



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 2175

Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

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 ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2020 e relativo finanziamento.

Il giorno **20 Dicembre 2019** ad ore **09:50** nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

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

ENRICO MENAPACE

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

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.

Le direttive annuali vanno assunte in tempo utile per gli adempimenti delle RSA riguardanti la predisposizione dei propri budget e la programmazione delle attività (Allegato 1).

Rispetto alle direttive 2019, le novità principali che si propongono, interessano i seguenti aspetti (i punti 3, 5, 6, 7 sono modifiche condivise in gruppi di lavoro allargati):

- 1) aumento di 4 posti letto base nella comunità della val di Non, tenuto conto che l'offerta di posti letto convenzionati in quel territorio è la più bassa della provincia, se rapportata alla popolazione anziana (75 anni e più). I nuovi posti convenzionati sono così distribuiti:
 - 2 posti letto base presso l'APSP di Cles;
 - 2 posti letto base presso l'APSP di Predaia;
- 2) possibilità per gli enti gestori che applicano una retta alberghiera base 2019 inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere 2019 (€ 47,63) di aumentare la retta fino al valore della media ponderata 2019; gli altri enti gestori possono adeguare l'importo della retta applicando l'indice dei prezzi al consumo utilizzato dall'ISTAT per le rivalutazioni monetarie (FOI) pari allo 0,1% (periodo novembre 2019 - variazione percentuale rispetto allo stesso mese dell'anno precedente);
- 3) revisione e potenziamento del servizio di sollievo in RSA con la costituzione di un accantonamento per l'anno 2020 di euro 84.000,00;
- 4) incremento di 50.000,00 euro del fondo di riequilibrio considerato il progressivo aumento delle situazioni che necessitano di un progetto personalizzato;
- 5) per quanto riguarda la revisione dei nuclei per demenze gravi, si propone di sperimentare, nel corso del 2020, un nuovo modello di nucleo specializzato con la funzione di assistere persone con demenza, residenti in RSA o al proprio domicilio. Con specifica deliberazione provinciale verrà approvato il progetto e individuata una o più RSA dove sperimentare il modello;
- 6) approvazione di uno schema standard, cui devono attenersi i medici coordinatori nel predisporre la relazione annuale sull'andamento dell'assistenza ai residenti (Allegato 2). Lo schema di relazione sarà applicato sperimentalmente nel 2020 e avrà come periodo di riferimento il 2019;
- 7) ai sensi del nuovo Regolamento generale sulla protezione dei dati, Regolamento Ue 2016/679 (GDPR), l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) 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. Su richiesta di APSS e di UPIPA, per evitare la redazione e sottoscrizione di molteplici atti bilaterali tra le Parti, si propone che la formale accettazione delle direttive includa anche l'accettazione dell'accordo di contitolarità nella gestione dei dati degli utenti. Il contenuto dell'accordo è stato definito da APSS e da

rappresentanti degli enti gestori (UIPA e SPES) e costituisce specifico allegato alle direttive (allegato G).

Nel corso del 2020, come indicato nelle direttive, si lavorerà per:

- revisionare le modalità di erogazione dell'assistenza specialistica;
- elaborare un progetto per sperimentare in almeno una RSA uno/due posti di residenzialità palliativa;
- sviluppare un gestionale informatizzato per la rilevazione dei minuti assistenziali collegandosi alle timbrature;
- definire il contenuto standard della retta alberghiera base.

Nel corso del 2020, come previsto dal Protocollo approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2032 del 27/09/2013, sarà attivato un nucleo RSA presso il presidio socio-sanitario di Ala gestito dall'APSP U. Campagnola di Avio. Con specifica deliberazione verranno convenzionati 20 posti letto base RSA, le cui risorse a copertura risultano accantonate in Tabella A2) del Riparto 2020 delle risorse del Servizio sanitario provinciale approvato con deliberazione provinciale di data odierna.

Si prende atto, infine, della diminuzione di 3 posti RSAO convenzionati presso l'Ospedale S. Camillo di Trento, come stabilito con deliberazione provinciale n. 1677 del 29 ottobre 2019 in ragione della loro trasformazione in posti letto di Cure intermedie.

In considerazione di quanto sopra esposto, la spesa complessiva per le RSA sull'esercizio 2020 a carico del SSP ammonta ad Euro 140.077.197,20 ed è così specificata:

VOCI DI SPESA	IMPORTI IN EURO
Convenzioni con RSA	134.076.512,50
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)	155.550,00
Convenz. comunità residenziale per religiosi (25 posti letto)	320.250,00
Budget fornitura beni e servizi	4.390.884,70
TOTALE	140.077.197,20

La spesa trova copertura finanziaria con le risorse previste alle voci “*Convenzioni con RSA per assistenza ai non autosufficienti*” e “*Oneri RSA*” della Tabella A) del Riparto 2020 delle risorse del Servizio sanitario provinciale approvato con deliberazione provinciale di data odierna.

Si propone di prorogare anche per il 2020 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 2020 e relativo finanziamento, quali risultano nell'Allegato 1), parte prima e parte seconda, alla presente deliberazione.

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 ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale per l’anno 2020 e relativo finanziamento”*, di cui all’Allegato 1);
2. di dare atto che il finanziamento per l’anno 2020 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 2020, 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 140.077.197,20, APSS fa fronte con le risorse previste nella deliberazione della Giunta provinciale a seguito del Riparto del Fondo sanitario provinciale dell’anno 2020, secondo le modalità indicate in premessa;
5. di dare atto che le presenti direttive sostituiscono integralmente, a decorrere dal 1° gennaio 2020, le precedenti direttive provinciali che disciplinavano l’assistenza a favore delle persone non autosufficienti in RSA;
6. di approvare lo schema standard della relazione annuale sull’andamento dell’assistenza ai residenti (Allegato 2);
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 2020. 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 2020. 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 2020, 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 2020 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 € 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 2020 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 € 35,00 (oneri fiscali inclusi);
14. di rimandare a successivo provvedimento il convenzionamento di n. 20 posti letto RSA presso il presidio socio-sanitario di Ala;
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 2021 con modalità che saranno definite successivamente;
16. di trasmettere il presente atto ad APSS, agli enti gestori di RSA, alle Comunità, a UPIPA e Consolida;
17. di disporre la pubblicazione del provvedimento sul sito internet istituzionale della Provincia.

Adunanza chiusa ad ore 12:30

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 TABELLA A

002 TABELLA B

003 TABELLA C

004 TABELLA D

005 TABELLA E

006 TABELLA F

007 ALLEGATO G

008 ALLEGATO 2

009 ALLEGATO 1

IL PRESIDENTE
Maurizio Fugatti

IL DIRIGENTE
Enrico Menapace

TABELLA A**PARAMETRI DI PERSONALE IN RSA ANNO 2020
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: ▪ Fino a 119 posti letto ▪ Oltre i 119 posti letto	1 Coordinatore 2 Coordinatori
Assistenza riabilitativa: ▪ ogni 50 posti letto ▪ ogni 12 posti letto Namir	1 Fisioterapista 1 Fisioterapista aggiuntivo
Assistenza psicologica: ▪ Ogni 4 posti letto Namir	2,5 ore Psicologo alla settimana
Assistenza infermieristica: ▪ 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: ▪ ogni 60 posti letto (escluse RSAO)	1 operatore di animazione
Assistenza generica alla persona: ▪ 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 2020

R.S.A. DI	TIPOLOGIA POSTI LETTO					
	P.L. base	P.L. sollievo	P.L. nucleo dementi gravi	P.L. nucleo sanitario	P.L. a sede osp.	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 BORGO VALSUGANA	58	0	0	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	80	2	5	5		92
APSP Cristani-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 PREDAIA	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 BORGO 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	54	2	5	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	59	0	0	0		59
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	120	0	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	67	4	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 BORGO 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
Casa di Cura Solatrix - RSAO SOLATRIX di ROVERETO					20	20
SPES scarl – RSAO TIONE					22	22
RSAO SAN CAMILLO di TRENTO					22	22
TOTALE	4.131	56	190	155	64	4.596

PROSPETTO OPERATORI FINANZIATI ANNO 2020

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	34,29	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	45,71	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 Gabbiolo 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 PREDALIA	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	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
Casa di Cura Solatrix - RSAO SOLATRIX di ROVERETO	9,52	0	6	0,4	1
SPES scarl – RSAO TIONE	10,48	0	6	0,44	1
RSOA SAN CAMILLO di TRENTO	10,48	0	6	0,44	1
TOTALE	2.254,32	75,51	498,00	91,92	67

