PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 2148 Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:
Direttive per l'assistenza sanitaria e assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2026 e relativo finanziamento.

Il giorno **19 Dicembre 2025** ad ore **08:40** 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:	ASSESSORE	**ROBERTO FAILONI** **FRANCESCA GEROSA** **MATTIA GOTTARDI** **SIMONE MARCHIORI** **MARIO TONINA** **GIULIA ZANOTELLI**
Assenti:	VICEPRESIDENTE	**ACHILLE SPINELLI**
Assiste:	IL DIRIGENTE	**NICOLA FORADORI**

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

Il Relatore comunica:

la Giunta provinciale approva annualmente le direttive per l'assistenza sanitaria e 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.

In coerenza con le indicazioni strategiche della presente legislatura, che prevedono una forte attenzione a implementare i servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti e ai loro famigliari, già a partire dal bilancio provinciale 2025 la Giunta provinciale ha stanziato importanti risorse per potenziare l'offerta di residenzialità per anziani non autosufficienti – con l'obiettivo anche di introdurre una tipologia di residenzialità a minor carico assistenziale e adeguata ai fabbisogni sopra evidenziati.

Per questo obiettivo nel corso del 2025 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro composto da referenti di APSS, enti gestori e Spazio Argento che ha elaborato un documento che definisce le caratteristiche del nuovo setting e sulla base del quale è stato elaborato il modello di nucleo RSA a minor fabbisogno assistenziale di cui si propone l'approvazione (Allegato 2). Si rinvia a un successivo provvedimento, da adottare nei primi mesi del 2026, l'individuazione delle RSA interessate all'attivazione sperimentale del nuovo setting, prioritariamente nei territori che hanno un'offerta di posti letto RSA convenzionati, inferiore in relazione alla popolazione ≥ 75 anni, per il cui finanziamento si attinge dall'accantonamento specifico. Nel corso del 2026 sarà assicurata un'attività di monitoraggio, così come previsto nel citato Allegato 2.

Di seguito vengono riportate in sintesi le principali modifiche/integrazioni contenute nelle direttive 2026 (Allegato 1), di cui si propone l'approvazione, condivise con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (da gennaio 2026 Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino), di seguito Azienda e con i rappresentanti degli enti gestori:

- attivazione di un nuovo nucleo di RSA di 20 posti letto convenzionati presso la Casa della Comunità di Ala, gestito dall'APSP U. Campagnola Avio, subordinatamente all'autorizzazione e accreditamento sanitario. Considerata la dimensione del nucleo e la sua prossimità all'Ospedale di Comunità, gestito dal medesimo ente, che permette di ottimizzare le risorse infermieristiche, è definita una tariffa giornaliera specifica, pari a Euro 110,27. La tariffa giornaliere viene riconosciuta all'ente, indipendentemente dall'effettiva occupazione dei posti (modalità vuoto per pieno), fino alla messa a regime del nucleo, con le tempistiche concordate con l'UVM;
- trasformazione di un posto letto di sollievo in posto letto base presso la RSA di Cles;
- introduzione per l'assistenza medica libero professionista, come per l'assistenza infermieristica e riabilitativa, di un limite massimo di ore mensili effettuabili dal medico libero professionista da rispettare anche nel caso di servizio effettuato su più strutture residenziali del SSP;
- costituzione di un budget specifico per l'ossigeno nella misura annuale forfetaria di € 50,00 per posto letto convenzionato.

Preso atto degli adeguamenti contrattuali sottoscritti nel corso del 2025 per il personale delle APSP, con oneri a carico della Provincia, per un valore pari a circa il 7%, si propone, analogamente a quanto avvenuto nelle direttive approvate per l'anno 2025, un graduale assorbimento degli stessi nella tariffa sanitaria, che per l'anno 2026 si propone di incrementare nella misura del 3%. Si propone altresì, in ragione della medesima tipologia di servizio e della necessità di garantirne la continuità con i medesimi livelli qualitativi, di prevedere il riconoscimento di un incremento, della medesima misura, del regime tariffario previsto per gli enti gestori del servizio di RSA diversi dalle

APSP, accreditati e convenzionati con l'Azienda, quale ulteriore strumento a sostegno delle politiche aziendali di valorizzazione del personale assistenziale. Il medesimo aumento è riconosciuto anche all'ente gestore della struttura Casa Santa Maria dell'Altopiano della Vigolana per il servizio di RSA di sollievo a minore intensità assistenziale (da Euro 52,20 a Euro 53,77) e agli enti gestori delle comunità residenziali per religiosi presso la Casa del Clero di Trento e la Residenza Sacro Cuore di Bolognano d'Arco (da Euro 42,00 a Euro 43,26).

Le tariffe sanitarie giornaliere RSA da riconoscere nel 2026 sono le seguenti.

Tipologia RSA	**Tariffe giornaliere in Euro**	
	APSP	**Enti privati**
Fino a 40 p.l. accreditati	115,00	111,91
da 41 a 50 p.l. accreditati	105,84	102,75
da 51 a 60 p.l. accreditati	102,25	99,16
da 61 p.l. accreditati	100,16	97,07
Incremento per p.l. nucleo demenze	32,37	32,37
Incremento per p.l. nucleo sanitario	47,41	47,41
Incremento per p.l. Namir	62,06	62,06

Gli enti gestori privati sono tenuti ad applicare al proprio personale condizioni contrattuali non inferiori a quanto previsto nel CCNL delle cooperative sociali e relativo integrativo provinciale, confermando le indicazioni contenute nelle direttive anno 2025.

In relazione all'attività di deblisteraggio farmaci in RSA, si prende atto delle interlocuzioni e degli approfondimenti in corso, finalizzati a disciplinare con specifico provvedimento di Giunta, analogamente a quanto sperimentato e regolamentato in altri contesti regionali, lo svolgimento di detta attività in modalità diversa da quanto previsto con la deliberazione della Giunta provinciale n. 927 di data 27 giugno 2025.

Inoltre, nel corso del 2026, sarà avviata un'attività di analisi e di confronto con gli enti gestori e l'Azienda, finalizzato alla valutazione di eventuali esigenze di diversificazione delle figure professionali a carattere assistenziale.

In considerazione di quanto sopra esposto, la spesa complessiva per le RSA sull'esercizio 2026, a carico del Servizio Sanitario Provinciale (SSP), risulta ammontare a Euro 185.233.086,90 come dettagliato nella tabella che segue.

VOCI DI SPESA	**IMPORTI IN EURO**
Convenzioni con RSA	177.329.402,50
Finanziamento integrativo fisioterapia per esterni	180.000,00
Acc.to per finanziamento aggiuntivo Namir e particolari necessità assistenziali	700.000,00
Acc.to per potenziamento posti di sollievo	100.800,00

Fondo per rimborsi distacchi sindacali APSP	250.000,00
Fondo per la copertura delle assenze lunghe dei medici dipendenti delle APSP	150.000,00
Convenz. Casa S. Maria (10 posti letto)	196.245,90
Convenz. comunità residenziale per religiosi (25 posti letto)	394.747,50
Accantonamento per il sistema automatizzato per la preparazione delle terapie in RSA	15.000,00
Accantonamento per attivazione nuclei RSA a minor fabbisogno assistenziale	1.300.000,00
Budget fornitura beni e servizi	4.616.891,00
TOTALE	**185.233.086,90**

La spesa trova copertura finanziaria con le risorse previste nel Riparto 2026 delle risorse del Servizio sanitario provinciale, approvato con deliberazione provinciale di data odierna. Nello specifico:

- per Euro 180.742.387,20 alle voci "Convenzioni con RSA per assistenza ai non autosufficienti", "Altri oneri RSA", "Beni sanitari" della Tabella A) del Riparto 2026;
- per Euro 4.490.699,70 sul capitolo 442000 alla voce della tabella A2) "Risorse non ripartite/riserva fondi" del Riparto 2026; tali somme si riferiscono agli adeguamenti contrattuali sottoscritti nel corso del 2025 per il personale delle APSP, accantonate con specifiche deliberazioni provinciali.

Si propone infine di prorogare anche per il 2026 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, il Relatore propone di approvare le direttive per l'assistenza sanitaria e assistenziale a rilievo sanitario nelle RSA del SSP per l'anno 2026 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;
- vista la L.P. 9 dicembre 2025 n. 8 recante "Costituzione dell'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino (ASUIT): modificazioni della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 (legge provinciale sulla tutela della salute 2010)." pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Trentino-Alto Adige/Südtirol (Numero straordinario n. 1 del 10 dicembre 2025, al Bollettino n. 49/2025 - Sezione generale) che disciplina la trasformazione dell'attuale Azienda provinciale per i servizi sanitari in Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino a far data 1 gennaio 2026;
- visti gli atti citati in premessa;
- considerati gli impegni contenuti negli atti consiliari;
- 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 e assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenza Sanitarie Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale per l’anno 2026 e relativo finanziamento”, di cui all’Allegato 1);

2. di dare atto che il finanziamento per l’anno 2026 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 2026, 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 185.233.086,90, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari farà fronte con le risorse previste nella deliberazione della Giunta provinciale di Riparto del Fondo sanitario provinciale dell’anno 2026, di data odierna, come segue:
    - per Euro 180.742.387,20 alle voci “Convenzioni con RSA per assistenza ai non autosufficienti”, “Altri oneri RSA” e “Beni sanitari” della Tabella A) del Riparto 2026,
    - per Euro 4.490.699,70 sul capitolo 442000 alla voce della tabella A2) "Risorse non ripartite/riserva fondi" del Riparto 2026,

5. di dare atto che le presenti direttive sostituiscono integralmente, a decorrere dal 1° gennaio 2026, le precedenti direttive provinciali che disciplinavano l’assistenza a favore delle persone non autosufficienti in RSA;

6. 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 provinciale per i servizi sanitari, per il tramite dei Distretti, da rendersi entro il 15 gennaio 2026. 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 2026. Quanto non espressamente disciplinato dal presente provvedimento sarà definito dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari d’intesa con i rappresentanti degli enti gestori;

7. di dare atto che costituisce accordo di contitolarità nella gestione dei dati degli utenti, ai sensi del nuovo Regolamento Ue 2016/679 (GDPR), la formale accettazione del modello di cui all’allegato G) delle direttive richiamate al punto 1, da rendersi, entro il 15 gennaio 2026, con comunicazione da parte degli enti gestori all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, anche utilizzando la medesima comunicazione di cui al precedente punto 6;

8. di disporre che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli enti gestori di RSA adottino i conseguenti provvedimenti necessari all’attuazione delle direttive di cui al punto 1.;

9. di approvare, per le motivazioni di cui in premessa, il documento "Modello nucleo RSA a minor fabbisogno assistenziale" di cui all'Allegato 2);

10. di rimandare a un successivo provvedimento l'individuazione delle RSA che parteciperanno alla sperimentazione dei nuclei RSA a minor fabbisogno assistenziale;

11. 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;

12. di dare mandato ad APSS di sottoscrivere, anche nel 2026, un contratto con la coop. Kaleidoscopio per il convenzionamento di 10 posti letto di servizio residenziale RSA di sollievo a minore intensità assistenziale presso Casa Santa Maria - Altopiano della Vigolana per una tariffa di Euro 53,77 (IVA inclusa);

13. di stabilire che la coop. Kaleidoscopio rispetti i limiti per la definizione della retta alberghiera previsti al punto 5 parte seconda dell'Allegato 1);

14. di dare mandato ad APSS di sottoscrivere, anche nel 2026, un contratto con gli enti gestori delle comunità residenziali per religiosi presso la Casa del Clero di Trento e la Residenza Sacro Cuore di Bolognano d'Arco per rispettivi 20 e 5 posti letto, per una tariffa giornaliera di Euro 43,26 (oneri fiscali inclusi);

15. di stabilire che per tutta la durata del ricovero nei posti letto di cui al precedente punto 14. è sospesa la scelta del medico di medicina generale e la correlata quota capitaria prevista dall'Accordo collettivo vigente, in analogia con quanto stabilito per i posti letto RSA convenzionate;

16. di dare atto che la tariffa a carico di APSS, unitamente all'eventuale esenzione dall'IRAP, costituisce corrispettivo per le prestazioni rese dalle strutture; l'eventuale parte di esenzione IRAP riconducibile ad attività rese in regime privatistico sarà recuperata nel corso dell'esercizio 2027;

17. di comunicare l'adozione del presente atto all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, agli enti gestori di RSA, a UPIPA, a Consolida, alle Comunità/Spazio Argento e agli assessorati regionali e della Provincia autonoma di Bolzano competenti in materia di RSA;

18. di disporre la pubblicazione del provvedimento sul sito internet istituzionale della Provincia.

