



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 2481

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 2019 e relativo finanziamento".

Il giorno **27 Dicembre 2018** ad ore **12:20** 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
ACHILLE SPINELLI
GIULIA ZANOTELLI

Assenti:

ASSESSORE

STEFANIA SEGNANA

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.

Come disposto dall'articolo 3 bis della LP 6/1998, in attuazione della riforma del welfare anziani (LP 14/2017), le competenze sociosanitarie in materia di anziani saranno attribuite alle comunità di valle, incluse quindi le RSA.

Nelle more di questo passaggio, che sarà disposto con decreto del Presidente della Provincia con decorrenza non anteriore a gennaio 2020, con il presente provvedimento si propone l'approvazione delle direttive per l'anno 2019, confermando le modalità di finanziamento attualmente in vigore.

Rispetto alle direttive 2018, le novità principali che si propongono, interessano i seguenti aspetti:

- 1) aumento del parametro relativo all'assistenza generica alla persona dei posti letto base RSA (convenzionati) e dei posti letto della RSA a sede ospedaliera (convenzionati) che passa da 1 OSS ogni 2,3 posti letto a 1 OSS ogni 2,1 posti letto (come stabilito con deliberazione n. 1849 del 5 ottobre 2018);
- 2) conseguente modifica della tariffa sanitaria come di seguito indicato:

Tipologia RSA territoriale	Tariffe giornaliere
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

- 3) aumento di 3 posti letto base nei territori che hanno il rapporto più basso tra posti letto convenzionati e popolazione anziana (75 anni e più):
 - 1 posto letto base presso l'APSP di Vigo di Fassa,
 - 1 posto letto base presso l'APSP di Predaia,
 - 1 posto letto base presso l'APSP di Cavedine;
- 4) eliminazione dell'accantonamento per finanziare i posti letto d'urgenza: l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha segnalato che le situazioni di emergenza sono coperte in tempi adeguati con i posti letto convenzionati e che il servizio è sottoutilizzato;
- 5) revisione del modello di vigilanza per garantire integrazione e uniformità nei metodi e negli strumenti, con i procedimenti per l'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale

ed inoltre impegno da parte del Servizio competente a elaborare, coinvolgendo UPIPA, una proposta per passare alla quantificazione del parametro del personale in minuti assistenziali;

- 6) retta alberghiera base: tenuto conto dell'aumento della tariffa sanitaria si estende il divieto di aumento a tutte le rette alberghiere; possono essere diminuite solo le rette alberghiere superiori alla retta media ponderata 2018;
- 7) approvazione di uno schema-tipo (Allegato 2) che gli enti gestori utilizzeranno per pubblicare sul proprio sito istituzionale informazioni relative alle rette e tariffe applicate ai propri residenti;
- 8) impegno da parte del Servizio competente ad elaborare, entro marzo 2019, in accordo con l'Azienda, i Servizi sociali delle Comunità e UPIPA, una proposta di revisione del servizio residenziale di sollievo e relative modalità di programmazione e gestione, considerati i bisogni emergenti delle famiglie (periodo di sollievo programmato o situazioni di emergenza per assenza del caregiver) e costituzione di un accantonamento di euro 80.000,00 per queste finalità;
- 9) impegno a individuare, in collaborazione con il tavolo di monitoraggio del Piano provinciale demenze, i requisiti strutturali e di funzionamento dei nuclei per demenze gravi, compresi i criteri di accesso e di dimissione nonché la loro distribuzione territoriale al fine di assicurare l'equità della risposta al bisogno tenendo conto della rete dei servizi e delle esigenze delle persone e delle famiglie.

In considerazione di quanto sopra esposto, la spesa complessiva per le RSA sull'esercizio 2019 a carico del SSP ammonta ad Euro 139.676.177,10 ed è così specificata:

VOCI DI SPESA	IMPORTI IN EURO
Convenzioni con RSA	133.716.669,60
Fondo di riequilibrio	300.000,00
Finanziamento integrativo fisioterapia per esterni	100.000,00
Finanziamento aggiuntivo Namir	600.000,00
Accantonamento centri ascolto Alzheimer	12.000,00
Accantonamento potenziamento servizio di sollievo	80.000,00
Convenz. Casa S. Maria (10 posti letto)	155.125,00
Convenz. comunità residenziale per religiosi (25 posti letto)	319.375,00
Budget fornitura beni e servizi	4.393.007,50
TOTALE	139.676.177,10

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 2019 delle risorse del Servizio sanitario provinciale approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2423 di data 21 dicembre 2018.