ORE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA - ANNO 2020

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 BORGO VALSUGANA	146
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	194
APSP Cristani-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 Gabbiolo 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 BORGO CHIESE	130
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	139
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	127
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 BORGO 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
Casa di Cura Solatrix - RSAO SOLATRIX di ROVERETO	60
SPES scarl – RSAO TIONE	66
RSAO SAN CAMILLO di TRENTO	66
TOTALE	9.601

ELEMENTI PER IL FINANZIAMENTO ANNO 2020 DELLE RSA

RSA di	p.l. base+ sollievo		p.l. nucleo demenze		p.l. nucleo sanitario		p.l. RSA a sede osp.		Finanziamento 2020
	n. p.l.	tariffa giorn.	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			2.526.395,50
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	65	76,42	5	103,42	0	0,00			2.007.290,40
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	53	77,97	0	0,00	0	0,00			1.512.462,10
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	72	76,42	0	0,00	0	0,00			2.013.819,80
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGO VALSUGANA	58	76,42	0	0,00	10	115,54			2.045.120,20
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	56	76,42	0	0,00	0	0,00			1.566.304,30
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	49	80,68	0	0,00	0	0,00			1.446.915,10
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	51	77,97	0	0,00	0	0,00			1.455.388,00
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	49	80,68	0	0,00	0	0,00			1.446.915,10
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	72	76,42	10	103,42	0	0,00			2.392.337,00
APSP S. Valentino – Città di Levico Terme di LEVICO TERME	119	76,42	10	103,42	0	0,00			3.706.913,90
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	178	76,42	10	103,42	13	115,54			5.906.866,70
SPES scari – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	56	76,42	0	0,00	0	0,00			1.566.304,30
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	55	77,97	5	104,97	0	0,00			1.761.631,20
APSP G. Endrizzi di LAVIS	82	76,42	5	103,42	5	115,54			2.694.213,80
APSP Cristani-de Luca di MEZZOCORONA	71	76,42	5	103,42	0	0,00			2.175.108,70
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	72	76,42	5	103,42	0	0,00			2.203.078,40
SPES scari – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	68	76,42	0	0,00	0	0,00			1.901.941,00
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	84	76,42	20	103,42	20	115,54			3.952.243,70
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	108	76,42	0	0,00	0	0,00			3.020.729,80
APSP Civica di Trento – RSA Gabbiolo di TRENTO	56	77,97	0	0,00	0	0,00			1.598.073,10
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	70	76,42	0	0,00	0	0,00			1.957.880,40
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	167	76,42	0	0,00	15	115,54			5.305.257,80
APSP M. Grazioli di POVO	151	76,42	10	103,42	24	115,54			5.616.848,30
SPES scari – RSA Villa Belfonte di TRENTO	72	76,42	0	0,00	5	115,54			2.225.258,00
SPES scari – RSA Via Veneto di TRENTO	72	76,42	0	0,00	0	0,00			2.013.819,80
SPES scari – RSA Casa Famiglia di CADINE	52	76,42	10	103,42	0	0,00			1.832.942,60
APSP S. Maria di CLES	102	76,42	10	103,42	10	115,54			3.654.305,00
Coop. Stella Montis di FONDO	52	77,97	0	0,00	0	0,00			1.483.925,00
APSP Anaunia di PREDAIA	48	77,97	0	0,00	0	0,00			1.369.777,00
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	82	76,42	0	0,00	0	0,00			2.293.517,00
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	51	76,42	10	103,42	0	0,00			1.804.972,90
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	112	76,42	10	103,42	0	0,00			3.511.125,80
APSP Rosa dei Venti di BORGO CHIESE	65	76,42	0	0,00	0	0,00			1.818.031,80
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	62	76,42	5	103,42	0	0,00			1.923.381,20
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	56	76,42	5	103,42	0	0,00			1.755.562,90
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	101	76,42	0	0,00	10	115,54			3.247.818,10
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	56	77,97	0	0,00	0	0,00			1.598.073,10
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	59	77,97	0	0,00	0	0,00			1.683.684,20
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	120	76,42	0	0,00	12	115,54			3.863.818,10
APSP G. Cis di LEDRO	58	77,97	0	0,00	0	0,00			1.655.147,20
APSP Residenza Molino di DRO	58	77,97	0	0,00	0	0,00			1.655.147,20
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	71	76,42	15	103,42	0	0,00			2.553.625,90
APSP U. Campagnola di AVIO	64	76,42	0	0,00	0	0,00			1.790.062,10
APSP di BRENTONICO	66	76,42	5	103,42	0	0,00			2.035.260,10
APSP Casa Laner di FOLGARIA	60	76,42	0	0,00	0	0,00			1.678.183,20
APSP C. Benedetti di MORI	76	76,42	5	103,42	2	115,54			2.399.532,60
APSP Opera Romani di NOMI	163	76,42	5	103,42	0	0,00			4.748.323,00
APSP C. Vannetti di ROVERETO	155	76,42	20	103,42	24	115,54			6.107.244,40
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO - ROVERETO	72	76,42	0	0,00	0	0,00			2.013.819,80
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	98	76,42	0	0,00	0	0,00			2.741.032,60
SPES scari – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	60	77,97	0	0,00	0	0,00			1.712.221,20
APSP don G. Cumer di VALLARSA	35	87,57	0	0,00	0	0,00			1.121.771,70
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	51	77,97	0	0,00	0	0,00			1.455.388,00
Casa di Cura Solatrix - RSAO SOLATRIX di ROVERETO							20	108,85	796.782,00
SPES scari – RSAO TIONE							22	108,85	876.460,20
RSAO SAN CAMILLO di TRENTO							22	108,85	876.460,20
TOTALE	4.187		190		155		64		134.076.512,50

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)	155.550,00
COMUNITA' RESIDENZIALE PER RELIGIOSI (20+5 PL)	320.250,00
TOTALE	1.609.800,00

TOTALE FINANZIAMENTO	135.686.312,50
-----------------------------	-----------------------

BUDGET FORNITURA BENI E SERVIZI	
FARMACI	2.169.535,50
ASSISTENZA SPECIALISTICA	598.362,00
MATERIALE SANITARIO	1.622.987,20
TOTALE BUDGET FORNITURA	4.390.884,70

SPESA COMPLESSIVA	140.077.197,20
--------------------------	-----------------------

NUMERO DI TIROCINANTI IN FORMAZIONE ANNO 2020

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 BORGO 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 Gabbiolo 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 PREDALIA	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 BORGO 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 BORGO 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
Casa di Cura Solatrix - RSAO SOLATRIX di ROVERETO	4
SPES scarl – RSAO TIONE	5
RSAO SAN CAMILLO di TRENTO	5
TOTALE	1019

**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 2020

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 rilevanti, 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 2020;

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 Responsabile-ProtezioneDati@apss.tn.it;
- per la Struttura: i riferimenti indicati nell'allegato alle direttive provinciali RSA e Centri Diurni anno 2020;

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.apspsaetaano.it	info@apspsaetaano.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apspsaetaano.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.apspvalledelvanoi.it	info@apspvalledelvanoi.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@apspvalledelvanoi.it
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	upipa.pievetesino@mail.infotn.it	servizioldpo@upipa.tn.it	upipa.pievetesino@mail.infotn.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@casacristiani.it	servizioldpo@upipa.tn.it	rsa@casacristiani.it
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	www.sangiovanni.tn.it	info@rsa-sangiovanni.it	servizioldpo@upipa.tn.it	info@rsa-sangiovanni.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 GABBILOLO	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	iaps.tn@iaps.tn	serviziodpo@upipa.tn.it	iaps.tn@iaps.tn
APSP M. Grazioni 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 PREDAIA	www.apsptaio.org	info@apsptaio.org	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apsptaio.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
RSAO Casa di Cura SOLATRIX di ROVERETO	www.cdcsolatrix.it	rso@cdcsolatrix.it	rso@cdcsolatrix.it	rso@cdcsolatrix.it
RSAO S. Camillo di TRENTO	www.figliesancamillo.it	direzione.tn@figliesancamillo.it	direzione.tn@figliesancamillo.it	direzione.tn@figliesancamillo.it

RELAZIONE ANNUALE SULL' ANDAMENTO DELL'ASSISTENZA AI RESIDENTI ANNO ____**Premessa.**

La relazione sanitaria annuale ha la finalità di descrivere come la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) è impegnata a rendere l'organizzazione dell'assistenza adeguata e coerente con i bisogni clinici e assistenziali dei residenti garantendo elevati livelli qualitativi di erogazione del servizio.

La relazione è un'opportunità per approfondire e rendere visibili il lavoro, gli sforzi, l'impegno della struttura e dei professionisti per il miglioramento della qualità dell'assistenza, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza e promozione dei diritti e della dignità dei residenti, anche in relazione alle azioni attuate per ottimizzare la formazione e lo sviluppo di competenze del personale e la cultura dell'autovalutazione e del miglioramento continuo.