Adunanza chiusa ad ore 10:50

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 Allegato 1

002 Allegato 2

IL PRESIDENTE
Maurizio Fugatti

Questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle Linee guida AgID (artt. 3 bis, c. 4 bis, e 71 D.Lgs. 82/2005). La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del responsabile (art. 3 D.Lgs. 39/1993).

IL DIRIGENTE
Nicola Foradori

Questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle Linee guida AgID (artt. 3 bis, c. 4 bis, e 71 D.Lgs. 82/2005). La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del responsabile (art. 3 D.Lgs. 39/1993).

DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RESIDENZA SANITARIE ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE PER L'ANNO 2026 E RELATIVO FINANZIAMENTO

PARTE PRIMA: DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE DEL SSP PER L'ANNO 2026

1. DESTINATARI E FINALITÀ DELLE DIRETTIVE pag. 4
2. MISSION E VISION DELLE RSA pag. 4
3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA pag. 5
4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI pag. 6
5. COORDINAMENTO E SUPPORTO ALLE RSA pag. 6
6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA pag. 8
   - 6.1 Funzione di coordinamento sanitario pag. 8
   - 6.2 Funzione di coordinamento dei servizi pag. 10
7. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALLA RSA pag. 11
   - 7.1 Assistenza medica pag. 12
   - 7.2 Assistenza medica specialistica pag. 13
   - 7.3 Assistenza infermieristica pag. 14
   - 7.4 Assistenza riabilitativa pag. 16
   - 7.5 Assistenza psicologica pag. 17
   - 7.6 Assistenza generica alla persona pag. 17
   - 7.7 Attività di animazione e di promozione sociale pag. 18
   - 7.8 Fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti pag. 19
   - 7.9 Trasporti sanitari pag. 20
8. FORMAZIONE DEL PERSONALE pag. 20
9. FAMILIARI NELLE RSA pag. 21
10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE pag. 21
11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE pag. 22
12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA E ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSIVITÀ (NAMIR) pag. 23
13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO pag. 23
14. GESTIONE DEGLI INGRESSI IN RSA pag. 25
15. VIGILANZA SULLA RSA pag. 24
    - 15.1 Vigilanze pag. 24
      - 15.1.1 Vigilanza tecnico-sanitaria pag. 28
      - 15.1.2 Vigilanza amministrativa pag. 29
    - 15.2 Sistema di sorveglianza attiva e di monitoraggio clinico nelle RSA pag. 29
16. FLUSSI INFORMATIVI pag. 29
    - 16.1 In capo alle RSA
      - 16.1.1 Presenze residenti pag. 29

16.1.2 Elenco residenti pag. 29
16.1.3 Informazioni sulla dotazione di personale delle RSA pag. 30
16.1.4 Banca dati ministeriale pag. 30
16.1.5 Indagini del Servizio Sanitario Nazionale pag. 30
16.1.6 Documentazione contabile pag. 30
16.1.7 Rette alberghiere pag. 31
16.1.8 Relazione integrativa alle informazioni contenute nel portale di accreditamento e monitoraggio dell'Azienda pag. 31
16.1.9 Relazione riferita ai servizi domiciliari pag. 31
16.2 In capo all'Azienda
16.2.1 Relazione di attività complessiva RSA pag. 31
16.2.2 Liste d'attesa pag. 32
17. OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO pag. 32
18. ULTERIORI DISPOSIZIONI pag. 32

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 2026 E DISPOSIZIONI PER LA CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA

1. TARIFFA pag. 35
2. FORNITURA BENI E SERVIZI pag. 36
3. ACCANTONAMENTI E FONDI pag. 37
3.1 Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo pag. 37
3.2 Accantonamento per finanziamento integrativo livello NAMIR e particolari necessità assistenziali pag. 37
3.3 Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni pag. 38
3.4 Fondo per rimborsi distacchi sindacali APSP pag. 38
3.5 Fondo per la copertura delle assenze lunghe dei medici dipendenti delle APSP pag. 38
3.6 Accantonamento per il sistema automatizzato per la preparazione delle terapie pag. 38
4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI pag. 38
5. LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE 2026 pag. 39
6. RECUPERO TARIFFARIO pag. 39

TABELLA A: Parametri di personale in RSA anno 2026 assicurati dalle tariffe di cui alle presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2026

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2026

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2026

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2026

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2026

ALLEGATO G: Accordo di contitolarità del trattamento dati personali per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e assistenziali con le RSA e/o i centri diurni accreditati con il Servizio sanitario provinciale

PARTE PRIMA

DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE DEL SSP PER L'ANNO 2026

1. DESTINATARI E FINALITÀ DELLE DIRETTIVE

Le presenti direttive si applicano alle Residenze Sanitarie Assistenziali (d'ora in poi denominate RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario della Provincia di Trento e all'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari (da gennaio 2026 Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino), di seguito Azienda, e sono finalizzate a promuovere il miglioramento continuo del "sistema RSA" costituito da n. 58 strutture presenti in modo diffuso sul territorio.

La promozione del miglioramento continuo nelle RSA richiede l'assunzione di impegni prioritari da parte delle strutture e l'attivazione di condizioni per promuovere un cambiamento culturale di tutta l'organizzazione per porre il residente al centro, che molte RSA hanno in questi anni già in parte adottato, anche attraverso l'adesione al Marchio Qualità e Benessere costruito da UPIPA[1], 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 di chi vi risiede; 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; l'appropriatezza clinica e assistenziale, le competenze del personale;
- la qualità dell'organizzazione dell'assistenza; 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; i modelli di *staffing* finalizzati all'*empowerment* del personale e la cura dei climi di lavoro;
- la qualità della gestione delle risorse assegnate; le strategie di gestione del budget in coerenza con i criteri di appropriatezza clinici e assistenziali;
- le attività di gestione della conoscenza e qualificazione dei processi assistenziali; sono comprese le specifiche attività di apprendimento e crescita a supporto alla attività di autovalutazione e implementazione di requisiti e indicatori di qualità per l'accreditamento istituzionale.

2. *MISSION* E *VISION* DELLE RSA

Le RSA garantiscono l'accoglienza di persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti e assistenza continui e non possono essere assistite a domicilio. L'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) propone alla persona e alla famiglia una progettualità residenziale

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

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 in ambienti di vita accoglienti, inclusivi e personalizzati, nei quali la persona sia riconosciuta nella sua unicità e centralità, garantendo al contempo percorsi assistenziali flessibili e personalizzati, capaci di adattarsi all'evoluzione dei bisogni individuali.

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 delle persone, assicurare la conoscenza del livello di assistenza garantito, la loro partecipazione all'organizzazione e 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 e al rafforzamento della rete dei servizi presenti sul territorio, coordinata da Spazio Argento.

3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA

Al fine di perseguire concretamente il miglioramento continuo, le RSA sono impegnate, anche attraverso la valorizzazione e la diffusione dei percorsi di miglioramento di sistema promossi dall'Azienda, da UPIPA o da Consolida[2] nell'implementazione dei seguenti obiettivi strategici:

- migliorare la qualità della vita delle persone ospitate 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 famigliari nella valutazione della qualità dell'assistenza e della vita quotidiana;
- favorire lo sviluppo di sinergie tra tutti i soggetti coinvolti nella rete dei servizi, comprese le associazioni di utenti e familiari, attraverso Spazio Argento;
- promuovere uno sviluppo dell'offerta delle RSA innovativo, flessibile e adeguato, integrato nella rete dei servizi territoriali (Spazio Argento) e coerente con le risorse disponibili.

[2] Consolida è il consorzio delle cooperative sociali trentine

Tra le aree di miglioramento da perseguire si evidenziano:
- la promozione del superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche attraverso strategie organizzative e formative strutturate nonché specifici progetti di miglioramento e azioni di prevenzione;
- la sensibilizzazione alla gestione multiprofessionale delle persone con demenza e disturbi del comportamento con particolare attenzione allo sviluppo di strategie per il trattamento non farmacologico dei BPSD, tenuto conto anche di quanto previsto nel "Piano provinciale demenze – XVII Legislatura"[3];
- la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antimicrobico resistenza (da perseguire mediante l'adesione alle iniziative di sorveglianza e implementazione di buone pratiche promosse a livello provinciale);
- l'attenzione all'appropriatezza prescrittiva/deprescrizione farmacologica (attraverso sviluppo di indicatori specifici);
- la valutazione della qualità della vita e del grado di umanizzazione dell'assistenza, da realizzare anche con modalità partecipate e strumenti/indicatori validati.

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 richiede, 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, assicurandolo anche nel caso di eventuale modifica della residenza anagrafica dell'ospite, che dovesse intervenire in applicazione della relativa normativa in materia.

Non costituisce 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 una struttura socio-sanitaria o assistenziale in data successiva alla data di ingresso in struttura, indipendentemente dalla tipologia di posto letto.

Al riguardo si precisa che la richiesta di valutazione UVM al fine dell'eventuale ingresso in RSA, può essere presentata esclusivamente da persone residenti in un comune della Provincia di Trento.

5. COORDINAMENTO E SUPPORTO ALLE RSA

Le attività di coordinamento e di integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali (rete dei servizi) sono assicurate dal Distretto territorialmente competente e dal Dipartimento

[3] Approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1383/2025

transmurale anziani e longevità. Esse si realizzano tramite l'UVM e devono essere finalizzate a garantire la continuità di cura dell'assistito.

L'attività di supporto e di monitoraggio in ambito clinico organizzativo e di sanità pubblica è esercitata dall'Unità Operativa complessa Supporto clinico organizzativo RSA (U.O. SCO-RSA) afferente al Dipartimento transmurale anziani e longevità, che opera in modalità multi-professionale e in collaborazione con i Distretti.