Si propone di prorogare anche per il 2019 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 2019 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;
- 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 2019 e relativo finanziamento”*, di cui all’Allegato 1);
2. di dare atto che il finanziamento per l’anno 2019 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 2019, 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 139.676.177,10, l’Azienda fa fronte con le risorse previste nella deliberazione della Giunta Provinciale a seguito del Riparto del Fondo sanitario provinciale dell’anno 2019, secondo le modalità indicate in premessa;
5. di dare atto che le presenti direttive sostituiscono integralmente, a decorrere dal 1° gennaio 2019, le precedenti direttive provinciali che disciplinavano l’assistenza a favore delle persone non autosufficienti in RSA;
6. di approvare, per le motivazioni di cui in premessa, lo schema-tipo che gli enti gestori utilizzeranno per pubblicare sul proprio sito istituzionale informazioni relative alle rette e tariffe applicate ai propri 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 all’Azienda, per il tramite del Servizio amministrazione territoriale di riferimento da rendersi entro il 15 gennaio 2019. 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 2019. Quanto non espressamente disciplinato dal presente provvedimento sarà definito dall’Azienda d’intesa con i rappresentanti degli enti gestori;
8. di disporre che l’Azienda e gli enti gestori di RSA adottino i conseguenti provvedimenti necessari all’attuazione delle direttive di cui al punto 1);

9. 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;
10. di dare mandato all'Azienda di prorogare per il 2019 il 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);
11. 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);
12. di dare mandato all'Azienda di sottoscrivere 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), subordinatamente al possesso dell'autorizzazione e accreditamento sanitario e alla valutazione degli ospiti da parte dell'UVM, applicando quanto disposto dalla deliberazione provinciale n. 1647/2018;
13. di dare atto che la tariffa a carico dell'Azienda, 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 2020 con modalità che saranno definite successivamente;
14. di dare mandato alla struttura competente di istituire un tavolo di lavoro finalizzato alla definizione di un Protocollo d'intesa PAT-Upipa per la definizione di obiettivi condivisi per implementare nuove attività e servizi anche attraverso l'utilizzo delle risorse che si potranno rendere disponibili con la modifica del parametro assistenziale di cui alla deliberazione provinciale 1849/2018;
15. di trasmettere il presente atto all'Azienda, a UPIPA e agli enti gestori convenzionati con il SSP;
16. di disporre la pubblicazione del provvedimento sul sito internet istituzionale della Provincia.

Adunanza chiusa ad ore 13:00

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 ALLEGATO 1

002 TABELLA A

003 TABELLA B

004 TABELLA C

005 TABELLA D

006 TABELLA E

007 TABELLA F

008 ALLEGATO 2

IL PRESIDENTE
Maurizio Fugatti

IL DIRIGENTE
Enrico Menapace

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 2019 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 2019

1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE	pag. 3
2. MISSION E VISION DELLE RSA	pag. 3
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. 8
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. 21
13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO	pag. 22
14. RSA A SEDE OSPEDALIERA (RSAO)	pag. 23
15. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA	pag. 24
16. VIGILANZA SULLA RSA	pag. 26
17. FLUSSI INFORMATIVI	pag. 29
17.1 Presenze residenti	pag. 29
17.2 Elenco residenti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza	pag. 29

17.3	Informazioni sui medici delle RSA	pag. 29
17.4	Banca dati ministeriale	pag. 29
17.5	Documentazione contabile	pag. 30
17.6	Rette alberghiere	pag. 30
18.	OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO	pag. 30
19.	DISPOSIZIONI VARIE	pag. 31

**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 2019 E DISPOSIZIONI PER LA
CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA**