L'approccio all'estrapolazione e rappresentazione di dati e indicatori utili a promuovere il miglioramento continuo della qualità, in particolare in ambito clinico e assistenziale, derivante dall'impostazione proposta, è in linea con quanto richiesto dal vigente percorso di accreditamento istituzionale ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale n.1848 del 5 ottobre 2018 al quale ciascuna struttura è tenuta ad aderire.

La relazione è strutturata con dati organizzati per aree tematiche che vanno descritti ed analizzati rispetto ai processi di lavoro ordinari, alle pratiche clinico-assistenziali, ai progetti di miglioramento e ai correlati indicatori di monitoraggio e riesame delle attività sanitarie.

Le sezioni, i dati e gli indicatori previsti nella relazione sono stati estrapolati al fine di fornire a tutte le RSA criteri e indicatori standardizzati, tecnicamente validi, sintetici e concretamente applicabili, definiti sulla base del confronto costante maturato in questi anni tra le RSA e i professionisti del Servizio Sanitario Provinciale, ed oggetto di uno specifico momento di approfondimento e condivisione tra Dipartimento Salute e Politiche Sociali, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza e operatori delle RSA realizzato nel corso del 2019.

Gli ambiti di monitoraggio e gli indicatori selezionati tengono conto dei dati e degli indicatori forniti con le precedenti relazioni sanitarie e delle aree già oggetto di specifici monitoraggi e verifiche da parte delle strutture medesime e dall' Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari; inoltre, comprendono i risultati di specifiche iniziative di valutazione della qualità e degli esiti e di scambio di buone pratiche attivati all'interno del sistema delle RSA trentine, nonché raccomandazioni tecnico-professionali in materia di sicurezza e appropriatezza e fonti di letteratura scientifica pubblicamente consultabili.

Nel corso dell'anno 2020, lo schema di relazione sarà applicato sperimentalmente e avrà come periodo di riferimento il 2019 (1 gennaio – 31 dicembre). La relazione è stata impostata, in questa fase, in forma "essenziale" con la finalità di facilitarne la stesura e l'utilizzo da parte di tutti i soggetti interessati. Pertanto, lo strumento, avuto riguardo dei riscontri sull'effettiva implementazione e sulle esigenze di miglioramento dello stesso evidenziate dalle strutture, verrà ottimizzato con l'eventuale revisione di dati e indicatori, nonché la definizione di ulteriori specifiche del sistema di analisi e reporting dei dati.

Dati anagrafici della struttura
Denominazione struttura:
Indirizzo:

Sommario

Premessa.....	1
SERVIZI EROGATI DALLA STRUTTURA.....	4
Attività residenziale.....	4
Servizi sanitari e/o altri servizi convenzionati con APSS/Comunità di valle.....	4
Attività semi-residenziale.....	4
Servizi NON convenzionati.....	4
ATTIVITA' RESIDENZIALE.....	5
Caratteristiche demografiche.....	6
Movimenti interni.....	6
ANALISI DELLA CASISTICA DEI RESIDENTI.....	7
UTILIZZO DEI SERVIZI E RAPPORTO CON LE STRUTTURE OSPEDALIERE.....	9
AREE TEMATICHE.....	10
1. Area prevenzione e gestione delle cadute.....	10
2. Area gestione della contenzione fisica.....	11
3. Area prevenzione e gestione delle lesioni da pressione.....	11
4. Area della gestione del dolore.....	13
5. Area gestione dell'alimentazione.....	13
6. Area prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza e antimicrobicoresistenza.....	14
7. Area fine vita.....	14
8. Area: gestione del residente con diagnosi di demenza.....	14
9. Area: gestione del residente con diagnosi di disturbi psichici e comportamentali.....	15
10. Area: gestione del residente con diagnosi di diabete.....	15
11. Area prevenzione maltrattamento dei residenti.....	16
12. Agiti violenti nei confronti degli operatori.....	16
GESTIONE DELLA TERAPIA.....	16
EVENTI AVVERSI e NEAR MISS.....	16
AREE DI CRITICITA' E PUNTI DI FORZA.....	17
ASPETTI STRUTTURALI.....	17
ACCREDITAMENTI/CERTIFICAZIONI VOLONTARI.....	17
PROGETTI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO PROGRAMMATE/IN ATTO.....	17
INTRODUZIONE NUOVI SERVIZI E TECNOLOGIE.....	17
STATO IGIENICO SANITARIO DELLA STRUTTURA.....	17

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

- 1. se l'Ente gestisce più RSA si chiede di compilare una relazione per ogni struttura;*
- 2. qualora non diversamente specificato con "residenti" si intendono i residenti su posto letto (P.L.) convenzionato (P.L. base, P.L. sollievo, P.L. nucleo demenze, P.L. sanitario, P.L. a sede ospedaliera), così come definito dalla Tab. B contenuta nella DGP.2481 del 27 dicembre 2018;*
- 3. con "numero residenti" si intendono i residenti presenti al primo gennaio dell'anno di riferimento + numero di residenti entrati nell'anno su posto letto convenzionato;*
- 4. con "altro posto letto", si intendono i posti letto autorizzati, autorizzati e accreditati, casa soggiorno, ecc. ovvero tutte le tipologie di posto letto non previste dalla Tab. B contenuta nella DGP.2481 del 27 dicembre 2018.*

SERVIZI EROGATI DALLA STRUTTURA

Attività residenziale

	Tipologia posti letto al 31.12. ____					
	P.L. base	P.L. sollievo	P.L. nucleo dementi gravi	P.L. nucleo sanitario	P.L. a sede ospedaliera	Altro P.L.
Numero						

Numero residenti NAMIR accolti durante l'anno (*presenze al primo gennaio e successivi ingressi*): n. —

Servizi sanitari e/o altri servizi convenzionati con APSS/Comunità di valle

	Punto prelievi	Fisioterapia	Logopedia	Bagni in struttura	Altro (specificare)
Numero prestazioni annuali					

Attività semi-residenziale

	Centro diurno (integrato)	Centro diurno (esterni)	Centro diurno Alzheimer	Presa in carico continuativa (PIC)	Presa in carico continuativa (PIC Alzheimer)	Centro diurno/PIC privato
Numero utenti accolti nell'anno (<i>numero utenti presenti al primo gennaio 2019 + numero utenti accolti durante l'anno</i>) *						

* se l'utente usufruisce di prestazioni sia private che convenzionate va conteggiato in entrambe le colonne

Servizi NON convenzionati

	Fisioterapia	Servizio infermieristico	Attività ambulatoriali (specificare la tipologia)	Bagno in struttura	Servizio di assistenza domiciliare	Altro (specificare)
Numero prestazioni annuali						

Eventuali commenti, osservazioni ecc.-----

ATTIVITA' RESIDENZIALE

Movimenti dei residenti

<u>Presenze</u> dei residenti dal 1 gennaio al 31 dicembre	Numero residenti presenti al primo gennaio + numero residenti entrati durante l'anno di riferimento: n.--
---	---

Se la cartella informatizzata prevede di registrare la motivazione dell'uscita, compilare anche la riga B.

<u>Dimissioni</u> dei residenti dal 1 gennaio al 31 dicembre	
Riga A: numero residenti dimessi	n.--
Riga B: motivazione della dimissione (numero residenti)	Decessi: n.-- Trasferimento presso altra struttura: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Altro (specificare): n.--

Se la cartella informatizzata prevede di registrare i movimenti a seconda della tipologia di posto letto, compilare anche la successiva tabella.

	COLONNA A: numero residenti entrati	COLONNA B: Numero residenti dimessi	COLONNA C: Motivazione dello spostamento (numero residenti)
P.L. base			Decessi n.--- Trasferimento presso altra struttura: n.--- Trasferimento all'interno di nuclei nella stessa struttura: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Altro: n.-
P.L. sollievo			Decessi n.--- Trasferimento su posto letto convenzionato: n.-- Trasferimento presso altra struttura: n.-- Trasferimento presso posto letto non convenzionato: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Altro: n.---
P.L. nucleo dementi gravi			Decessi n.-- Trasferimento presso altra struttura: n.--- Trasferimento su P.L. base nella stessa struttura: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Altro: n.--
P.L. nucleo sanitario			Decessi n.-- Trasferimento presso altra struttura: n.-- Trasferimento su P.L. base nella stessa struttura: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Altro: n. --
P.L. NAMIR			Decessi n.-- Trasferimento presso altra struttura: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Altro: n.--
Altre tipologie di posto letto			Decessi n.-- Trasferimento su posto letto convenzionato: n.-- Trasferimento presso altra struttura: n.-- Trasferimento all'interno di nuclei nella stessa struttura: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Altro: n.--

Numero residenti presenti in struttura dal 1 gennaio al 31 dicembre su <u>altro</u> posto letto (autorizzato, autorizzato e accreditato, casa soggiorno ecc.)	Numero residenti presenti al primo gennaio + numero residenti entrati durante l'anno di riferimento: n.--
---	---

Se la cartella informatizzata prevede di registrare la motivazione dell'uscita, compilare anche la riga B.