Nello specifico U.O. SCO-RSA, in stretto raccordo con il Dipartimento Cure Primarie e l'U.O. *Governance* clinica, ha il compito di esercitare le seguenti azioni[4]:

Ambito clinico organizzativo:

- sostegno al coordinamento clinico e all'*équipe* della RSA;
- consulenza e supporto clinico nella gestione di casi complessi;
- integrazione tra ospedale e territorio nel raccordo clinico e nella gestione dei progetti e dei percorsi diagnostici e terapeutici con le varie figure specialistiche;
- supporto alle competenze dei coordinatori sanitari e dell'*équipe* in materia di sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico;
- predisposizione di percorsi e protocolli nell'ambito dell'igiene, della sanità pubblica, della diagnosi, della cura e dell'assistenza;
- azioni di supporto all'addestramento e alla formazione degli operatori, tenuto conto del Piano per la formazione integrata socio-sanitaria - area anziani;
- mappatura e sviluppo delle competenze assistenziali e supporto alle attività di coordinamento dei servizi;
- partecipazione e collaborazione con i professionisti delle RSA e del Servizio Politiche del Farmaco a mantenere aggiornato il Prontuario farmaceutico delle RSA.

Ambito di sanità pubblica:

- supporto e intervento tempestivo per la prevenzione e gestione delle epidemie e di altre problematiche/emergenze di sanità pubblica che interessano il contesto comunitario (elaborazione e implementazione dei Piani di intervento);
- implementazione di sistemi e procedure di sorveglianza attiva con il diretto coinvolgimento dei coordinatori sanitari e infermieristici delle RSA (punto 15.2);
- supporto tecnico per l'adozione e il monitoraggio delle misure igienico-sanitarie necessarie in condizioni ordinarie, straordinarie e di emergenza (procedure, protocolli e istruzioni operative);
- azioni di supporto all'addestramento e alla formazione degli operatori in materia di sicurezza sulle problematiche di tipo infettivo, in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione.

La U.O. SCO-RSA:

1. prepara la relazione di attività complessiva RSA con le informazioni contenute nel portale di monitoraggio e accreditamento aziendale (punto 16.2.1), in collaborazione con la Direzione integrazione socio-sanitaria, Servizio politiche del farmaco e assistenza farmaceutica e l'organismo tecnicamente accreditante (OTA);
2. favorisce percorsi che sviluppino le attività di televisita e teleconsulto (punto 7.2);
3. collabora con il distretto nella gestione delle segnalazioni dei residenti e familiari;

[4] Riferimento al "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Provincia autonoma di Trento" approvato con Deliberazione provinciale n. 1422 del 1 settembre 2020.

4. collabora con l'OTA nelle attività di sviluppo del portale di monitoraggio ed accreditamento aziendale e nel coordinamento e supervisione dei tavoli di lavoro su progetti innovativi;
5. in generale supporta la Provincia nell'analisi e approfondimento delle tematiche relative al sistema RSA.

6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA

6.1 Funzione di coordinamento sanitario
La funzione di coordinamento sanitario, con i parametri previsti nell'allegata tabella A), è attribuita al medico che svolge l'assistenza medica di cui al punto 7.1.

La funzione 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 coordinamento sanitario deve provvedere, anche con la propria formazione personale, all'acquisizione e aggiornamento di competenze organizzative e gestionali utili a indirizzare l'organizzazione al rispetto delle buone pratiche igienico sanitarie nonché al perseguimento della appropriatezza dell'assistenza ai residenti, assistenza che deve rispondere ai bisogni globalmente intesi della persona presa in carico. L'attività riguarda tutti gli eventuali ulteriori servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali gestiti.

Le principali funzioni del coordinamento 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 coordinamento dei servizi, l'adozione di modelli organizzativi dell'assistenza e della vita nella RSA centrati sul residente, che garantiscano la sicurezza e la partecipazione della persona e la personalizzazione, nell'ottica di un'umanizzazione delle cure rivolta all'ascolto del residente e all'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica;
- favorire, in integrazione con il coordinamento dei servizi, l'adozione e la diffusione, di linee guida clinico-assistenziali validate per assicurare l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- promuovere l'elaborazione di strumenti specifici (procedure, linee di indirizzo, ecc.) e l'attivazione di azioni organizzative (riunioni, formazione sul campo, *audit* clinici/organizzativi, ecc.) per orientare le pratiche clinico-assistenziali di tutto il personale;
- coordinare l'apporto dei medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale per promuovere un'omogeneità di comportamento e l'integrazione con i processi clinico-assistenziali gestiti dal personale, anche attraverso l'organizzazione di incontri periodici;
- garantire l'implementazione di programmi e strumenti per la prevenzione e la gestione del rischio clinico, il monitoraggio e la verifica sui livelli di sicurezza delle attività assistenziali, anche in relazione all'implementazione delle raccomandazioni e delle buone pratiche clinico-assistenziali sulla sicurezza del paziente e alla rilevazione e gestione di errori, eventi avversi, eventi sentinella e sinistri;

- sviluppare le condizioni organizzative per garantire la continuità delle cure e la continuità informativa in tutte le fasce orarie, in particolare nel caso di intervento dei medici di continuità assistenziale, di accesso a presidi ospedalieri e di riammissione in RSA da una dimissione ospedaliera;
- mantenere un costante raccordo con i Direttori di Distretto e l'U.O. SCO-RSA e costituire un riferimento per l'UVM;
- mantenere un raccordo con i medici specialisti che accedono alla RSA;
- promuovere il coordinamento dei piani di intervento individuali in collaborazione con l'*équipe* di lavoro e il controllo di qualità e sicurezza della cura e dell'assistenza in generale, ivi incluso l'adozione delle misure per il superamento della contenzione secondo il programma definito a livello di struttura;
- garantire, in collaborazione con il coordinatore dei servizi e il referente della qualità, l'implementazione di un sistema di gestione per la qualità coerente con le esigenze di sicurezza e appropriatezza (organizzativa e clinica), nel rispetto dei requisiti di accreditamento istituzionale e degli indirizzi della programmazione sanitaria;
- verificare e garantire il rispetto dei requisiti igienico-sanitari previsti per l'esercizio delle attività gestite dall'ente (es. residenziali, semi-residenziali, diurne, domiciliari), supportando la direzione generale per quanto riguarda gli aspetti logistico-strutturali e quelli tecnico-organizzativi;
- garantire l'osservanza delle norme per la prevenzione dei rischi sanitari e per la sicurezza dei residenti, collaborando con il medico competente per gli aspetti relativi alla salute e sicurezza degli operatori;
- curare l'implementazione, in collaborazione con il coordinatore dei servizi, degli strumenti e delle procedure di prevenzione controllo e sorveglianza delle infezioni predisposte dall'Azienda nell'ambito dei progetti di prevenzione delle ICA, collaborando con le figure di riferimento dell'Azienda anche per l'attuazione di attività di formazione e addestramento e per la verifica dell'attuazione delle misure previste;
- in relazione al punto precedente, fornire all'organizzazione le indicazioni per la messa in atto di misure di contenimento e gestione delle emergenze epidemiologiche e monitorarne l'attuazione;
- curare la corretta gestione delle cartelle cliniche e supervisionare la qualità delle registrazioni cliniche e assistenziali e dei relativi flussi informativi;
- supportare la direzione generale per la valutazione degli aspetti sanitari nell'acquisizione di arredi, attrezzature e dispositivi e per l'adozione di sistemi, strumenti e programmi volti a favorire innovazioni tecnologiche, organizzative e professionali, nella prospettiva di miglioramento della qualità delle cure, della qualità di vita dei residenti, della promozione della sicurezza, della salute e del benessere del personale;
- curare l'espletamento degli adempimenti connessi alla gestione sanitaria della struttura e alla vigilanza sull'osservanza di norme, indirizzi e regolamenti sanitari, nonché all'ottemperamento di prescrizioni e indicazioni impartite da soggetti istituzionali esterni, in collaborazione con le strutture di riferimento dell'Azienda.

Inoltre cura:

- l'adozione, il controllo e la vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza e le segnalazioni obbligatorie secondo le norme vigenti;
- la predisposizione e attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli residenti, secondo le norme vigenti;
- l'approvvigionamento dei farmaci e del materiale sanitario forniti direttamente dall'Azienda e la vigilanza sul loro corretto utilizzo;

- la supervisione, il controllo e la verifica dei livelli qualitativi sulle attività di supporto, comprendenti la gestione alberghiera (es. in relazione alla ristorazione con la verifica dell'appropriatezza dei menu, supervisione approvvigionamenti alimentari, qualità dei pasti ecc) e pulizie e sanificazioni (es. ambienti, attrezzature, biancheria);
- ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura, quali a esempio la gestione dei rifiuti a rischio infettivo e la gestione della camera mortuaria.

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 secondi 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 e attivare il miglioramento continuo;
- costituire un riferimento per l'UVM e per l'U.O. SCO-RSA.

Il personale addetto al coordinamento deve essere in possesso del diploma di laurea di infermiere o titolo equipollente. Le nomine dei nuovi coordinatori non possono prescindere dal possesso 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 persone con funzioni di coordinamento (inteso come 2 unità equivalenti) all'interno della medesima struttura organizzativa, il secondo potrà possedere

competenze di area socio-educativa o sanitaria (indicativamente educatore professionale o psicologo).

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

Resta inteso che il personale infermieristico, che assolve, in toto o in quota parte, la funzione di coordinamento, non concorre, per la medesima quota, alla copertura del parametro infermieristico di cui alla tabella A), parte seconda.

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 psicologica;
6. assistenza generica alla persona;
7. attività di animazione e di promozione sociale;
8. fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti;
9. trasporti sanitari.

I professionisti della riabilitazione, la cui qualifica sia indicata espressamente come concorrente al parametro, sono obbligati all'iscrizione al relativo Albo per professioni sanitarie, così come previsto dalla L. 11 gennaio 2018, n. 3 e del DM 13 marzo 2018. Rimane fermo l'obbligo d'iscrizione all'Albo anche per gli infermieri (Albo dell'OPI Ordine Professioni Infermieristiche) e per gli psicologi (Albo A dell'Ordine degli Psicologi).

7.1 Assistenza medica

L'assistenza medica (che include anche la funzione di coordinamento sanitario) è garantita da medici dedicati, dipendenti della struttura o in convenzione con altre RSA e in possesso dei seguenti requisiti:

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

oppure (in alternativa alla specializzazione)

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

Nelle more della individuazione del personale medico dipendente, le RSA possono avvalersi di liberi professionisti, comunicando tempestivamente al Distretto di riferimento e al Servizio competente le iniziative intraprese per adempiere a quanto prescritto dalle presenti direttive.

La medesima comunicazione va inviata anche nel caso di criticità legate alla disponibilità di personale medico in possesso dei requisiti sopra indicati.