1.	TARIFFA	pag. 32
2.	FORNITURA BENI E SERVIZI	pag. 33
3.	ACCANTONAMENTI E FONDI	pag. 34
3.1	Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo	pag. 34
3.2	Accantonamento per finanziamento integrativo livello Namir	pag. 34
3.3	Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni	pag. 34
3.4	Fondo di riequilibrio	pag. 35
3.5	Accantonamento centri di ascolto Alzheimer	pag. 35
4.	EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI	pag. 36
5.	LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE	pag. 36
6.	RECUPERO TARIFFARIO	pag. 36
7.	DISPOSIZIONI PER LE PERSONE ACCOLTE IN POSTI LETTO CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI	pag. 37

TABELLA A: Parametri di personale anno 2019 assicurati dalle tariffe di cui alle
presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2019

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2019

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2019

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2019

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2019

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 2019****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 (UPIPA) coinvolgendo le stesse in forma partecipata. In particolare le aree di impegno che si riconoscono fondamentali per lo sviluppo delle RSA sono:

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

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 e da UPIPA, 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;
- 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. 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 e UPIPA 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 e Politiche sociali - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza (di seguito anche Servizio competente) entro il 28 febbraio 2019. Nel corso del 2019 l'Azienda predisporrà uno schema standard (contenuti essenziali, indicatori, ecc....) in collaborazione con UPIPA.

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 secondaria 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 (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 o da UPIPA.

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 2018 danno continuità ai progetti pilota già attivi di teleconsulto, in particolare cardiologico, dermatologico e fisiatrico finalizzato alla prescrizione di ausili. La continuità ai progetti pilota potrà favorire l'analisi di modelli innovativi attraverso i quali l'Azienda garantisce l'assistenza specialistica in RSA.

Le RSA entro il 20 gennaio 2019, e con successivo aggiornamento trimestrale, comunicano al Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza il fabbisogno di assistenza specialistica distinto per branche nel limite massimo indicato nella predetta tabella D).

I Servizi territoriali – UO Cure Primarie entro il 28 febbraio 2019 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 29 febbraio 2020 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.

L'Azienda al fine di fornire orientamenti per l'appropriatezza della prescrizione specialistica costituirà un tavolo di lavoro permanente con specialisti ospedalieri, medici delle RSA (come indicati da UPIPA) con la rappresentanza anche di personale infermieristico, per definire linee guida condivise.

L'Azienda dà indicazioni in merito alla rilevazione del fabbisogno di attività specialistica per garantire una valutazione omogenea su tutto il territorio provinciale rispetto alle necessità assistenziali proposte nei confronti dei residenti non trasportabili.

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, entro il primo semestre, la compresenza di due infermieri, fatta salva la presenza del medico della casa a copertura di una unità.

E' possibile avvalersi nelle ore notturne dell'istituto della reperibilità solo per far fronte a situazioni eccezionali di breve periodo purchè in struttura sia presente personale OSS, previa documentazione delle modifiche apportate al piano di lavoro garantendo la sicurezza dei residenti.

Rimane esclusa la possibilità di avvalersi della reperibilità per le RSA dotate di posti letto in nuclei ad alto fabbisogno assistenziale, nonché per le RSAO e per le RSA con residenti valutati con bisogni assistenziali di livello NAMIR.

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'adequata 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 o di UPIPA.

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 e Politiche sociali - 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) 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

A partire dal 2015 è stata attivata l'integrazione strutturata delle RSA nella rete di Cure Palliative già attiva in provincia per perseguire i seguenti obiettivi:

- garantire l'approccio gestionale-assistenziale, secondo modelli e paradigmi tipici delle cure palliative, alle persone con patologia oncologica in fase di avanzata malattia e terminalità residenti in una RSA del Trentino;
- rendere omogeneo il percorso di cura e assistenza per i pazienti neoplastici residenti nelle RSA, 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.

Dal 2018, è stata ampliata la tipologia dei residenti destinatari, includendo anche altre condizioni patologiche cronico degenerative, in base ai bisogni emersi e segnalati da parte delle RSA. Nel 2019 sarà attivato, con le modalità progettuali già sperimentate nel 2015, un percorso di approfondimento per consolidare l'attivazione della rete cure palliative anche per le altre condizioni patologiche.