Dimissioni dei residenti su <u>altro</u> posto letto dal 1 gennaio al 31 dicembre	
Riga A: numero residenti dimessi	n.--
Riga B: motivazione della dimissione (numero residenti)	Decessi: n.-- Trasferimento presso altra struttura: n.-- Ritorno a domicilio: n.-- Trasferimento su posto letto convenzionato: n.-- Altro (specificare): n.--

Caratteristiche demografiche

Caratteristiche demografiche <u>dei residenti</u> presenti in struttura dal 1 gennaio al 31 dicembre							
	Fasce età residenti						
Genere	<50 anni	51-60 anni	61-70 anni	71-80 anni	81-90 anni	91-100 anni	>100 anni
Maschi							
Femmine							
Totale							

Movimenti interni

Descrivere brevemente i criteri che vengono utilizzati per i trasferimenti dei residenti all'interno della struttura (ad esempio da P.L. nucleo a P.L. base e viceversa); indicare inoltre se sono stati adottati dalla struttura dei criteri per l'ammissione dei residenti su "altro posto letto".

Eventuali commenti, osservazioni (es. confronto con anni precedenti, media anni di permanenza in struttura, ecc.). Indicare la media delle giornate posto letto vuoto tra decesso/uscita del residente e entrata effettiva del successivo residente.

ANALISI DELLA CASISTICA DEI RESIDENTI

Per il calcolo del numero dei residenti fare riferimento a tutti i residenti presenti dal 1 gennaio al 31 dicembre (anche i dimessi) *su posto letto convenzionato (P.L. base, P.L. sollievo, P.L. nucleo demenze, P.L. sanitario, P.L. a sede ospedaliera)*.

N.B.: ogni residente può presentare più di una diagnosi. Inserire tutte le diagnosi dei residenti (il totale del numero delle diagnosi potrà essere maggiore del numero dei residenti).

Se la cartella informatizzata permette di rilevare le diagnosi dei residenti presenti su “altro posto letto”, compilare anche questo campo.

Patologia (in base alla classificazione ICD-10)	Numero residenti	Numero residenti <u>altro</u> posto letto
Malattie infettive e parassitarie (es. malattie infettive intestinali, tubercolosi, epatite ecc.)		
Tumori		
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici e disturbi del sistema immunitario (es. anemie da carenza di vitamina b12 e folati, anemia sideropenica, piastrinopenie, immunodeficienze ecc.)		
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (es. diabete mellito, tireopatie, malnutrizione, obesità, dislipidemie, ecc.)		
Disturbi psichici e comportamentali (es. da uso di sostanze psicoattive, schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbo di personalità, ritardo mentale ecc.). Escluse le diagnosi di demenza		
Demenze (es. di Alzheimer, vascolare ed altre demenze)		
Malattie del sistema nervoso (es. meningiti, Morbo di Parkinson, sclerosi multipla, epilessia, emiplegia ecc.)		
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (es. cataratta, glaucoma, disturbi visivi ecc.)		
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (es. sordità, ecc.)		
Malattie del sistema circolatorio (es. malattie valvolari, ipertensione arteriosa, cardiopatie, insufficienza cardiaca, fibrillazione/flutter atriale, infarto acuto del miocardio, embolia polmonare, trombosi venosa profonda, infarto cerebrale ecc.)		
Malattie del sistema respiratorio (es. asma, BPCO, insufficienza respiratoria cronica, enfisema, ecc.)		
Malattie dell'apparato digerente (es. gastrite, ulcere, diverticolosi del colon, cirrosi epatica, colecistite acuta e cronica, ecc.)		
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (es. malattie bollose, dermatiti, eczema, orticaria, ulcere da decubito ecc.)		
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (es. artrosi, deformazioni acquisite, dorsopatie, lupus eritematoso sistemico, osteoporosi, ecc.)		
Malattie dell'apparato genitourinario (es. insufficienza renale acuta e cronica, iperplasia della prostata, calcolosi renale ecc.)		

Patologia (in base alla classificazione ICD-10)	Numero residenti	Numero residenti <u>altro</u> posto letto
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche (es. microcefalia, spina bifida, malformazioni, sindrome di Down ecc.)		
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (fratture, amputazioni traumatiche, ustioni ecc.)		
Altro (specificare)		

Pazienti cronici con multimorbidità.

Numero patologie	2	3	Più di 3
Numero residenti posti letto convenzionati			
Numero residenti altro posto letto (se è possibile ricavare il dato dalla cartella informatizzata)			

	Numero residenti	Numero residenti <u>altro</u> posto letto (se è possibile ricavare il dato dalla cartella informatizzata)
Residenti portatori di pacemaker		
Residenti in trattamento con TAO		
Residenti in trattamento con ossigenoterapia continuativa (esclusi quelli in trattamento per patologia acuta)		
Quanti residenti in ossigenoterapia continuativa dispongono di presidi in dotazione?		
Residenti tracheostomizzati		
Residenti in trattamento dialitico		
Residenti con cistostomia		
Residenti con catetere vescicale (considerare anche i residenti ai quali è stato applicato per brevi periodi e poi rimosso)		
Numero residenti con catetere vescicale applicato in RSA		
Numero residenti con catetere vescicale applicato in ospedale/domicilio/altra struttura		
Numero residenti ai quali è stato rimosso il catetere vescicale in RSA		
Residenti con catetere venoso centrale (considerare anche i residenti ai quali è stato applicato per brevi periodi e poi rimosso)		

Prestazioni di particolare impegno eseguite in RSA: descrivere il numero (se possibile) e la tipologia di prestazioni di particolare impegno effettuate in RSA (considerare ad esempio trasfusioni, dialisi peritoneale, cambio cannula tracheale, cambio cistostomia, cambio PEG, ecc.).

Aggiungere commenti/osservazioni.

UTILIZZO DEI SERVIZI E RAPPORTO CON LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Commenti/osservazioni sull'utilizzo e il rapporto con le strutture ospedaliere: (ad esempio, breve descrizione delle modalità di raccordo con i servizi dell'APSS; modalità operative/strumenti utilizzati per garantire la continuità assistenziale; problematiche organizzative incontrate; collaborazioni strutturate; progetti su residenti con problematiche specifiche, modalità di consulenza in telemedicina, altre forme di collaborazione, ecc.).

Rapporti con il **servizio di continuità assistenziale**: commenti/osservazioni.

Invii al Pronto Soccorso

Invii al Pronto soccorso	Numero residenti	Codice triage (se noto)			Esito: rientro in RSA	Esito: osservazione breve in PS	Esito: ricovero reparto ospedaliero	Invio fascia oraria 8-20	Invio fascia oraria 20-8	Invio sabato/domenica/festivi
per evento non traumatico										
per evento traumatico										

Ricoveri ospedalieri

	Numero residenti	Medicina, geriatria, pneumologia	Neurologia	Ortopedia	Chirurgia	Terapia intensiva	Psichiatria	Nefrologia	Altro
Ricoveri ospedalieri (in seguito ad invio in Pronto Soccorso)									
Ricoveri programmati									

Totale giornate di ricoveri ospedalieri: n.--

Assistenza specialistica erogata

Assistenza specialistica	In struttura (numero prestazioni)	Fuori struttura (numero prestazioni)
Visite cardiologiche		
Visite geriatriche		
Visite fisiatriche		
Visite neurologiche		
Visite nefrologiche		
Visite dermatologiche		
Visite odontoiatriche		
Visite chirurgiche		

AREE TEMATICHE

1. Area prevenzione e gestione delle cadute

Si tengano presenti le seguenti definizioni:

1. **Definizione di caduta:** improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. Questa definizione include le persone che dormendo sulla sedia cadono per terra, le persone trovate sdraiate sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto.

2. *Gravità delle cadute*

- senza esiti: cadute che non hanno prodotto nessun tipo di danno;
- con esiti minori: lesioni gestite in RSA (abrasioni, contusioni, escoriazioni); l'evento con accertamento diagnostico senza fratture va inserito negli esiti minori;
- con esiti maggiori: cadute che hanno prodotto lesioni gravi o fratture che hanno richiesto un accertamento diagnostico (si ricomprende perdita della coscienza e cambiamento nello stato fisico/mentale della persona).