Al fine di garantire la qualità nell'assistenza erogata, il limite massimo mensile di ore effettuabili dal personale medico libero professionista è quantificato in 195 ore, con presenza giornaliera (0-24) non superiore a 10 ore. Non è comunque possibile una presenza continuativa superiore a 10 ore anche a cavallo 0-24. Questi limiti vanno rispettati anche nel caso di servizio effettuato su più strutture residenziali del SSP.

Le principali funzioni dell'assistenza medica 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 e assistenziali, nonché la sicurezza dei residenti, anche su indicazione del coordinatore sanitario della RSA, oltre che in relazione a eventuali indicazioni dell'Azienda;
- partecipare ai programmi di superamento della contenzione farmacologica e fisica;
- valutare e rivalutare periodicamente in modo programmato il carico terapeutico complessivo del residente, con particolare attenzione alle politerapie e alla necessaria riconciliazione prescrittiva registrando 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 dall'Azienda e da UPIPA relativi al Piano della formazione integrata socio-sanitaria – area anziani;
- 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 sia 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 e 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.

Il medico, con i parametri previsti nell'allegata tabella A), deve:

- assicurare l'assistenza 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;
- assicurare assistenza, 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 secondo necessità.

7.2 Assistenza medica specialistica

L'Azienda, attraverso i Distretti, 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 rendere maggiormente efficace e puntuale la funzione di assistenza specialistica presso le RSA, l'Azienda con il coordinamento delle U.O. Cure Primarie e del Dipartimento Anziani e Longevità e con il coinvolgimento delle altre U.O. ospedaliere, anche per l'anno 2026, dà continuità ai progetti già attivi di teleconsulto e/o televisita, in particolare in ambito cardiologico, dermatologico, psichiatrico, diabetologico, infettivologico, geriatrico e fisiatrico, quest'ultimo finalizzato principalmente alla prescrizione degli ausili.

Le RSA, entro il 20 gennaio 2026, e con successivo aggiornamento trimestrale, comunicano al Distretto di competenza il fabbisogno di assistenza specialistica distinto per branche nel limite massimo indicato nella predetta tabella D).

I Distretti entro il 28 febbraio 2026 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 Distretto, le RSA possono attivarsi autonomamente. Per le richieste considerate non appropriate, il Distretto ne evidenzia le motivazioni alle RSA.

7.3 Assistenza infermieristica

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

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

Le aree di miglioramento da perseguire in modo particolare sono:

- il superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche;
- la valutazione e 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.

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'*équipe* 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 ricettività da 120 posti letto RSA e oltre assicurano la compresenza di due infermieri, uno dei quali può essere presente in reperibilità passiva.

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

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

Al fine di garantire la qualità citata, il limite massimo mensile di ore effettuabili dal personale infermieristico libero professionista è quantificato in 195 ore, con presenza giornaliera (0-24)

non superiore a 10 ore a cui può essere aggiunto il tempo necessario per il passaggio di consegne tra turni e l'eventuale tempo di vestizione**.** Non è comunque possibile una presenza continuativa superiore a 10 ore anche a cavallo 0-24. Questi limiti vanno rispettati anche nel caso di servizio effettuato su più strutture residenziali del SSP.

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. Con riferimento alle RSA dotate di un sistema automatizzato di preparazione delle terapie, è possibile coprire il parametro con personale farmacista nella misura massima del 5%.

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 e attuazione anche in *équipe* multidisciplinare di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione (individuali o collettivi);
- attività di supporto, di consulenza e di formazione al personale addetto all'assistenza di base e al personale infermieristico per garantire continuità nelle azioni di mantenimento dell'autonomia fisica del residente;
- valutazione e proposta di adozione di dispositivi (ausili, ortesi, protesi) nei percorsi di riabilitazione e/o mantenimento delle competenze funzionali dei residenti, addestramento al loro uso e verifica periodica dell'efficacia;

- partecipazione ai programmi di miglioramento della qualità e della sicurezza promossi dalla struttura, anche in riferimento a proposte dell'Azienda, di UPIPA o di Consolida.

Vengono altresì ricompresi tra le attività di riabilitazione:

a) le attività terapeutiche di alterazioni conseguenti a disordini cognitivi, con particolare riferimento alla stimolazione e alla riabilitazione cognitiva;
b) le attività terapeutiche di disturbi del linguaggio e deficit di deglutizione;
c) le attività terapeutiche di carattere educativo e relazionale mirate al recupero delle potenzialità nel contesto della vita quotidiana.

Per questi fini il parametro di assistenza riabilitativa può essere coperto fino a un massimo del 20% con personale in possesso del diploma di laurea in terapia della riabilitazione psichiatrica e/o diploma di laurea di terapista occupazionale (per il punto a.) e/o con personale in possesso del diploma di laurea in logopedia o titolo equipollente (per i punti a. e b.) e/o con personale in possesso del diploma di laurea in educazione professionale (per il punto 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. Non è comunque possibile una presenza continuativa superiore a 10 ore anche a cavallo 0-24. Questi limiti vanno rispettati anche nel caso di servizio effettuato su più strutture residenziali del SSP.

Se la RSA è sede di erogazione di prestazioni riabilitative (fisioterapiche) a favore di utenti esterni e/o prestazioni assistenziali in forma integrata (a 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 psicologica

L'assistenza psicologica è assicurata da professionisti, dipendenti delle RSA o liberi professionisti.
L'attività si configura in:

- supervisione e supporto all'*équipe*
- supporto ai residenti e ai familiari
- supporto emotivo del personale (rischio *burnout*) anche attraverso incontri individuali.

7.6 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'*équipe* 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 e dalla normativa nazionale vigente.

Qualora, 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. E' inoltre possibile coprire fino al 5% il parametro OSS con personale di animazione in considerazione delle esigenze dei residenti.

Laddove la RSA eroga prestazioni assistenziali in forma integrata (a esempio Centro diurno - Presa in carico diurna continuativa) il parametro relativo al personale di assistenza è 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.

7.7 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 e 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 e attuazione di interventi socio-culturali-ricreativi individuali o di gruppo;
- coordinamento degli operatori e volontari addetti al servizio.

7.8 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. In analogia con quanto previsto per le strutture ospedaliere, garantisce la fornitura dei farmaci alle RSA di cui alla presente direttiva. Tali farmaci, affidati fiduciariamente alle RSA, sono oggetto di una disciplina finalizzata a garantire la sicurezza, la tracciabilità e la non immissione sul mercato, rimanendo gli stessi all'interno della struttura RSA, fatti salvi specifichi protocolli operativi con l'Azienda.

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.

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

Ciò in quanto, nell'ambito delle RSA, l'assistenza farmaceutica e con dispositivi medici deve realizzarsi in base a criteri di qualità e 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 a 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 Distretti monitorano il consumo dei farmaci e del materiale sanitario nelle singole RSA. Qualora i Distretti rilevino uno sforamento significativo del budget non giustificabile, verranno attivati specifici *audit* clinici.

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.

Pur essendo garantita la loro fornitura, non sono ricompresi nel *budget* assegnato alle RSA:

- gli alimenti destinati a un'alimentazione particolare inclusa nei LEA nazionali;
- i 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;
- i dispositivi per il monitoraggio flash del glucosio interstiziale (FGM) a favore dei pazienti diabetici eleggibili secondo i criteri della deliberazione della Giunta provinciale n. 766 del 14 maggio 2021. La fornitura di tali dispositivi tramite la farmacia ospedaliera dovrà avvenire sulla base di una scheda nominale specialistica (diabetologica), in modo da garantire l'appropriatezza prescrittiva.

I pasti per residenti celiaci sono 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 il residente della RSA non sia in grado di firmare autonomamente, le domande possono essere corredate solo dalla prescrizione medica (DM 332/99).

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

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. Va data priorità alla partecipazione alle iniziative formative previste dal Piano per la formazione integrata socio-sanitaria - area anziani e quelle promosse dall'Istituto Superiore di Sanità sulle Linee guida in materia di demenza[5].

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. FAMILIARI NELLE RSA

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

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

La RSA garantisce la presa in carico delle segnalazioni di familiari e residenti, attraverso specifiche procedure evidenziate nella carta dei servizi. Rimane ferma la possibilità da parte di residenti e familiari qualora le istanze rimanessero non soddisfatte di rivolgersi all'URP dell'Azienda. Detta indicazione è riportata nella carta dei servizi.

10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

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

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

E' prevista la segnalazione preliminare, secondo le modalità indicate dalla rete delle cure palliative, effettuata dalle singole RSA utilizzando la modulistica all'uopo predisposta, di tutti i residenti per i quali viene richiesta l'attivazione di interventi dei medici palliativisti e degli

[5]Il testo completo è consultabile al link https://www.iss.it/-/snlg-diagnosi-e-trattamento-delle-demenze

infermieri del Distretto. La segnalazione consente di alimentare gli indicatori di monitoraggio del grado di adesione delle singole RSA al percorso di integrazione nella rete delle cure palliative.
La partecipazione del personale della RSA, in particolare dei medici e degli infermieri, ai percorsi formativi per la gestione della fase avanzata di malattia e di fine vita, organizzati da UPIPA o da Consolida, con la collaborazione dei professionisti dell'Azienda, costituisce un preciso impegno per tutte le RSA.

11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE

I nuclei ad alto fabbisogno assistenziale rappresentano un momento specialistico finalizzato a 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 e 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 con 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. Le RSA alle quali sono stati riconosciuti posti letto di nucleo che non avessero ancora adottato modelli organizzativi specifici, si impegnano ad avviare le azioni necessarie all'adeguamento progressivo, comprese le modifiche strutturali previste.

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 Distretto di riferimento e se necessario anche degli altri Distretti provinciali.

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 sono segnalati in ogni caso all'UVM.

12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA E ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSIVITA' (NAMIR)

Nel caso si prospetti la necessità di trattare in RSA soggetti che necessitano di assistenza qualificata e intensiva e, nello specifico, persone in stato vegetativo o a minima responsività o affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) che sono state valutate di livello assistenziale NAMIR con i requisiti previsti dalla prestazione sanitaria aggiuntiva n. 26, l'UVM individua, fra le RSA quella che dispone di spazi logistici idonei e risorse professionali con specifica e adeguata formazione.

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

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

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

Prima di inserire nuove persone con queste patologie, le UVM distrettuali 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 distrettuali dovranno comunicarlo all'Azienda, per consentire il monitoraggio dell'utilizzo.

Le risorse per garantire i maggiori livelli di assistenza di cui ai punti precedenti, sono previste nell'accantonamento di cui al punto 3.2, parte seconda.

13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO

- I posti letto di sollievo, di cui alla tabella B), parte seconda, rispondono a un bisogno temporaneo e programmato di assistenza per permettere alla famiglia un periodo di sollievo nella presa in carico quotidiana dell'anziano. La permanenza nel posto letto di sollievo rientra in una progettualità più ampia condivisa tra UVM, famiglia e RSA;
- possono rispondere anche a un bisogno di emergenza a seguito di un'assenza improvvisa del *caregiver*. In via residuale è consentita la copertura del posto disponibile anche con casi di urgenza "sanitaria";
- l'inserimento di utenti nei posti letto di sollievo avviene su indicazione dell'UVM senza l'individuazione di punteggi o soglie per gli accessi; la durata del sollievo è flessibile, e viene definita dall'UVM in base al bisogno, nel limite massimo di 60 giorni all'anno. Eventuali proroghe vanno indicate nel PAI;

- ai fini della copertura dei posti letto di sollievo non operano le disposizioni relative alla sospensione della scelta del medico di cui al precedente punto 7.1. L'assistenza medica alle persone inserite in posti di sollievo può essere garantita, previo accordo tra medico curante e medico della RSA, dal medico della RSA medesima;
- al residente sono in ogni caso garantiti tutti i servizi sanitari erogati dalla RSA;
- nel caso di aggravamenti o episodi acuti che richiedano il ricovero in struttura ospedaliera del residente 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.