E' prevista la segnalazione costante ed omogenea di tutti i residenti con patologia oncologica in atto e la richiesta di intervento dei medici palliativisti e degli infermieri del Servizio territoriale – UO Cure Primarie, effettuata dalle singole RSA utilizzando la modulistica all'uopo predisposta. 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, con la collaborazione dei professionisti dell'Azienda, costituisce un preciso impegno per tutte le RSA.

11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE

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

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

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

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

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

La distribuzione territoriale dei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale distinti per tipologia è quella risultante dalla tabella B), parte seconda. I posti letto nuclei garantiscono l'utenza del Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito

territoriale di competenza e se necessario anche degli altri Servizi territoriali – UO Cure Primarie.

I nuclei devono rispondere a precisi progetti orientati a garantire:

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

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

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

Per quanto riguarda i nuclei per demenze gravi, nel corso del 2019, in collaborazione con il tavolo di monitoraggio del Piano provinciale demenze, verranno individuati i requisiti strutturali e di funzionamento che devono essere posseduti dai nuclei, compresi i criteri di accesso e di dimissione nonché la loro distribuzione territoriale al fine di assicurare l'equità della risposta al bisogno tenendo conto della rete dei servizi e delle esigenze delle persone e delle famiglie.

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.

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:

- non costituiscono posti aggiuntivi rispetto a quelli determinati per il finanziamento previsto nelle presenti direttive;
- rispondono a un bisogno temporaneo e programmato di assistenza fissato in un massimo di 60 giorni all'anno per uno stesso residente, usufruibili, di regola, in due periodi all'anno;
- l'inserimento di utenti nei posti letto di sollievo avviene su indicazione dell'UVM;
- è in ogni caso consentita la copertura del posto letto di sollievo disponibile e non prenotato con casi di urgenza inviati dall'UVM;
- 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 straordinario aggravamento, su relazione del medico dell'RSA, da comunicarsi all'UVM, si può mantenere la persona in assistenza residenziale attraverso il ricorso a posto letto di base e/o trasferimento concordato in un'altra RSA. Nell'ipotesi di non poter garantire una risposta attraverso le modalità sopra esposte, l'UVM può stabilire il mantenimento della persona presso il posto letto di sollievo oltre i 60 giorni.
- 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.

Entro il 31 marzo 2019 il Servizio competente in collaborazione con l'Azienda e UPIPA elaborerà una proposta di revisione del servizio residenziale di sollievo e relative modalità di programmazione e gestione.

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 dalla 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.

Sono previste tre tipologie di interventi di vigilanza:

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.

L'Azienda predispone un calendario e comunica alle RSA a quale tipologia di vigilanza sarà interessata nell'anno. 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.

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.

Sono altresì previste verifiche di tipo amministrativo (vigilanza amministrativa) di competenza del Servizio territoriale – UO Cure Primarie, 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 ...).

Nel corso del 2019 il Servizio competente, coinvolgendo UPIPA, proporrà l'introduzione della modalità di quantificazione del parametro del personale espresso in minuti assistenziali.

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.

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 e Politiche sociali - 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 2019 alle RSA una relazione sugli esiti della vigilanza (indicatori di qualità) relative alle visite svolte nell'anno 2019. 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 01.01.2019.

17.3 Informazione sui medici delle RSA

Entro il 15 gennaio 2019 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 ~~2018~~ 2019 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 2018 l'Azienda elaborerà tale reportistica entro il mese di febbraio 2019.

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 2019 e il bilancio preventivo economico pluriennale di previsione (2019-2021), 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 2018 con relative relazioni ed allegati;
3. la verifica gestionale relativa al primo semestre 2019 (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 2019, le RSA devono pubblicare sul proprio sito istituzionale le informazioni relative alle rette e tariffe applicate, sulla base dello schema-tipo allegato alla deliberazione di approvazione delle presenti Direttive.

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) 2019. 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 e politiche sociali - 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.

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 2019 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).

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 2019 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 € 2.077.306,25

(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 € 94.640,85; 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 € 1.622.636,40 (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 € 598.424,00 (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

Entro marzo 2019 il Servizio competente, in accordo con l'Azienda, i Servizi sociali delle Comunità e UPIPA, elabora una proposta di revisione e potenziamento del servizio residenziale di sollievo e relative modalità di programmazione e gestione, considerati i bisogni emergenti delle famiglie (periodo di sollievo programmato o situazioni di emergenza per assenza del caregiver).