Nel calcolo sono inclusi tutti i residenti presenti in struttura nell'anno di riferimento (anche i dimessi):

	CADUTE nell'anno di riferimento	Residenti caduti	CADUTE multiple	CADUTE con esito maggiore	Altro
Numero					

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio

- **azioni di prevenzione** (es. modalità e tempistica per la valutazione e rivalutazione dei residenti, valutazione degli ambienti e presidi, strumenti di prevenzione e di comunicazione, scala/e utilizzata/e per la valutazione, ecc.);
- **gestione della caduta** (es. modalità di rilevazione e analisi, relazione con il paziente e i familiari, ecc.);
- **analisi degli eventi caduta e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. confronto con anni precedenti, obiettivi di miglioramento, progettualità, interventi formativi, revisione della procedura, cambiamenti organizzativi, innovazioni tecnologiche, ecc.).

È possibile dalla cartella informatizzata calcolare il numero delle cadute avvenute con contenzione? Se si riportare e commentare questo dato.

Calcolare almeno i seguenti indicatori:

1.1 Residenti caduti nell' anno di riferimento Numero di residenti con almeno una caduta registrata durante l'anno di riferimento/ numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100	
1.2 Cadute multiple Numero di residenti con più di una caduta nell'anno di riferimento/ numero di residenti caduti nell'anno di riferimento X100	
1.3 Cadute con esito maggiore Numero di cadute con esito maggiore rilevate nell'anno di riferimento/ numero di cadute registrate nell'anno di riferimento X100	

2. Area gestione della contenzione fisica

Definizione di contenzione: qualsiasi dispositivo, manuale, fisico o meccanico, attaccato o adiacente al corpo della persona che ella non può facilmente rimuovere autonomamente che ne limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo.

Nel calcolo dei dati si tengano presenti le seguenti indicazioni:

1. nel calcolo considerare anche le contenzioni (spondine) applicate su richiesta del residente;
2. nel calcolo considerare anche le bascule e i tavolini applicati per scopo posturale.

Nel calcolo sono inclusi tutti i residenti presenti in struttura nell'anno di riferimento (anche i dimessi):

	Residenti con prescrizione di contenzione fisica	Residenti con prescrizione solo spondine	Residenti con più di una contenzione prescritta	Altro
Numero*				

*Considerare i residenti che durante l'anno hanno avuto almeno una prescrizione di contenzione, anche se poi sospesa

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio descrizione delle azioni per la:

- **riduzione al ricorso alla contenzione** (es. approccio della struttura al tema della contenzione, interventi attuati per ridurre il ricorso alla contenzione, valutazioni ambientali, ecc.);
- **gestione della contenzione** (es. riferimento alla procedura utilizzata nella struttura, mezzi di contenzione utilizzati durante l'anno di riferimento, ecc.);
- **analisi della casistica e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. confronto con dati degli anni precedenti, obiettivi di miglioramento, progettualità, interventi formativi, cambiamenti organizzativi, innovazioni tecnologiche introdotte, ecc.).

Se la struttura ha il nucleo demenze descrivere la modalità di **gestione della contenzione fisica all'interno del nucleo** ed eventuali progettualità in merito.

Calcolare almeno i seguenti indicatori:

2.1 Residenti soggetti a contenzione fisica Numero di residenti con prescrizione di contenzione fisica/ numero di residenti presenti nell'anno x 100	
2.2 Residenti soggetti a contenzione fisica – solo spondine Numero di residenti con prescrizione attiva solo spondine/ numero di residenti presenti nell'anno x 100	

3. Area prevenzione e gestione delle lesioni da pressione

Lesione da pressione (LDD): Lesione tissutale localizzata alla cute e/o ai tessuti sottostanti che insorge generalmente sopra una preminenza ossea. L'ulcera è il risultato di una prolungata e/o eccessiva pressione esercitata tra un piano di appoggio e la superficie ossea, spesso combinata a forze di stiramento/taglio (NPUAP 2014).

Stadiazione: La classificazione adottata è quella proposta dall'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), che individua l'evoluzione delle lesioni da decubito in 4 stadi:

- stadio I: area di eritema marcato e persistente che non scompare alla pressione digitale e cute integra;
- stadio II: lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma; si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescicola o bolla;
- stadio III: perdita di sostanza a tutto spessore, in cui la lesione e la necrosi progrediscono interessando il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare, senza oltrepassarla, con o senza sottominature dei bordi;
- stadio IV: la lesione si estende oltre la fascia profonda interessando muscoli, tendini, strutture capsulari ed osso.

Nel calcolo sono inclusi tutti i residenti presenti in struttura nell'anno di riferimento (anche i dimessi):

	Residenti con almeno una LDD	Residenti con LDD insorte in RSA	Residenti accolti in RSA con una o più LDD	Altro
Numero*				

*Considerare tutti i residenti che durante l'anno hanno presentato almeno una LDD, anche se attualmente risolta

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio descrizione delle azioni di:

- **prevenzione** (es. modalità e tempistica di valutazione del rischio; gestione dei presidi; protezione dai fattori estrinseci con posizionamenti e presidi; formazione/informazione del personale e caregiver, ecc.);
- **trattamento** (es. valutazione e cura della lesione, documenti/linee guida di riferimento per il trattamento, periodicità della rivalutazione, rilevazione e trattamento del dolore associato, ecc.);
- **analisi della casistica e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. confronto con i dati degli anni precedenti, obiettivi di miglioramento, progettualità, interventi formativi, revisione della procedura, cambiamenti organizzativi, innovazioni tecnologiche, ecc.).

Calcolare almeno i seguenti indicatori:

3.1 Lesioni da pressione Numero di residenti con almeno una lesione da pressione (tutti gli stadi) / numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100	
3.2 Lesioni da pressione insorte in RSA Numero residenti con lesioni insorte in RSA nell'anno di riferimento (tutti gli stadi)/ Numero di residenti presenti nell'anno di riferimento X100	
3.3 Persone accolte in RSA con ulcere da pressione Numero di residenti accolti in RSA (nuovi ingressi, rientro da ricovero >24h) con almeno 1 lesione da pressione/ numero di nuovi ingressi nell'anno di riferimento x100	

4. Area della gestione del dolore

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio descrizione delle azioni del processo sistematico di:

- **accertamento del dolore** (es. modalità di rilevazione del dolore, scale utilizzate, periodicità della rilevazione, ecc.);
- **gestione del dolore** (es. indicazioni di trattamento, gestione della terapia antidolorifica al bisogno, valutazione dell'efficacia, numero residenti inseriti nella rete delle cure palliative per la gestione del dolore, ecc.);
- **analisi della casistica e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. progettualità, interventi formativi, revisione della procedura, cambiamenti organizzativi, anche in rapporto a quanto rilevato durante la verifica tecnico-sanitaria, ecc.).

5. Area gestione dell'alimentazione

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio descrizione delle azioni del processo di:

- **prevenzione** (es. tempistica e modalità di valutazione e rivalutazione del rischio di malnutrizione, disidratazione, disfagia, azioni da intraprendere sulla base del livello di rischio rilevato, ecc.);
- **gestione del residente malnutrito/disidratato** (es. modalità di gestione della malnutrizione/disidratazione, utilizzo di integratori, ecc.);
- **gestione del residente con disfagia** (es. valutazione periodica, prescrizioni alimentari, gestione dell'ab-ingestis, ecc.);
- **analisi della casistica e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. valutazione del gradi di autonomia nell'alimentazione tra i residenti, progettualità, interventi formativi, revisione della procedura, cambiamenti organizzativi, ecc.). Segnalare se sono state rimosse delle PEG a seguito di processo decisionale avvenuto in struttura.

Nel calcolo sono inclusi tutti i residenti presenti in struttura nell'anno di riferimento (anche i dimessi):

	Residenti con diagnosi "disfagia"	Residenti che assumono integratori naturali*	Residenti portatori di PEG	Altro
Numero				

*Considerare tutti i residenti che durante l'anno hanno assunto integratori alimentari, anche se per un breve periodo

Calcolare almeno i seguenti indicatori:

4.1 Residenti con disfagia Numero di residenti con diagnosi di disfagia nell'anno / numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100	
4.2 Residenti con PEG Numero di residenti portatori di PEG nell'anno, anche a quelli a cui è stata rimossa / numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100	
4.3 PEG posizionate a seguito di processo decisionale in RSA Numero di PEG che sono state posizionate a seguito di processo decisionale in struttura/ Numero residenti portatori di PEG x100	

6. Area prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza e antimicrobicoresistenza

Dati di sorveglianza interna sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e l'antimicrobicoresistenza.

