono.it	mail@rsapdb.it	serviziodpo@upipa.tn.it	mail@rsapdb.it
APSP A. Collini di PINZOLO	www.apsp-pinzolo.it	segreteria@apsp-pinzolo.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@apsp-pinzolo.it
APSP S. Vigilio – Fondazione Bonazza di SPIAZZO	www.casariposospiazzo.it	segreteria@casariposospiazzo.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@casariposospiazzo.it
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	www.apspstoro.it	info@apspstoro.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspstoro.it

Denominazione Ente gestore	Sito web	E-mail	RIFERIMENTI RPD	RIFERIMENTI PER I DIRITTI DEGLI INTERESSATI
APSP Fondazione Comunità di Arco	www.fcda.it	info@fcda.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@fcda.it
Piccole Suore Sacra Famiglia di ARCO	www.pssf.it	sacrafamigliaarco@pssf.it	serviziodpo@upipa.tn.it	sacrafamigliaarco@pssf.it
APSP G. Cis di LEDRO	www.apspgiacomocis.it	segreteria@apspgiacomocis.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@apspgiacomocis.it
APSP Residenza Molino di DRO	www.residenzamolino.it	info@residenzamolino.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@residenzamolino.it
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	www.csarivadelgarda.it	info@csarivadelgarda.com	serviziodpo@upipa.tn.it	info@csarivadelgarda.com
APSP U. Campagnola di AVIO	www.apspavio.it	amministrazione@apspavio.it	serviziodpo@upipa.tn.it	amministrazione@apspavio.it
APSP di Brentonico	www.apspbrentonico.it	info@apspbrentonico.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspbrentonico.it
APSP Casa Laner di FOLGARIA	www.casalaner.it	amministrazione@casalaner.it	serviziodpo@upipa.tn.it	amministrazione@casalaner.it
APSP C. Benedetti di MORI	www.apsp-cesarebenedetti.it	segreteria@apsp-cesarebenedetti.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@apsp-cesarebenedetti.it
APSP Opera Romani di NOMI	www.operaromani.it	info@operaromani.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@operaromani.it
APSP C. Vannetti di ROVERETO	www.apspvannetti.it	info@apspvannetti.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspvannetti.it
APSP C. Vannetti - RSA BORGO SACCO di ROVERETO	www.apspvannetti.it	info@apspvannetti.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspvannetti.it
Istituto Piccole Suore Sacra Famiglia di ROVERETO	www.csfrovereto.com	casasacrafamiglia.rovereto@pssf.it	serviziodpo@upipa.tn.it	casasacrafamiglia.rovereto@pssf.it
SPES ST Gestioni - RSA SOLATRIX di ROVERETO	www.gruppospes.it	residenzasolatrix@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
APSP Don G. Cumer di VALLARSA	www.apspvallarsa.it	info@apspvallarsa.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspvallarsa.it
APSP della Val di Fassa di SAN GIOVANNI DI FASSA - SÈN JAN	www.apspfassa.it	info@apspfassa.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspfassa.it