A tal fine è costituito, per l'anno 2019, un accantonamento di € 80.000,00.

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 2019.

3.4 Fondo di riequilibrio

Il fondo di riequilibrio, pari ad € 300.000,00 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 degli 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 2020.

3.5 Accantonamento centri di ascolto Alzheimer

Per il 2019 è costituito un accantonamento pari ad Euro 12.000,00 per il finanziamento del Centro di ascolto di Riva del Garda e di Pinzolo (il modello di riferimento è contenuto nella deliberazione provinciale n. 772/2012).

Entro gennaio 2019 gli enti gestori dovranno trasmettere al Servizio competente una relazione contenente le attività che intendono svolgere nell'anno e il relativo budget.

Il finanziamento, nel limite massimo stabilito nei budget approvati (eventualmente rideterminato dal Servizio competente), verrà erogato dall'Azienda su indicazione del Servizio competente tenuto conto della relazione sull'attività svolta comprensiva

di un'autodichiarazione rispetto alle spese sostenute da inviare entro il 28 febbraio 2020.

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

Per il 2019 i limiti nella definizione della retta alberghiera base sono i seguenti:

- 1) le RSA non possono aumentare le rette alberghiere base;
- 2) solo le RSA che hanno una retta alberghiera base 2018 superiore alla retta media ponderata 2018 (€ 47,65) possono diminuire l'importo della retta al massimo fino al valore della retta media ponderata.

Per il calcolo della media ponderata si è considerato il numero dei posti letto convenzionati e la retta alberghiera base applicata al primo luglio 2018.

L'inosservanza della disposizione comporterà il recupero delle somme incassate in eccesso a valere sul finanziamento 2019. Il Servizio competente comunicherà all'Azienda gli eventuali importi da portare in deduzione.

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 ai 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 2020 – 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 2019, 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

TABELLA A**PARAMETRI DI PERSONALE IN RSA ANNO 2019
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 2019

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	65	3	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	99	1	10	10		120
Coop. Stella Montis di FONDO	50	2	0	0		52
APSP Anaunia di PREDIA	44	2	0	0		46
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					25	25
TOTALE	4.126	57	190	155	67	4.595

PROSPETTO OPERATORI FINANZIATI ANNO 2019

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 BORGO 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	60,95	2	13	2,4	2
Coop. Stella Montis di FONDO	24,76	0,87	6	1,04	1
APSP Anaunia di PREDAIA	21,9	0,77	6	0,92	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 BORGO 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 BORGO 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
RSAO SAN CAMILLO di TRENTO	11,9	0	6	0,5	1
TOTALE	2.253,83	75,45	497,80	91,90	67

TABELLA D

ORE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA - ANNO 2019

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 Gabbio di TRENTO	112
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	140
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	379
APSP M. Grazioli di POVO	404
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	159
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	144
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	134
APSP S. Maria di CLES	260
Coop. Stella Montis di FONDO	104
APSP Anaunia di PREDAIA	92
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	75
TOTALE	9.602