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio descrizione delle azioni del processo di:

- **di prevenzione delle ICA** (es. valutazione dei residenti, valutazione del rischio ambientale e dei presidi, azioni di formazione/informazione al personale e ai familiari/caregiver, dati sulla copertura vaccinale dei residenti e operatori della struttura, ecc.);
- **gestione delle ICA e contrasto all'antimicrobico-resistenza** (es. modalità di rilevazione, analisi e gestione, indicazioni sull'utilizzo di antibiotici, azioni per evitare la diffusione, ecc.);
- **analisi della casistica e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. confronto con dati degli anni precedenti, obiettivi di miglioramento, adesione a progettualità, interventi formativi, cambiamenti organizzativi, ecc.).

7. Area fine vita

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio descrizione delle azioni del processo di:

- **valutazione del residente in fine vita**
- **gestione del residente in fine vita** (es. utilizzo del PAI anticipato, relazione con familiare e/o caregiver, accessi in struttura del servizio di cure palliative, ecc.)
- **analisi della casistica e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. progettualità, interventi formativi, revisione della procedura, cambiamenti organizzativi, ecc.).

Calcolare almeno i seguenti indicatori:

5.1 Gestione del fine vita in RSA Numero di residenti in fine vita deceduti in RSA nell'anno di riferimento/ numero di residenti in fine vita deceduti nell'anno di riferimento x100	
5.2 Elaborazione di un progetto di cura per l'accompagnamento nel fine vita Numero PAI riportanti obiettivi e azioni relative all'accompagnamento del morente/ numero di residenti in fine vita e deceduti nell'anno di riferimento x100	

8. Area: gestione del residente con diagnosi di demenza

Descrivere il processo di gestione dei residenti con diagnosi di demenza: (es. presenza di nucleo/spazi dedicati, modalità di valutazione dei disturbi comportamentali, utilizzo di scale validate, gestione dei disturbi comportamentali, possibilità di consulenza con psicologo od altre figure di supporto, formazione specifica sul trattamento dei disturbi comportamentali, invio del report sull'utilizzo degli antipsicotici alla farmacia di riferimento, ecc.).

Nel calcolo sono inclusi tutti i residenti presenti in struttura nell'anno di riferimento (anche i dimessi):

	Diagnosi di demenza	Con disturbo comportamentale*	Quanti dei residenti con disturbo comportamentale hanno ricevuto la diagnosi nel CDCD di riferimento?	In trattamento con antipsicotici** (in assenza di precedente diagnosi psichiatrica)	In trattamento con benzodiazepine
Numero residenti					

*Considerare tutti i residenti che hanno presentato almeno un disturbo comportamentale (wandering, vocalizzazione, aggressività, insonnia, apatia ecc.) durante l'anno di riferimento

** Considerare tutti i residenti che durante l'anno di riferimento hanno assunto almeno un antipsicotico, anche se poi la terapia è stata sospesa

Calcolare almeno i seguenti indicatori:

7.1 Demenza e utilizzo antipsicotici Numero di residenti con diagnosi di demenza che assumono terapie con antipsicotici (tipici e atipici) / Numero residenti con diagnosi di demenza nell'anno di riferimento X100	
7.2 Gestione dei disturbi comportamentali Numero di residenti con gravi disturbi del comportamento per i quali è stato redatto un PAI riportante obiettivi e azioni per la gestione dei disturbi comportamentali / Numero dei residenti con gravi disturbi del comportamento nell'anno di riferimento X100	

9. Area: gestione del residente con diagnosi di disturbi psichici e comportamentali

Descrivere il processo di gestione del residente con diagnosi di "disturbi psichici e comportamentali" (ad es. tipologia e gravità delle diagnosi, relazione con il servizio psichiatrico di riferimento, numero PAI con progetto personalizzato condiviso con la psichiatria di riferimento, eventi di violenza nei confronti dell'operatore/altri residenti, numero di visite psichiatriche effettuate in struttura da parte del medico o da parte dell'infermiere di riferimento, valutazione del rischio suicidio, ecc.).

Nel calcolo sono inclusi tutti i residenti presenti in struttura nell'anno di riferimento (anche i dimessi):

	Residenti con diagnosi principale di "disturbo psichico e comportamentale" *	≤65 anni	>65 anni	In carico al CSM di riferimento (o psichiatra di riferimento) con progetto personalizzato
Numero residenti				

* Esclusi i residenti con diagnosi di demenza

10. Area: gestione del residente con diagnosi di diabete

Descrivere il processo di gestione del residente con diagnosi di diabete (es. linee guida/documenti di riferimento utilizzati per il trattamento, gestione dell'alimentazione, prevenzione degli episodi di ipoglicemia, ecc.).

Nel calcolo sono inclusi tutti i residenti presenti in struttura nell'anno di riferimento (anche i dimessi):

	Diagnosi diabete	Solo trattamento dietetico	In trattamento con terapia orale	In trattamento con insulina	In trattamento misto (terapia orale/insulinica)
Numero residenti					

11. Area prevenzione maltrattamento dei residenti

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni: ad esempio descrizione delle azioni del processo di:

- **prevenzione degli episodi di maltrattamento** (es. adesione a progettualità, campagne di sensibilizzazione, attività formativa al personale e caregiver, gestione di reclami, scale OMS, ecc.)
- **gestione di episodi di maltrattamento** (es. gestione del residente che ha subito maltrattamento e dei caregiver, gestione del personale coinvolto, gestione di tutto il personale della struttura, ecc.)
- **analisi della casistica e valutazione dell'approccio organizzativo** (es. interventi formativi, adesione a progettualità, adozione di una procedura, cambiamenti organizzativi, ecc.).

12. Agiti violenti nei confronti degli operatori

Descrivere inoltre le azioni di prevenzione, gestione e analisi degli episodi di violenza nei confronti degli operatori. Questo dato viene registrato dalla struttura? Se sì, con quale modalità?

GESTIONE DELLA TERAPIA

Descrizione della situazione attuale/commenti/considerazioni/informazioni, con riferimento a tutte le fasi di gestione della terapia, quali: aspetti generali, approvvigionamento e modalità di conservazione dei farmaci, prescrizione, preparazione/somministrazione e tracciabilità, monitoraggio; descrizione del processo di prevenzione/gestione/ analisi dell'errore di terapia e valutazione dell'approccio organizzativo; utilizzo delle raccomandazioni emanate dal tavolo di lavoro permanente con specialisti ospedalieri e medici delle RSA; iniziative volte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva ecc.

Calcolare almeno i seguenti indicatori:

7.1 Errori farmacologici nella gestione della terapia Numero errori nel processo di gestione della terapia nell'anno di riferimento/ numero residenti presenti nell'anno di riferimento X100	
7.2 Multifarmacoterapia* Numero di residenti in trattamento con multi farmaco terapia >5 principi attivi/ numero residenti presenti nell'anno X100	

* Al numeratore: persone che hanno più di 5 principi attivi, ovvero 6 e più principi attivi.

Inclusioni: nel conteggio dei principi attivi includere tutti i principi attivi prescritti come terapia di base, comprese le creme e gli unguenti che contengono un farmaco (es. cortisone).

Esclusioni: nel conteggio dei principi attivi escludere: le terapie al bisogno; la nutrizione enterale; le creme e gli unguenti di tipo idratante che non contengono farmaco (esempio: crema base); la terapia con sola fleboclisi per idratazione.

EVENTI AVVERSI e NEAR MISS

Evento avverso: inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente (sono correlati con una immediata modificazione negativa delle condizioni di salute), non intenzionale e

indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”. (Ministero della Salute)

Near miss: (Evento Evitato): Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente. (Ministero della salute).

Sono definiti "eventi sentinella" quegli **eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente** e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. (Ministero della Salute).

Descrizione del sistema di incident reporting.

Analisi degli eventi avversi: descrizione degli eventi avversi e near miss avvenuti in struttura, la loro gestione e eventuali modifiche organizzative/strutturali messe in atto al fine di prevenirne il riaccadimento.

AREE DI CRITICITA' E PUNTI DI FORZA

Descrivere quali sono le principali aree di criticità e di forza rilevate dalle analisi effettuate dalla struttura. Analizzare ad esempio: eventi che hanno comportato cambiamenti organizzativi interni o strutturali; elementi fattori interni/esterni che hanno avuto impatto sulle attività sanitarie; situazioni/aree di criticità di rilevanza sanitaria evidenziate da soggetti esterni (es. verifiche APSS, controlli ispettivi, verifiche di certificazione); dati significativi dell'indagine soddisfazione (familiari, residenti), quali reclami e suggerimenti oggetti di confronto, ecc.