La gestione dei posti letto di sollievo, ivi comprese le modalità di comunicazione/promozione del servizio alla cittadinanza avviene attraverso un protocollo operativo predisposto da Azienda in collaborazione con rappresentanti di Spazio Argento.

Nel corso del 2026, nei territori riportati nella tabella di cui sotto, potranno essere attivati ulteriori 9 posti letto di sollievo in RSA (cd dinamici) per un massimo di 4 mesi all'anno anche frazionati. Per questo scopo potranno essere utilizzati posti letto RSA accreditati, posti letto RSA autorizzati per i quali verrà richiesto un accreditamento provvisorio, oppure potrà essere richiesta un'autorizzazione e accreditamento ex novo.

COMUNITÀ / TERRITORIO	**n. posti letto**
Comunità Fiemme	1
Comun General de Fascia	1
Comunità Alta Valsugana e Bersntol	1
Territorio Val d'Adige	1
Comunità Val di Non	2
Comunità Alto Garda e Ledro	1
Comunità Vallagarina	1
Comunità Altipiani Cimbri	1
TOTALE	**9**

Spazio Argento comunica al Servizio competente l'individuazione della/e RSA coinvolta/e (che può appartenere anche a un'altra comunità purché rientrante nel medesimo raggruppamento territoriale di Spazio Argento) e il periodo di utilizzo. La nota va inviata per conoscenza al Distretto di riferimento. Prima di tale comunicazione è necessario che il posto letto individuato sia accreditato.

14. GESTIONE DEGLI INGRESSI IN RSA

L'ingresso 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 distrettuale 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 distrettuale, 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 distrettuale;
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 Distretti territorialmente competenti 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 Distretto territorialmente competente, in collaborazione con i Servizi sociali per i casi da loro segnalati. Attraverso tale comunicazione il Distretto 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 Distretto territorialmente competente 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 Distretto 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. nel caso di dimissioni programmate, la RSA comunicherà anticipatamente al Distretto territorialmente competente la data di disponibilità del posto letto.

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

Per la procedura di accesso e di segnalazione delle presenze (comprese le eventuali temporanee assenze), i Distretti 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 a 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.

15. VIGILANZA SULLA RSA

15.1 Vigilanze

L'attività di vigilanza nei confronti delle RSA, quali gestori dell'assistenza per conto del Servizio Sanitario Provinciale, è svolta dal Distretto ed è finalizzata a verificare la qualità

dell'assistenza garantita ai residenti delle strutture, alle modalità di attuazione delle direttive provinciali e al monitoraggio continuo delle azioni di miglioramento messe in atto dalle RSA.

In particolare il Distretto, attraverso le attività di verifica, tiene 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 verifica tiene conto delle segnalazioni/lamentele di utenti/famigliari di seconda istanza che non trovano risposta soddisfacente da parte delle 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 Distretto, 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 socio-sanitarie (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.

Resta ferma la facoltà del Distretto di attivare sopralluoghi o altre forme di vigilanza, anche con il supporto dell'U.O. SCO-RSA, in relazione a eventi specifici, quali a esempio segnalazioni o altri rilievi, che facciano emergere possibili non conformità o criticità relative alla qualità dell'assistenza erogata.

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

I risultati dell'attività di vigilanza devono essere riportati in apposita relazione e trasmessi tempestivamente al Dipartimento Salute e politiche sociali e alla RSA interessata, evidenziando in particolare le criticità rilevate. In caso di necessità il Distretto emana specifiche prescrizioni che indicano i provvedimenti da adottare.

15.1.1 Vigilanza tecnico-sanitaria

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

Le visite presso le RSA sono svolte dall'U.O. Cure Primarie del Distretto di competenza alla presenza del coordinatore sanitario e del coordinatore infermieristico della struttura residenziale.

1. *Audit* di accreditamento o rinnovo di accreditamento istituzionale

La vigilanza tecnico sanitaria è effettuata all'interno dell'*audit* attraverso l'utilizzo di specifici strumenti (*check list* sui principali processi clinico assistenziali per quanto riguarda la vigilanza tecnico sanitaria e verifica campionaria sui requisiti stabiliti dalle liste di autorizzazione e accreditamento secondo quanto previsto dal DPGP 27 novembre 2000, n. 30-48 Leg e dal DGP 1848 del 2018). 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 sarà sottoposta esclusivamente alla vigilanza amministrativa. Gli *audit* dell'OTA tengono in considerazione le risultanze della vigilanza amministrativa dell'anno precedente.

2. Vigilanza tecnico sanitaria con sopralluogo in struttura

Salvo il caso in cui sia effettuato l'*audit* di cui al punto 1, le RSA sono interessate a questa tipologia di vigilanza a rotazione. Resta inteso che può comunque essere effettuata la vigilanza con sopralluogo nelle RSA che hanno evidenziato delle criticità.
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 quali 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,
- 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.

15.1.2 Vigilanza amministrativa

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

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

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

15.2 Sistema di sorveglianza attiva e di monitoraggio clinico nelle RSA

La disponibilità in forma continuativa e strutturata di dati e informazioni cliniche, assistenziali, epidemiologiche e organizzative accurate e aggiornate, relative alla qualità dell'assistenza erogata ai residenti e alla coerenza con requisiti e standard qualitativi di riferimento, è essenziale per orientare i comportamenti professionali, poter assumere decisioni cliniche e organizzative tempestive, sicure, efficaci, gestire conoscenze e garantire un approccio, *data-driven* e sostenibile al governo clinico da parte delle RSA, dell'Azienda e della Provincia.

A tal fine le RSA sono tenute a popolare, attraverso l'interoperabilità con le cartelle sanitarie, il portale aziendale di monitoraggio e accreditamento dell'attività clinico/assistenziale. Per la definizione della relazione di attività complessiva RSA, a carico dell'Azienda (punto 16.2.1), è necessario che le RSA abbiano completato l'inserimento dei dati nelle cartelle sanitarie entro e non oltre il 28 febbraio dell'anno successivo.

16. FLUSSI INFORMATIVI

16.1 In capo alle RSA

16.1.1 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 accoglienza per anziani, etc…) e dal soggetto tenuto al pagamento delle rette.

16.1.2 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 i residenti occupanti i diversi tipi di posti letto della struttura sono quelli presenti in Atlante al 1 gennaio 2026.

16.1.3 Informazione sulla dotazione di personale delle RSA

Entro il 15 gennaio 2026 le RSA trasmettono ai Distretti di competenza, e per conoscenza a U.O. SCO-RSA, i nominativi del/i medico/i incaricato/i per l'assistenza medica e il coordinamento sanitario della struttura, e del/dei coordinatore/i dei servizi.

Entro il medesimo termine le RSA trasmettono al Servizio competente l'evidenza della consistenza totale del personale sanitario e assistenziale (incluso l'extra parametro) riferito al servizio residenziale (inclusi i posti letto di Accoglienza per anziani) al 31/12 dell'anno precedente con l'esplicitazione della quota di parametro eventualmente coperta da personale non dipendente, utilizzando il prospetto che verrà trasmesso dal Servizio competente. Non va conteggiato il personale dipendente assente, se sostituito.

16.1.4 Banca dati ministeriale

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

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

16.1.5 Indagini del Servizio Sanitario Nazionale

Le RSA sono tenute agli adempimenti informativi richiesti dagli organismi centrali del Servizio Sanitario Nazionale siano essi sistematici che sporadici, rispettando la tempistica di volta in volta indicata.

16.1.6 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 2026 e il bilancio preventivo economico pluriennale di previsione (2026-2028), 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 2025 con relative relazioni e allegati;
3. la verifica gestionale relativa al primo semestre 2026 con proiezione al 31 dicembre (per gli enti gestori APSP il riferimento è il comma 3 art. 6 LR 7/2005).

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

16.1.7 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 2026, le RSA devono pubblicare sul proprio sito istituzionale le informazioni relative alle rette e tariffe applicate, sulla base dello schema-tipo allegato alla deliberazione n. 2481/2018.

Nel corso del 2026 il Servizio competente, in collaborazione con UPIPA e Consolida, lavorerà al fine di definire il contenuto standard della retta alberghiera base.

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

16.1.8 Relazione integrativa alle informazioni contenute nel portale di accreditamento e monitoraggio dell'Azienda
Oltre ai dati contenuti nel portale di accreditamento e monitoraggio, le RSA sono tenute a inviare ai Distretti di competenza, entro il 28 febbraio, una relazione integrativa riferita a specifiche informazioni sintetizzate all'interno della nota del Servizio competente del 3 febbraio 2025 protocollo n. 89068, riguardanti i posti letto convenzionati.

16.1.9 Relazione riferita ai servizi domiciliari
Al fine del coordinamento del rapporto tra RSA e territorio, le prestazioni domiciliari sono oggetto di relazione annuale. Le RSA che forniscono tali servizi domiciliari sono tenute alla trasmissione della relazione al Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza e al Distretto di competenza entro 31 gennaio dell'anno successivo all'anno di riferimento. La relazione deve contenere le seguenti informazioni minime:

- n. prestazioni infermieristiche
- n. prestazioni riabilitative
- n. prestazioni socio-sanitarie
- n. altre prestazioni (specificare)
- n. utenti assistiti che hanno usufruito di prestazioni anche in forma plurima
- n. ore personale impiegato nelle attività distinto per qualifica.

16. In capo all'Azienda

16.2.1 Relazione di attività complessiva RSA
Entro il 30 giugno 2026 l'Azienda trasmette al Servizio competente e alle RSA una relazione sanitaria complessiva che tiene conto dei dati contenuti nel portale di accreditamento e monitoraggio aziendale (punto 15.2), delle relazioni integrative degli enti gestori (punto 16.1.8), dei dati e informazioni riferite all'assistenza specialistica erogata (punto 7.2) e alla spesa annua sostenuta per farmaci e dispositivi medici (punto 7.8) e degli esiti dell'attività di vigilanza (punto 15). La relazione includerà in forma anonima il dettaglio delle informazioni più significative riferite alle singole strutture residenziali.

16.2.2 Liste d'attesa
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 ambito UVM. La lista non deve comprendere i casi che hanno trovato temporanea collocazione in RSA territoriali (trattasi generalmente delle c.d. seconde scelte). L'Azienda provvede a implementare l'informazione con i dati riferiti anche ai tempi medi di attesa in ciascun ambito UVM.