ELEMENTI PER IL FINANZIAMENTO ANNO 2019 DELLE RSA

RSA di	p.l. base+ sollievo		p.l. nucleo		p.l. nucleo sanitario		p.l. RSA a sede		Finanziamento 2019
	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			2.519.492,80
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	65	76,42	5	103,42	0	0,00			2.001.806,00
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	53	77,97	0	0,00	0	0,00			1.508.329,65
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTR	72	76,42	0	0,00	0	0,00			2.008.317,60
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGIO VALSUGA	58	76,42	0	0,00	10	115,54			2.039.532,40
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	56	76,42	0	0,00	0	0,00			1.562.024,80
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	49	80,68	0	0,00	0	0,00			1.442.961,80
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	51	77,97	0	0,00	0	0,00			1.451.411,55
APSP S. Giuseppe di RONCEGNONE TERME	49	80,68	0	0,00	0	0,00			1.442.961,80
APSP Redenta Fioriani di CASTEL IVANO	72	76,42	10	103,42	0	0,00			2.385.800,60
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	119	76,42	10	103,42	0	0,00			3.696.785,70
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	178	76,42	10	103,42	13	115,54			5.890.727,70
SPES scari – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	56	76,42	0	0,00	0	0,00			1.562.024,80
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	55	77,97	5	104,97	0	0,00			1.756.818,00
APSP G. Endrizzi di LAVIS	82	76,42	5	103,42	5	115,54			2.686.852,60
APSP Cristiani-de Luca di MEZZOCORONA	71	76,42	5	103,42	0	0,00			2.169.165,80
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	72	76,42	5	103,42	0	0,00			2.197.059,10
SPES scari – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	68	76,42	0	0,00	0	0,00			1.896.744,40
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	84	76,42	20	103,42	20	115,54			3.941.445,20
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	108	76,42	0	0,00	0	0,00			3.012.476,40
APSP Civica di Trento – RSA Gabbio di TRENTO	56	77,97	0	0,00	0	0,00			1.593.706,80
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	70	76,42	0	0,00	0	0,00			1.952.531,00
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	167	76,42	0	0,00	15	115,54			5.290.762,60
APSP M. Grazioli di POVO	151	76,42	10	103,42	24	115,54			5.601.501,70
SPES scari – RSA Villa Belforte di TRENTO	72	76,42	0	0,00	5	115,54			2.219.178,10
SPES scari – RSA Via Veneto di TRENTO	72	76,42	0	0,00	0	0,00			2.008.317,60
SPES scari – RSA Casa Famiglia di CADINE	52	76,42	10	103,42	0	0,00			1.827.934,60
APSP S. Maria di CLES	100	76,42	10	103,42	10	115,54			3.588.534,00
Coop. Stella Montis di FONDO	52	77,97	0	0,00	0	0,00			1.479.870,60
APSP Anaunia di PREDALIA	46	77,97	0	0,00	0	0,00			1.309.116,30
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	82	76,42	0	0,00	0	0,00			2.287.250,60
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	51	76,42	10	103,42	0	0,00			1.800.041,30
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	112	76,42	10	103,42	0	0,00			3.501.532,60
APSP Rosa dei Venti di BORGIO CHIESE	65	76,42	0	0,00	0	0,00			1.813.064,50
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	62	76,42	5	103,42	0	0,00			1.918.126,10
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	56	76,42	5	103,42	0	0,00			1.750.766,30
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	101	76,42	0	0,00	10	115,54			3.238.944,30
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	56	77,97	0	0,00	0	0,00			1.593.706,80
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di AR	59	77,97	0	0,00	0	0,00			1.679.083,95
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	120	76,42	0	0,00	12	115,54			3.853.261,20
APSP G. Cis di LEDRO	58	77,97	0	0,00	0	0,00			1.650.624,90
APSP Residenza Molino di DRO	58	77,97	0	0,00	0	0,00			1.650.624,90
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	71	76,42	15	103,42	0	0,00			2.546.648,80
APSP U. Campagnola di AVIO	64	76,42	0	0,00	0	0,00			1.785.171,20
APSP di BRENTONICO	66	76,42	5	103,42	0	0,00			2.029.699,30
APSP Casa Laner di FOLGARIA	60	76,42	0	0,00	0	0,00			1.673.598,00
APSP C. Benedetti di MORI	76	76,42	5	103,42	2	115,54			2.392.976,50
APSP Opera Romani di NOMI	163	76,42	5	103,42	0	0,00			4.735.349,40
APSP C. Vannetti di ROVERETO	155	76,42	20	103,42	24	115,54			6.090.557,90
APSP C. Vannetti – RSA di BORGIO SACCO - ROVERETO	72	76,42	0	0,00	0	0,00			2.008.317,60
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di RO	98	76,42	0	0,00	0	0,00			2.733.543,40
SPES scari – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	60	77,97	0	0	0	0			1.707.543,00
APSP don G. Cumer di VALLARSA	35	87,57	0	0,00	0	0,00			1.118.706,75
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	51	77,97	0	0,00	0	0,00			1.451.411,55
Casa di Cura Solatrix - RSAO SOLATRIX di ROVERETO							20	108,85	794.605,00
SPES scari – RSAO TIONE							22	108,85	874.065,50
RSAO SAN CAMILLO di TRENTO							25	108,85	993.256,25
TOTALE	4.183		190		155		67		133.716.669,60