ASPETTI STRUTTURALI

Se si ritiene opportuno, descrivere aspetti strutturali ritenuti rilevanti nella gestione dei residenti (es. nuove ristrutturazioni che hanno permesso la suddivisione/creazione di nuclei, elementi ambientali e/o architettonici).

ACCREDITAMENTI/CERTIFICAZIONI VOLONTARI

Breve commento.

PROGETTI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO PROGRAMMATE/IN ATTO

Se non già elencate.

INTRODUZIONE NUOVI SERVIZI E TECNOLOGIE

Se non già elencate.

STATO IGIENICO SANITARIO DELLA STRUTTURA

Breve commento.

DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA ED ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RESIDENZA SANITARIE ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE PER L'ANNO 2020 E RELATIVO FINANZIAMENTO

PARTE PRIMA: DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SSP PER L'ANNO 2020

1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE	pag. 3
2. MISSION E VISION DELLE RSA	pag. 4
3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA	pag. 4
4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI	pag. 5
5. COORDINAMENTO A LIVELLO DI SERVIZIO TERRITORIALE - UO CURE PRIMARIE	pag. 5
6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA	pag. 6
6.1 Funzione di coordinamento sanitario	pag. 6
6.2 Funzione di coordinamento dei servizi	pag. 7
7. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALLA RSA	pag. 9
7.1 Assistenza medica	pag. 9
7.2 Assistenza medica specialistica	pag. 11
7.3 Assistenza infermieristica	pag. 12
7.4 Assistenza riabilitativa	pag. 14
7.5 Assistenza generica alla persona	pag. 15
7.6 Attività di animazione e di promozione sociale	pag. 16
7.7 Fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti	pag. 17
7.8 Trasporti sanitari	pag. 19
8. FORMAZIONE DEL PERSONALE	pag. 19
9. PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI	pag. 19
10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	pag. 19
11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE	pag. 20
12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITA' (NAMIR)	pag. 22
13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO	pag. 22
14. RSA A SEDE OSPEDALIERA (RSAO)	pag. 24
15. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA	pag. 25
16. VIGILANZA SULLA RSA	pag. 27
17. FLUSSI INFORMATIVI	pag. 30
17.1 Presenze residenti	pag. 30
17.2 Elenco residenti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza	pag. 30

17.3	Informazioni sui medici delle RSA	pag. 31
17.4	Banca dati ministeriale	pag. 31
17.5	Documentazione contabile	pag. 31
17.6	Rette alberghiere	pag. 32
18.	OBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO	pag. 32
19.	DISPOSIZIONI VARIE	pag. 32

**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 2020 E DISPOSIZIONI PER LA
CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA**

1.	TARIFFA	pag. 34
2.	FORNITURA BENI E SERVIZI	pag. 35
3.	ACCANTONAMENTI E FONDI	pag. 36
3.1	Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo	pag. 36
3.2	Accantonamento per finanziamento integrativo livello Namir	pag. 36
3.3	Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni	pag. 37
3.4	Fondo di riequilibrio	pag. 37
4.	EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI	pag. 37
5.	LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE	pag. 38
6.	RECUPERO TARIFFARIO	pag. 38
7.	DISPOSIZIONI PER LE PERSONE ACCOLTE IN POSTI LETTO CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI	pag. 39

TABELLA A: Parametri di personale anno 2020 assicurati dalle tariffe di cui alle
presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2020

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2020

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2020

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2020

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2020

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

PARTE PRIMA

DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SSP PER L'ANNO 2020**1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE**

Le presenti direttive si applicano alle residenze sanitarie assistenziali pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera (d'ora in poi denominate RSA) del Servizio sanitario della Provincia di Trento e all'Azienda provinciale per i servizi sanitari (d'ora in poi definita 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 dall'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA¹) 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.

¹ Upipa è l'associazione rappresentativa delle APSP riconosciuta ai sensi degli artt. 23 e 24 della L.R. 7/2005.

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 Consolida² 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 della assistenza e della vita quotidiana;

² Consolida è il consorzio delle cooperative sociali trentine.

- 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, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antimicrobico resistenza.

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.

Azienda, UPIPA e Consolida collaborano nella realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento nei confronti del personale, al fine di garantire l'omogeneità e la coerenza della realizzazione di progetti di miglioramento definiti nell'ambito delle direttive provinciali ovvero a seguito delle attività di monitoraggio.

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.

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 alla 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 partecipazione della persona e la personalizzazione delle cure;

- 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;
- 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;
- collaborare all'organizzazione della vita comunitaria e all'accoglimento dei residenti;
- 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.

Inoltre cura:

- l'adozione, il controllo e la vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza 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 forniti direttamente dall'Azienda e la vigilanza sul loro utilizzo;
- ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura;
- 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 2020, secondo lo schema standard allegato alla deliberazione di approvazione delle presenti direttive (Allegato 2). Lo schema sarà applicato sperimentalmente e potrà essere oggetto di modifiche e revisioni.

6.2 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 psicologici (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 di base;
 - almeno 4 minuti al giorno per ogni posto letto in nucleo ad alto fabbisogno assistenziale;
 - almeno 6 minuti al giorno per ogni posto letto nelle residenze sanitarie assistenziali a sede ospedaliera (d'ora in poi definite RSAO);
- 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.

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 2020, 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 fisiatria è in corso l'introduzione di una nuova modalità di erogazione in teleconsulto che ricomprende anche una valutazione delle problematiche clinico riabilitative.

Il Dipartimento salute e politiche sociali, al fine di rivedere l'attuale modalità di erogazione dell'assistenza specialistica, costituirà un tavolo di lavoro con medici delle Cure Primarie, specialisti ospedalieri delle principali branche richieste in RSA, con medici delle RSA (come indicati da UPIPA con il coinvolgimento degli altri enti gestori) e un rappresentante di UPIPA.

Rimangono invariate per l'anno 2020 le attuali disposizioni. Pertanto le RSA, entro il 20 gennaio 2020, 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 29 febbraio 2020 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 2021 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 o di RSAO. 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.

L'Azienda al fine di facilitare e di fornire orientamenti per l'appropriatezza ha costituito un tavolo di lavoro permanente con specialisti ospedalieri, medici delle RSA (come indicati da UPIPA e da Consolida) con la rappresentanza anche di personale infermieristico, per definire linee guida condivise sulle terapie farmacologiche più costose e/o più complesse.

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 sforamento 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.

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 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.

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. PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI

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 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.

Nel 2020 l'Azienda elaborerà, con la collaborazione di UPIPA e Consolida, un progetto per sperimentare in almeno una RSA uno/due posti di residenzialità palliativa.

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.

Su indicazione del gruppo di lavoro costituito nel 2019 per la revisione dei nuclei per demenze gravi, nel corso del 2020 verrà sperimentato un nuovo modello specializzato con la funzione di assistere persone con demenza, residenti in RSA o al proprio domicilio, quando sono presenti importanti disturbi del comportamento.

Il nucleo sarà di supporto non solo ai residenti della struttura, dove è localizzato, ma anche ai residenti delle RSA vicine non dotate di nucleo.

Il nucleo diventerà un punto di riferimento importante della rete territoriale dei servizi, anche per le famiglie che assistono il proprio caro a casa, sviluppando una forte integrazione tra le RSA, l'UVM e il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) di riferimento.

Il nucleo dovrà essere in grado di erogare, in modo flessibile, più servizi (residenziale, diurno) costruendo delle progettualità personalizzate, anche a supporto dei familiari nei casi di rientro al domicilio.

Nei primi mesi del 2020 il gruppo proporrà un progetto, che sarà approvato dalla Giunta provinciale, che definisce:

- le scale per la valutazione in ingresso e per la dimissione dal nucleo,
- gli indicatori per monitorare l'attività e misurare l'efficacia (es. la riduzione della contenzione fisica, dei farmaci per limitare il disturbo del comportamento, dei ricoveri ospedalieri, la regolarizzazione del ritmo sonno-veglia),

- i requisiti strutturali e di funzionamento del nucleo,
e contestualmente verranno individuate una o più la RSA coinvolte nella sperimentazione.

La sperimentazione fornirà anche indicazioni che, integrate con dati epidemiologici aggiornati, permetteranno di stimare il fabbisogno di posti di nucleo da attivare sul territorio provinciale.

A supporto dei nuclei per le demenze, entro febbraio 2020 APSS formulerà una proposta di collaborazione clinica con i CDCD di pertinenza dell'Ambito territoriale.