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

Le RSA sono tenute a garantire ai soggetti di formazione della Provincia autonoma di Trento (Polo Universitario delle professioni sanitarie dell'Azienda, in particolare per i corsi di laurea in Infermieristica, e in Fisioterapia e in Terapista della riabilitazione psichiatrica e ai corsi 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 almeno 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) 2026. 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. Laddove un ente gestisse più RSA le accoglienze dei tirocinanti possono essere diversamente distribuite, fermo restando il numero complessivo di studenti.

Inoltre alle RSA è richiesta la disponibilità a far svolgere il periodo di tirocinio ai professionisti iscritti al corso per medici delle RSA, gestito dalla Scuola di formazione specifica in medicina generale.

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.

I tirocini del corso di laurea in Medicina e Chirurgia interateneo UNITN UNIVR sono realizzati dalle RSA attraverso specifiche convenzioni con l'Università.

18. ULTERIORI DISPOSIZIONI

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

L'accesso alla struttura da parte dei visitatori è libero. Le RSA possono valutare di introdurre delle limitazioni, al momento dei pasti o del riposo, in funzione della tranquillità e sicurezza dei residenti; va comunque garantita la possibilità di derogare alle limitazioni, qualora con i referenti delle persone accolte si condivida che la presenza è necessaria in relazione alle condizioni del residente.

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.

L'eventuale convenzionamento di nuovi posti letto RSA è subordinato all'autorizzazione/accreditamento di detti posti e alla loro effettiva disponibilità. Nel caso il posto da convenzionare sia occupato da persona inserita nell'elenco dinamico RSA, l'Azienda riconosce la tariffa sanitaria alla RSA dal momento dell'effettiva assegnazione del posto letto convenzionato da parte dell'UVM. Resta inteso che il convenzionamento di nuovi posti non può determinare dimissioni se non condivise con l'interessato, i famigliari o i tutori di riferimento dell'ospite.

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

Per la gestione dei posti paganti in proprio, ciascuna RSA, in sede di definizione della tariffa giornaliera, esplicita i parametri assistenziali garantiti in misura non inferiore al parametro autorizzativo (deliberazione provinciale n. 3151/2002).

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, il Servizio competente 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 Distretto competente 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 Distretto competente 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. Su questi posti non operano le disposizioni relative alla sospensione della scelta del medico di cui al punto 7.1.

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

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

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

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

PARTE SECONDA

FINANZIAMENTO ALLE RSA DELLE SPESE RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO A FAVORE DELLE PERSONE RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO PER L'ANNO 2026 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 psicologica;
- l'assistenza generica alla persona;
- l'attività di coordinamento dei servizi;
- l'attività di animazione e di promozione sociale;
- la fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti;
- i trasporti sanitari;
- la quota parte dei costi generali e amministrativi forfettariamente attribuita alla competenza della Sanità.

1. TARIFFA

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

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

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

Limitatamente ai posti letto di sollievo di cui all'allegata tabella B e ai posti di sollievo dinamici di cui al punto 13 parte prima, la tariffa giornaliera viene riconosciuta indipendentemente dall'effettiva occupazione (modalità vuoto per pieno).

La tariffa è 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;
- 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 (esclusivamente per le APSP).

Le tariffe delle RSA che trovano applicazione per l'anno 2026[6], sono le seguenti:

Tipologia RSA	**Tariffe giornaliere in Euro**	
	APSP	Enti privati
Fino a 40 p.l. accreditati	115,00	111,91
da 41 a 50 p.l. accreditati	105,84	102,75
da 51 a 60 p.l. accreditati	102,25	99,16
da 61 p.l. accreditati	100,16	97,07
Incremento per p.l. nucleo demenze	32,37	32,37
Incremento per p.l. nucleo sanitario	47,41	47,41
Incremento per p.l. namir	62,06	62,06

Gli enti gestori privati applicano al proprio personale condizioni contrattuali non inferiori a quanto previsto nel CCNL delle cooperative sociali e dall'integrativo provinciale.

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.

Alle RSA è garantito anche il finanziamento per il coordinamento sanitario con i parametri indicati nella tabella A e avendo come riferimento la tariffa oraria di Euro 77,36.

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 a un'altra.

2. FORNITURA BENI E SERVIZI

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

- farmaci (escluso ossigeno) finanziati nella misura annuale forfetaria di € 456,25 per posto letto convenzionato per un valore complessivo di € 2.135.706,30 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). La fornitura avviene sulla base di richieste prodotte dalle RSA;

[6] Tale tariffa giornaliera va applicata anche ai posti letto convenzionati con altri servizi sanitari regionali.

- ossigeno finanziato nella misura annuale forfetaria di € 50,00 per posto letto convenzionato per un valore complessivo di € 234.050,00 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). Per le.RSA che aderiscono all'accordo quadro sottoscritto dall'Azienda, la fornitura di ossigeno viene effettuata secondo i termini del contratto, con il rimborso della spesa effettuata tramite il Distretto di competenza;

- materiale sanitario (materiale di medicazione, cateteri e altri presidi specificatamente individuati dalla Provincia) finanziato nella misura annuale forfetaria di € 351,22 per posto letto convenzionato per un importo massimo complessivo annuo di € 1.644.060,70 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). La fornitura avviene sulla base di richiesta periodica formulata dalla RSA;

- assistenza medica specialistica: viene erogata direttamente dall'Azienda, di norma attraverso il proprio personale dipendente, nel numero massimo di ore indicato, per ciascuna RSA, nell'allegata tabella D). Allo scopo peraltro di incentivare l'accesso di medici specialisti in RSA, l'Azienda recupera all'interno del proprio bilancio un finanziamento pari a € 603,074,00 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi) da utilizzare per stipulare accordi specifici con medici specialistici. Qualora il Distretto di appartenenza abbia preventivamente dichiarato la propria impossibilità a garantire le ore che la singola RSA, all'interno del limite massimo di cui all'allegata tabella D), ha richiesto e che l'UVM ha considerato come appropriate, la RSA può attivarsi autonomamente, con successivo rimborso del costo effettivamente sostenuto.

3. ACCANTONAMENTI E FONDI

3.1 Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo

Per potenziare il servizio di sollievo è prevista l'attivazione nel corso dell'anno di posti letto dinamici, come previsto al punto 13 parte prima.
A tal fine è costituito, per l'anno 2026, un accantonamento di € 100.800,00.

3.2 Accantonamento per finanziamento integrativo livello NAMIR e particolari necessità assistenziali

L'accantonamento pari a € 700.000,00 è istituito per:

1. il finanziamento integrativo alle RSA che accolgono persone che necessitano di assistenza qualificata e intensiva, di cui al punto 12, parte prima delle presenti direttive;
2. il finanziamento delle situazioni a elevata complessità assistenziale per i quali vengono definiti dei progetti assistenziali personalizzati.
   I progetti assistenziali sono definiti dall'UVM, con il supporto dell'U.O. SCO-RSA, sulla base di specifici e documentati bisogni dei residenti, che non possano essere adeguatamente soddisfatti con gli ordinari parametri di personale.
   Il progetto specifica nel dettaglio le attività dell'operatore il cui costo è sostenuto dal fondo, esplicitandone l'impegno giornaliero unicamente in favore del residente individuato.
   Il progetto 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.

La richiesta è presentata dai Distretti alla Direzione socio-sanitaria che autorizza l'utilizzo dell'accantonamento. La richiesta e il riscontro vanno inviati per conoscenza anche al Servizio competente.

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 a € 180.000,00, destinato a integrare il finanziamento riconosciuto alle diverse strutture secondo il Nomenclatore.
L'Azienda ripartisce tali risorse tenuto conto delle prestazioni svolte da ciascuna RSA nel corso dell'anno, entro il mese di febbraio, dandone comunicazione al Servizio competente. Tale modalità si applica anche alle prestazioni rese nel 2025.

3.4 Fondo per rimborsi distacchi sindacali APSP

Il fondo, pari a € 250.000,00, è istituito per rimborsare gli 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 2027.

3.5 Fondo per la copertura delle assenze lunghe dei medici dipendenti delle APSP

Il fondo, pari a € 150.000,00 è istituito per finanziare le sostituzioni lunghe per assenze dei medici dipendenti delle APSP.
La richiesta di rimborso va inviata al Servizio competente entro il 31 gennaio 2027, allegando una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante il rendiconto della spesa sostenuta e una tabella riassuntiva delle voci di spesa.
Il Servizio competente comunicherà all'Azienda l'importo da corrispondere alle APSP interessate.

3.6 Accantonamento per il sistema automatizzato per la preparazione delle terapie

Le RSA che sono dotate del sistema automatizzato per la preparazione delle terapie possono chiedere al Servizio competente il riconoscimento di un importo forfettario massimo di Euro 3.000,00 *una tantum* a copertura delle spese per il soddisfacimento dei requisti autorizzativi di tipo farmaceutico. Il Servizio competente comunica all'Azienda l'importo da corrispondere alla RSA interessata, previa presentazione dell'istanza allegando una dichiarazione sostitutiva di atto notorio che attesti il possesso del macchinario e i requisiti fissati dalla Giunta provinciale. A tal fine è costituito un accantonamento di Euro 15.000,00.

4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI

L'erogazione del finanziamento di cui alla tabella E), in applicazione delle tariffe avviene con versamenti mensili posticipati in base alle presenze effettive. Il finanziamento per la

funzione di coordinamento sanitario viene erogato su base mensile posticipata indipendentemente dalle presenze dei residenti.

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 punto 6.
Tutte le operazioni di finanziamento e 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 2026

Gli enti gestori che hanno una retta alberghiera base 2025 inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere base 2025 (€ 51,79) possono aumentare la retta al massimo di € 3,00, purchè la retta non superi la media ponderata 2025 aumentata di € 2,00 (€ 53,79).

Gli enti gestori che hanno una retta alberghiera base 2025 superiore alla media ponderata delle rette alberghiere base 2025 (€ 51,79) possono aumentare la retta al massimo di € 2,00.

Le RSA sono invitate a motivare la decisione di adeguamento della retta ai rispettivi comitati dei rappresentanti dei residenti.

L'inosservanza della disposizione comporterà la sospensione del versamento mensile del finanziamento di cui al precedente punto 4. nella misura del 10% fino alla rideterminazione della retta. Rimane onere della RSA il rimborso al residente delle somme incassate in eccesso.
Il Servizio competente comunicherà all'Azienda gli eventuali provvedimenti da adottare.

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

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

6. RECUPERO TARIFFARIO

La RSA è tenuta a dare comunicazione ai Distretti 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 il trentesimo giorno di calendario del singolo soggetto. Nella comunicazione va quantificata la carenza. Resta ferma la responsabilità del livello

qualitativo e di sicurezza delle prestazioni assicurate nella RSA, come disciplinata dalla normativa per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

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

Le quote giornaliere, da portare in deduzione relative alle seguenti figure professionale, sono:

Figura professionale	**Quote giornaliere in Euro**
Operatore socio-sanitario	117,90
Infermiere	145,40
Coordinatore dei servizi	152,00
Operatore di animazione	114,50
Fisioterapista	126,50

Per quanto riguarda, invece, il recupero tariffario riferito all'assistenza medica (incluso il coordinamento sanitario) assicurata con personale non dipendente e l'assistenza psicologica, le modalità sono le seguenti:

- assistenza medica: si conteggiano le ore cumulative di assistenza medica e coordinamento sanitario a parametro non erogate (costo orario di riferimento € 77,36). Il conteggio viene fatto su base mensile. Al fine del calcolo si considera come standard orario n. 4,9 ore/die da calcolare per ogni giorno solare (7/7).
- assistenza psicologica: si conteggiano le ore a parametro non erogate (costo orario di riferimento: € 52,50). Il conteggio viene effettuato su base quadrimestrale.