ALTRI ACCANTONAMENTI/FINANZIAMENTI	
FONDO DI RIEQUILIBRIO	300.000,00
FINANZ. AGG. FKT	100.000,00
FINANZIAMENTO AGGIUNTIVO NAMIR	600.000,00
ACC.TO CENTRI ASCOLTO ALZHEIMER	12.000,00
ACC.TO PER POTENZIAMENTO SERVIZIO DI SOLLIEVO	80.000,00
SERV. DI SOLLIEVO RESIDENZIALE PRESSO CASA S. MARIA (10 PL)	155.125,00
COMUNITA' RESIDENZIALE PER RELIGIOSI (20+5PL)	319.375,00
TOTALE	1.566.500,00

TOTALE FINANZIAMENTO 2019	135.283.169,60
----------------------------------	-----------------------

BUDGET FORNITURA BENI E SERVIZI	
FARMACI	2.171.947,10
ASSISTENZA SPECIALISTICA	598.424,00
MATERIALE SANITARIO	1.622.636,40
TOTALE BUDGET FORNITURA	4.393.007,50

SPESA COMPLESSIVA ANNO 2019	139.676.177,10
------------------------------------	-----------------------

TABELLA F

NUMERO DI TIROCINANTI IN FORMAZIONE ANNO 2019

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 Gabbio di TRENTO	12
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	16
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	40
APSP M. Grazioli di POVO	41
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	17
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	16
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	14
APSP S. Maria di CLES	27
Coop. Stella Montis di FONDO	12
APSP Anaunia di PREDAIA	10
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	6
TOTALE	1019

RETTE E TARIFFE 2019

SERVIZIO RESIDENZIALE RSA

**RSA
pl convenzionati
APSS**

**RSA
altre tipologie di pl**

Costo posto letto base

Quota sanitaria e socio-sanitaria a carico PAT

Eventuale sconto definito dall'ente

Retta alberghiera base a carico residente*

Retta di prenotazione posto letto**

Mantenimento posto letto

Retta mantenimento posto letto per rientro al domicilio

Retta mantenimento posto letto per ricovero ospedaliero

***LE PRESTAZIONI CHE RIENTRANO NELLA RETTA ALBERGHIERA BASE SONO DETTAGLIATE NELLA CARTA DEI SERVIZI.**

**** Qualora la famiglia desiderasse posticipare di qualche giorno l'inserimento della persona. Per i posti letto convenzionati la retta decorre dal 2° giorno successivo alla chiamata da parte dell'Ente.**

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A PAGAMENTO

Maggiorazione stanza singola	€
Tariffe pasto per familiari	
(specificare)	€
...	€
Tariffe parrucchiera	
Piega	€
Taglio e piega	€
Permanente	€
Tinta	€
.....	€
Ulteriori tariffe	€

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

Le informazioni contenute nel presente schema devono correlarsi con quelle contenute nella Carta dei servizi, in modo che i cittadini possano conoscere nel dettaglio la tipologia, la frequenza e il costo delle prestazioni offerte in RSA.

Nel caso in cui nella carta dei servizi non fossero indicate nel dettaglio le prestazioni comprese nella retta e la loro frequenza (es. taglio e piega mensile, pasto compleanno per massimo due persone), le relative informazioni possono essere specificate nel presente schema (es. Tariffe parrucchiere – esclusa la prestazione gratuita mensile di taglio e piega).

Resta inteso che lo schema va personalizzato a seconda della specificità del singolo ente.

LEGENDA

RSA altre tipologie di pl: si intendono i posti letto solo autorizzati o solo accreditati o convenzionati con altre ASL con le eventuali specifiche a seconda della provenienza dell'ospite (es. residenti nel Comune/nella Comunità/in Provincia/provenienti da fuori Provincia....).

Retta prenotazione posto letto Per le “altre tipologie di pl” va precisata l'eventuale diversa decorrenza.

Ulteriori tariffe: indicare tutte le ulteriori tariffe approvate per prestazioni aggiuntive a pagamento (es. Servizio trasporto, servizio di estetista,...)