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'Azienda attiverà un gruppo di lavoro con rappresentanti dei servizi sociali delle Comunità, di UPIPA e di Consolida, per elaborare, entro marzo 2020, un protocollo operativo per la gestione dei posti letto di sollievo, inclusa anche la pubblicizzazione del servizio sul territorio.

Posti letto di sollievo dinamici

Su indicazione del gruppo di lavoro costituito nel 2019 (con rappresentanze della provincia, Azienda, servizi sociale delle comunità, UPIPA), per potenziare il servizio di sollievo nei territori che ne hanno manifestato la necessità, verranno attivati 9 posti letto temporanei (cosiddetti "dinamici") per un massimo di 4 mesi all'anno, anche frazionati. Le Comunità interessate sono:

COMUNITA'/TERRITORIO	n. posti letto
Comunità Fiemme	1
Comun General de Fascia	1
Comunità Alta Valsugana e Bersntol	1

Territorio Val d'Adige	1
Comunità Val di Non	2
Comunità Alto Garda e Ledro	1
Comunità Vallagarina	1
Comunità Altipiani Cimbri	1
TOTALE	9

Per finanziare questi posti letto viene destinato uno specifico finanziamento annuo complessivo nell'importo di Euro 84.000,00.

Le Comunità sopra indicate avvieranno un confronto con le RSA del territorio e le Cure Primarie per individuare le RSA nelle quali attivare i posti letto di sollievo e il periodo di utilizzo. Le informazioni dovranno essere comunicate all'Azienda entro febbraio 2020. Per questo scopo possono essere utilizzati posti letto RSA accreditati, posti letto RSA autorizzati per i quali verrà richiesto un'accreditamento provvisorio oppure potrà essere richiesta un'autorizzazione e accreditamento provvisorio ex novo.

Qualora non venissero individuati tutti i posti sopra indicati, verrà verificato l'interesse da parte delle comunità in elenco ad attivare ulteriori posti.

Le nuove modalità di gestione dei posti di sollievo verranno monitorate utilizzando specifici indicatori.

14. RSA A SEDE OSPEDALIERA (RSAO)

La RSAO costituisce uno degli elementi della rete dei servizi sanitari territoriali che in ragione della sua collocazione logistica, contigua ad una struttura ospedaliera, rappresenta la sede di risposta ai bisogni assistenziali derivanti da situazioni clinico assistenziali di notevole impegno, anche se stabilizzate, rispetto alle quali emerga la necessità di:

- continuità terapeutica ed assistenziale rispetto al ricovero ospedaliero;
- supporto, seppur in forma ridotta, dei servizi sanitari ed assistenziali propri della struttura ospedaliera.

I criteri che devono uniformare le modalità di funzionamento delle RSAO sono i seguenti:

1. l'accesso alla RSAO è riservato, di norma, ai trasferimenti richiesti dalle Unità Operative per acuti della rete ospedaliera provinciale per la prosecuzione di trattamenti in atto, previa valutazione dell'UVM integrata dal medico curante dell'Unità Operativa inviante;
2. l'accesso alla RSAO è ammesso anche per utenti provenienti dal territorio, per situazioni clinico assistenziali di notevole impegno, previa valutazione dell'UVM;
3. la durata del ricovero in RSAO è a termine, e predefinita dall'UVM con durata massima indicata in 180 giorni, prorogabili per documentate esigenze sanitarie da comunicare per conoscenza al Servizio competente;
4. le funzioni assistenziali delle RSAO sono riferibili a pazienti stabilizzati in fase post-acuzie affetti da quadri di polipatologia cronica in condizioni di buon

compenso per i quali anche in previsione di un successivo inserimento in altri ambiti assistenziali a minore complessità è necessario:

- mantenere i livelli residui di autosufficienza o migliorare deficit funzionali recuperabili;
 - assicurare un primo trattamento di rieducazione funzionale;
 - assicurare un adeguato trattamento sanitario nelle situazioni clinico-assistenziali nelle quali, pur non ricorrendo la necessità di assistenza sanitaria di particolare intensità, il miglioramento dello stato di salute dipenda dall'atto medico;
5. assicurare una sorveglianza medica quotidiana e/o un piano di nursing personalizzato;
 6. ai fini della copertura dei posti letto in RSAO non operano le disposizioni relative alla sospensione della scelta del medico di cui al precedente paragrafo 7.1, come previsto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 711 di data 28 marzo 2003.

Considerata la tipologia delle persone inserite nelle RSAO, che evidenzia, come bisogno sanitario prevalente, il recupero della mobilità con specifica attività riabilitativa, per la copertura del parametro di assistenza infermieristica si può ricorrere a personale con qualifica di fisioterapista fino al massimo di una unità.

Nel caso di aggravamenti o episodi acuti che richiedano il ricovero in struttura ospedaliera dell'ospite accolto in posto di RSAO il gestore comunica l'evento all'UVM entro 3 gg.

15. 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 16, 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 o ospedaliere (trattasi generalmente delle c.d. seconde scelte).

16. VIGILANZA SULLA RSA

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.

Il gruppo di lavoro istituito nel 2019 con la finalità di elaborare una proposta per passare alla quantificazione del parametro del personale in minuti assistenziali, prima di dare indicazioni in tal senso, verificherà nel corso del 2020 la possibilità di sviluppare un gestionale informatizzato in grado di rilevare i minuti assistenziali collegandosi alle timbrature. Nel frattempo verranno individuate, su proposta di UPIPA sentita anche Consolida, almeno 15 RSA disponibili a utilizzare lo strumento di rilevazione dei minuti assistenziali testato nel 2019 garantendo la rappresentatività delle diverse tipologie di software utilizzate.

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 2020 alle RSA una relazione sugli esiti della vigilanza (indicatori di qualità) relative alle visite svolte nell'anno 2020. La relazione includerà in forma anonima anche gli esiti di tutte le altre RSA.

17. FLUSSI INFORMATIVI

17.1 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.

17.2 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 01.01.2020.

17.3 Informazione sui medici delle RSA

Entro il 15 gennaio 2020 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.

17.4 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.

L'Azienda elabora per il Servizio competente entro il mese di febbraio 2020 una reportistica sintetica dei dati del flusso NSIS riferiti all'anno precedente. Sarà cura del servizio provinciale individuare una modalità di condivisione e confronto con le RSA ed Azienda degli esiti di tale elaborazione.

Per quanto riguarda i dati 2019 l'Azienda elaborerà tale reportistica entro il mese di febbraio 2020.

17.5 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 2020 e il bilancio preventivo economico pluriennale di previsione (2020-2022), 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 2019 con relative relazioni ed allegati;
3. la verifica gestionale relativa al primo semestre 2020 (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.

17.6 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 2020, 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 2020 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.

18. 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) 2020. 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.

19. 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).

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 2020 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;
- del profilo assistenziale nelle RSA a sede ospedaliera.

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).

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).

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 2020 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
Tipologia RSA a sede ospedaliera	108,85

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+sollevio: € 659,30
- quota annua a posto letto nucleo: € 1.318,60
- quota annua a posto letto RSAO: € 1.977,90

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 le RSA a sede ospedaliera è previsto un finanziamento annuale forfetario di € 1.412,55 per posto letto negoziato, per un importo di € 90.403,20; per le RSA a sede ospedaliera aventi natura giuridica privata la fornitura diretta dei farmaci può essere sostituita, d'intesa con l'Azienda, con un compenso annuale per posto letto come sopra indicato;
- 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 € 1.622.987,20 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). La fornitura avviene sulla base di richiesta periodica formulata dalla RSA; per le RSA a sede ospedaliera aventi natura giuridica privata la fornitura diretta del materiale sanitario può essere sostituita, d'intesa con l'Azienda, con un compenso annuale per posto letto come sopra indicato;
- 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 € 598.362,00 (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 prima.

A tal fine è costituito, per l'anno 2020, 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 2020.

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 2021.

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.

5. LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE

Nel 2020 le RSA che hanno una retta alberghiera base 2019 inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere base 2019 (€ 47,63) possono aumentare la retta fino al valore della media ponderata 2019; gli altri enti gestori possono adeguare l'importo della retta applicando l'indice dei prezzi al consumo utilizzato dall'ISTAT per le rivalutazioni monetarie (FOI) pari allo 0,1% (periodo novembre 2019 - variazione percentuale rispetto allo stesso mese dell'anno precedente).

Per il calcolo della media ponderata si è considerato il numero dei posti letto convenzionati e la retta alberghiera base applicata al primo luglio 2019.

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 influenti 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 2021 – su specifico modello – viene definito l'importo da portare in deduzione al versamento di dicembre.

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

Nell'anno 2020, 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
Tipologia RSA a sede ospedaliera	106,80