Entro il 15 gennaio 2027 – su specifico modello – viene definito l'importo da portare in deduzione al versamento di dicembre.

TABELLA A

PARAMETRI DI PERSONALE IN RSA ANNO 2026
ASSICURATI DALLE TARIFFE DI CUI ALLE PRESENTI DIRETTIVE

Assistenza medica [1] ▪ ogni posto letto base e sollievo ▪ ogni posti letto nucleo ad alto fabbisogno assistenziale + Namir	 12 minuti settimanali 24 minuti settimanali
Funzione di coordinamento sanitario ▪ per strutture fino a 60 posti letto ▪ per strutture da 61 posti a 119 posti ▪ per strutture oltre i 119 posti letto	 5 ore settimanale 7 ore settimanali 12 ore settimanali
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 ▪ Ogni 20 posti letto RSA	 2,5 ore Psicologo alla settimana 2,5 ore Psicologo al mese
Assistenza infermieristica: ▪ fino a 60 posti letto [2] ▪ oltre i 60 posti letto ▪ nuclei sanitario + Namir	 6,3 Inf. 1 Inf. ogni 9,5 posti letto 1 Inf. aggiuntivo ogni 10,5 posti letto
Attività di animazione: ▪ ogni 60 posti letto	 1 operatore di animazione
Assistenza generica alla persona: ▪ RSA territoriale ▪ Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale + Namir	 1 OSS ogni 2,03 posti letto 1 OSS ogni 1,5 posti letto

[1] nei giorni prefestivi e festivi l'assistenza medica d'urgenza è assicurata dal servizio di continuità assistenziale territorialmente competente (v. punto 7.1 parte prima)
[2] 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 sono quelli sopra indicati;
- i posti letto autorizzati sono quelli previsti nell'allegato 2) della deliberazione provinciale n. 3151 del 13/12/2002.

TIPOLOGIA POSTI LETTO NEGOZIATI ANNO 2026

RSA DI	TIPOLOGIA POSTI LETTO				
	P.L. base	P.L. sollievo	P.L. nucleo dementi gravi	P.L. nucleo sanitario	totale P.L.
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	75	1	5	5	86
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO*	67	1	5	0	73
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	53	0	5	10	68
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	54	2	0	0	56
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	49	0	0	0	49
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	50	1	0	0	51
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	49	0	0	0	49
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	71	1	10	0	82
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	117	2	10	0	129
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	176	2	10	13	201
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	55	1	0	0	56
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	66	2	5	0	73
APSP G. Endrizzi di LAVIS	75	2	10	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	72	2	0	0	74
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 Gabbiolo 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	183	2	0	15	200
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	63	1	10	0	74
APSP S. Maria di CLES	117	1	10	10	138
Coop. Stella Montis di FONDO	56	1	0	0	57
APSP Anaunia di PREDAIA	54	2	0	0	56
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	44	2	15	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
RSA Regina Srl di ARCO	58	1	0	0	59
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	119	1	0	12	132
APSP G. Cis di LEDRO	58	0	0	0	58
APSP Residenza Molino di DRO	58	0	0	0	58
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA*	83	2	15	0	100
APSP U. Campagnola di AVIO	64	0	0	0	64
APSP U. Campagnola di AVIO - Casa della comunità di ALA	20	0	0	0	20
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	88	0	0	0	88
APSP Opera Romani di NOMI - RSA di VOLANO	74	1	5	0	80
APSP C. Vannetti - RSA Vannetti di ROVERETO	36	0	0	24	60
APSP C. Vannetti - Casa Albergo Vinotti di NOMI	49	0	0	0	49
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO di ROVERETO	50	2	20	0	72
APSP C. Vannetti – RSA Fontana di ROVERETO	90	0	0	0	90
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA di ROVERETO	97	1	0	0	98
SPES scarl – RSA SOLATRIX di ROVERETO	60	0	0	0	60
APSP don G. Cumer di VALLARSA	35	0	0	0	35
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	58	2	0	0	60
TOTALE	**4.234**	**57**	**210**	**155**	**4.656**

*alcuni pl sono convenzionati temporaneamente (3 pl a Tesero e 6 pl a Riva) in attesa della loro attivazione presso la RSA di Cles

TABELLA C

PROSPETTO OPERATORI FINANZIATI ANNO 2026

RSA DI	ASS. GENERICA u.e.	OP. DI ANIM. u.e.	INFERM. u.e.	FISIOT. u.e.	COORD. SERVIZI u.e.	PSICOL. ore mensili	ASS. MEDICA u.e.	di cui coord. SANITARIO ore settim.
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	44,11	1,43	9,51	1,72	1	10,8	0,75	7
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	36,83	1,22	7,67	1,46	1	9,1	0,65	7
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	26,11	0,88	6,3	1,06	1	6,6	0,45	5
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	35,47	1,2	7,56	1,44	1	9	0,62	7
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGO VALSUGANA	36,11	1,13	8,09	1,36	1	8,5	0,68	7
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	27,59	0,93	6,3	1,12	1	7	0,47	5
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	24,14	0,82	6,3	0,98	1	6,1	0,43	5
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	25,12	0,85	6,3	1,02	1	6,4	0,44	5
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	24,14	0,82	6,3	0,98	1	6,1	0,43	5
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	42,13	1,37	8,62	1,64	1	10,3	0,73	7
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	65,29	2,15	13,56	2,58	2	16,1	1,15	12
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	103,02	3,35	22,38	4,02	2	25,1	1,63	12
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	27,59	0,93	6,3	1,12	1	7	0,47	5
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	36,83	1,22	7,67	1,46	1	9,1	0,65	7
APSP G. Endrizzi di LAVIS	47,93	1,53	10,14	1,84	1	11,5	0,82	7
APSP Cristani-de Luca di MEZZOCORONA	38,31	1,27	7,98	1,52	1	9,5	0,67	7
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	38,8	1,28	8,09	1,54	1	9,6	0,67	7
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	36,45	1,23	7,77	1,48	1	9,3	0,63	7
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	68,05	2,07	14,94	2,48	2	15,5	1,29	12
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	53,2	1,80	11,35	2,16	1	13,5	0,82	7
APSP Civica di Trento – RSA Gabbiolo di TRENTO	27,59	0,93	6,3	1,12	1	7	0,47	5
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	34,48	1,17	7,35	1,4	1	8,8	0,6	7
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	101,13	3,33	22,47	4	2	25	1,58	12
APSP M. Grazioli di POVO	97,05	3,08	21,74	3,7	2	23,1	1,61	12
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	38,8	1,28	8,57	1,54	1	9,6	0,67	7
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	35,47	1,2	7,56	1,44	1	9	0,62	7
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	38,19	1,23	7,77	1,48	1	9,3	0,69	7
APSP S. Maria di CLES	71,46	2,3	15,46	2,76	2	17,3	1,25	12
Coop. Stella Montis di FONDO	28,08	0,95	6,3	1,14	1	7,1	0,47	5
APSP Anaunia di PREDAIA	27,59	0,93	6,3	1,12	1	7	0,47	5
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	40,39	1,37	8,62	1,64	1	10,3	0,67	7
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	31,79	1,02	6,41	1,22	1	7,6	0,61	7
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	61,84	2,03	12,83	2,44	2	15,3	1,11	12
APSP Rosa dei Venti di BORGO CHIESE	32,02	1,08	6,83	1,3	1	8,1	0,58	7
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	33,88	1,12	7,04	1,34	1	8,4	0,62	7
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	32,66	1,02	6,41	1,22	1	7,6	0,64	7
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	56,42	1,85	12,62	2,22	1	13,9	0,9	7
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	27,59	0,93	6,3	1,12	1	7	0,47	5
RSA Regina Srl di ARCO	29,06	0,98	6,3	1,18	1	7,4	0,48	5
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	67,11	2,2	15,02	2,64	2	16,5	1,17	12
APSP G. Cis di LEDRO	28,57	0,97	6,3	1,16	1	7,3	0,48	5
APSP Residenza Molino di DRO	28,57	0,97	6,3	1,16	1	7,3	0,48	5
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	51,87	1,67	10,51	2	1	12,5	0,86	7
APSP U. Campagnola di AVIO	31,53	1,07	6,72	1,28	1	8	0,57	7
APSP U. Campagnola di AVIO - Casa della comunità di ALA*	9,85	0,33	3,5	0,4		2,5	0,12	
APSP di BRENTONICO	35,85	1,18	7,46	1,42	1	8,9	0,64	7
APSP Casa Laner di FOLGARIA	29,56	1	6,3	1,2	1	7,5	0,49	5
APSP C. Benedetti di MORI	42,11	1,38	8,91	1,66	1	10,4	0,72	7
APSP Opera Romani di NOMI	43,35	1,47	9,25	1,76	1	11	0,71	7
APSP Opera Romani di NOMI - RSA di VOLANO	40,28	1,33	8,41	1,6	1	10	0,69	7
APSP C. Vannetti - RSA Vannetti di ROVERETO	33,73	1	8,59	1,2	1	7,5	0,63	5
APSP C. Vannetti - Casa Albergo Vinotti di NOMI	24,14	0,82	6,3	0,98	1	6,1	0,43	5
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO di ROVERETO	38,95	1,2	7,56	1,44	1	9	0,73	7
APSP C. Vannetti – RSA Fontana di ROVERETO	44,33	1,5	9,46	1,8	1	11,3	0,72	7
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA di ROVERETO	48,28	1,63	10,3	1,96	1	12,3	0,77	7
SPES scarl – RSA SOLATRIX di ROVERETO	29,56	1	6,3	1,2	1	7,5	0,49	5
APSP don G. Cumer di VALLARSA	17,24	0,58	6,3	0,7	1	4,4	0,35	5
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	29,56	1	6,3	1,2	1	7,5	0,49	5
TOTALE	**2.357,15**	**77,58**	**516,10**	**93,12**	**65,00**	**582,40**	**40,50**	**401,00**

* il nucleo di Ala è considerato una sede distaccata della RSA di Avio e condivide il coordinatore dei servizi e il coordinatore sanitario.
L'assistenza infermieristica notturna è assicurata, con l'istituto della reperibilità, dall'infermiere dell'Ospedale di Comunità, che è situato in prossimità del nucleo ed è gestito dall'APSP di Avio

TABELLA D

ORE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA - ANNO 2026

RSA di	ore specialistica
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	182
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	151
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	151
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	112
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	98
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	102
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	98
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	174
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	268
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	425
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	112
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	151
APSP G. Endrizzi di LAVIS	199
APSP Cristani-de Luca di MEZZOCORONA	157
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	159
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	148
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	288
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	216
APSP Civica di Trento – RSA Gabbiolo di TRENTO	112
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	140
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	415
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	158
APSP S. Maria di CLES	296
Coop. Stella Montis di FONDO	114
APSP Anaunia di PREDAIA	112
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	137
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	232
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	112
RSA Regina Srl 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	215
APSP U. Campagnola di AVIO	128
APSP U. Campagnola di AVIO - Casa della comunità di ALA	40
APSP di BRENTONICO	147
APSP Casa Laner di FOLGARIA	120
APSP C. Benedetti di MORI	173
APSP Opera Romani di NOMI	176
APSP Opera Romani di Nomi - RSA di VOLANO	165
APSP C. Vannetti - RSA Vannetti di ROVERETO	144
APSP C. Vannetti - Casa Albergo Vinotti di NOMI	98
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO di ROVERETO	164
APSP C. Vannetti – RSA Fontana di ROVERETO	180
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA di ROVERETO	196
SPES scarl – RSA SOLATRIX di ROVERETO	120
APSP don G. Cumer di VALLARSA	70
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	120
TOTALE	**9.677**

TABELLA E

ELEMENTI PER IL FINANZIAMENTO ANNO 2026

RSA di	p.l. base+ sollievo		p.l. nucleo demenze		p.l. nucleo sanitario		Finanziamento in applicazione delle tariffe	coordin. san.	Finanziamento complessivo
	n. p.l.	tariffa giorn.	n. p.l.	tariffa giorn.	n. p.l.	tariffa giorn.			
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	76	100,16	5	132,53	5	147,57	3.289.620,90	28.159,00	3.317.779,90
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	68	100,16	5	132,53	0	147,57	2.727.838,50	28.159,00	2.755.997,50
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	53	102,25	0	134,62	0	149,66	1.978.026,30	20.113,60	1.998.139,90
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	72	100,16	0	132,53	0	147,57	2.632.204,80	28.159,00	2.660.363,80
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di BORGO VALSUGANA	53	100,16	5	132,53	10	147,57	2.718.093,00	28.159,00	2.746.252,00
APSP Suor Agnese di CASTELLO TESINO	56	100,16	0	132,53	0	147,57	2.047.270,40	20.113,60	2.067.384,00
APSP Casa di soggiorno Suori Filippina di GRIGNO	49	105,84	0	138,21	0	153,25	1.892.948,40	20.113,60	1.913.062,00
APSP Piccolo Spedale di PIEVE TESINO	51	102,25	0	134,62	0	149,66	1.903.383,80	20.113,60	1.923.497,40
APSP S. Giuseppe di RONCEGNO TERME	49	105,84	0	138,21	0	153,25	1.892.948,40	20.113,60	1.913.062,00
APSP Redenta Floriani di CASTEL IVANO	72	100,16	10	132,53	0	147,57	3.115.939,30	28.159,00	3.144.098,30
APSP Levico Curae di LEVICO TERME	119	100,16	10	132,53	0	147,57	4.834.184,10	48.272,60	4.882.456,70
APSP S. Spirito – Fondazione Montel di PERGINE VALSUGANA	178	100,16	10	132,53	13	147,57	7.691.349,40	48.272,60	7.739.622,00
SPES scarl – RSA Villa Alpina di MONTAGNAGA DI PINE'	56	97,07	0	129,44	0	144,48	1.984.110,80	20.113,60	2.004.224,40
APSP Residenza Valle dei Laghi di CAVEDINE	68	100,16	5	132,53	0	147,57	2.727.838,50	28.159,00	2.755.997,50
APSP G. Endrizzi di LAVIS	77	100,16	10	132,53	5	147,57	3.568.046,60	28.159,00	3.596.205,60
APSP Cristani-de Luca di MEZZOCORONA	71	100,16	5	132,53	0	147,57	2.837.513,70	28.159,00	2.865.672,70
APSP S. Giovanni di MEZZOLOMBARDO	72	100,16	5	132,53	0	147,57	2.874.072,10	28.159,00	2.902.231,10
SPES scarl – RSA Valle di Cembra di LISIGNAGO-CEMBRA	74	97,07	0	129,44	0	144,48	2.621.860,70	28.159,00	2.650.019,70
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	84	100,16	20	132,53	20	147,57	5.115.635,60	48.272,60	5.163.908,20
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	108	100,16	0	132,53	0	147,57	3.948.307,20	28.159,00	3.976.466,20
APSP Civica di Trento – RSA Gabbiolo di TRENTO	56	102,25	0	134,62	0	149,66	2.089.990,00	20.113,60	2.110.103,60
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	70	100,16	0	132,53	0	147,57	2.559.088,00	28.159,00	2.587.247,00
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	185	100,16	0	132,53	15	147,57	7.571.249,80	48.272,60	7.619.522,40
APSP M. Grazioli di POVO	151	100,16	10	132,53	24	147,57	7.296.766,10	48.272,60	7.345.038,70
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	72	97,07	0	129,44	5	144,48	2.814.675,60	28.159,00	2.842.834,60
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	72	97,07	0	129,44	0	144,48	2.550.999,60	28.159,00	2.579.158,60
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	64	97,07	10	129,44	0	144,48	2.740.011,20	28.159,00	2.768.170,20
APSP S. Maria di CLES	118	100,16	10	132,53	10	147,57	5.336.256,20	48.272,60	5.384.528,80
Coop. Stella Montis di FONDO	57	99,16	0	131,53	0	146,57	2.063.023,80	20.113,60	2.083.137,40
APSP Anaunia di PREDAIA	56	102,25	0	134,62	0	149,66	2.089.990,00	20.113,60	2.110.103,60
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	82	100,16	0	132,53	0	147,57	2.997.788,80	28.159,00	3.025.947,80
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	51	100,16	10	132,53	0	147,57	2.348.212,90	28.159,00	2.376.371,90
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	112	100,16	10	132,53	0	147,57	4.578.275,30	48.272,60	4.626.547,90
APSP Rosa dei Venti di BORGO CHIESE	65	100,16	0	132,53	0	147,57	2.376.296,00	28.159,00	2.404.455,00
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	62	100,16	5	132,53	0	147,57	2.508.488,10	28.159,00	2.536.647,10
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	46	100,16	15	132,53	0	147,57	2.407.288,20	28.159,00	2.435.447,20
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	101	100,16	0	132,53	10	147,57	4.231.028,90	28.159,00	4.259.187,90
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	56	102,25	0	134,62	0	149,66	2.089.990,00	20.113,60	2.110.103,60
RSA Regina Srl di ARCO	59	99,16	0	131,53	0	146,57	2.135.410,60	20.113,60	2.155.524,20
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	120	100,16	0	132,53	12	147,57	5.033.364,60	48.272,60	5.081.637,20
APSP G. Cis di LEDRO	58	102,25	0	134,62	0	149,66	2.164.632,50	20.113,60	2.184.746,10
APSP Residenza Molino di DRO	58	102,25	0	134,62	0	149,66	2.164.632,50	20.113,60	2.184.746,10
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	85	100,16	15	132,53	0	147,57	3.833.065,80	28.159,00	3.861.224,80
APSP U. Campagnola di AVIO	64	100,16	0	132,53	0	147,57	2.339.737,60	28.159,00	2.367.896,60
APSP U. Campagnola di AVIO - Casa della comunità di ALA	20	110,27	0	142,64	0	157,68	804.971,00	-	804.971,00
APSP di BRENTONICO	66	100,16	5	132,53	0	147,57	2.654.721,70	28.159,00	2.682.880,70
APSP Casa Laner di FOLGARIA	60	100,16	0	132,53	0	147,57	2.193.504,00	20.113,60	2.213.617,60
APSP C. Benedetti di MORI	76	100,16	5	132,53	2	147,57	3.128.031,80	28.159,00	3.156.190,80
APSP Opera Romani di NOMI	88	100,16	0	132,53	0	147,57	3.217.139,20	28.159,00	3.245.298,20
APSP Opera Romani di NOMI - RSA di VOLANO	75	100,16	5	132,53	0	147,57	2.983.747,30	28.159,00	3.011.906,30
APSP C. Vannetti - RSA Vannetti di ROVERETO	36	100,16	0	132,53	24	147,57	2.608.815,60	20.113,60	2.628.929,20
APSP C. Vannetti - Casa Albergo Vinotti di NOMI	49	105,84	0	138,21	0	153,25	1.892.948,40	20.113,60	1.913.062,00
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO di ROVERETO	52	100,16	20	132,53	0	147,57	2.868.505,80	28.159,00	2.896.664,80
APSP C. Vannetti – RSA Fontana di ROVERETO	90	100,16	0	132,53	0	147,57	3.290.256,00	28.159,00	3.318.415,00
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA di ROVERETO	98	97,07	0	129,44	0	144,48	3.472.193,90	28.159,00	3.500.352,90
SPES scarl – RSA SOLATRIX di ROVERETO	60	99,16	0	131,53	0	146,57	2.171.604,00	20.113,60	2.191.717,60
APSP don G. Cumer di VALLARSA	35	115,00	0	147,37	0	162,41	1.469.125,00	20.113,60	1.489.238,60
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	60	102,25	0	134,62	0	149,66	2.239.275,00	20.113,60	2.259.388,60
TOTALE	**4.291**		**210**		**155**		**175.716.293,30**	**1.613.109,20**	**177.329.402,50**

ALTRI ACCANTONAMENTI/FINANZIAMENTI	
FINANZ. AGG. FKT	180.000,00
ACC.TO PER FINANZIAMENTO AGGIUNTIVO NAMIR E PARTICOLARI NECESSITA'	700.000,00
ACC.TO PER POTENZIAMENTO POSTI DI SOLLIEVO	100.800,00
F.DO PER RIMBORSI SINDACALI APSP	250.000,00
SERV. DI SOLLIEVO RESIDENZIALE PRESSO CASA S. MARIA (10 PL)	196.245,90
COMUNITA' RESIDENZIALE PER RELIGIOSI (20+5PL)	394.747,50
ACC.TO PER SISTEMA AUTOMATIZ, PREPARAZIONE TERAPIE	15.000,00
ACC.TO PER NUCLEI A MINOR FABBISOGNO ASSISTENZIALE	1.300.000,00
F.DO COPERTURA ASSENZE LUNGHE MEDICO DIP. APSP	150.000,00
TOTALE	**3.286.793,40**

TOTALE FINANZIAMENTO	**180.616.195,90**

BUDGET FORNITURA BENI E SERVIZI	
FARMACI	2.135.706,30
OSSIGENO	234.050,00
MATERIALE SANITARIO	1.644.060,70
ASSISTENZA SPECIALISTICA	603.074,00
TOTALE BUDGET FORNITURA	**4.616.891,00**

SPESA COMPLESSIVA	**185.233.086,90**

TABELLA F

NUMERO DI TIROCINANTI IN FORMAZIONE ANNO 2026

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	16
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	16
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	28
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	24
APSP Civica di Trento – RSA Gabbiolo di TRENTO	12
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	16
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	44
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	16
APSP S. Maria di CLES	31
Coop. Stella Montis di FONDO	13
APSP Anaunia di PREDAIA	12
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
RSA Regina Srl 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	22
APSP U. Campagnola di AVIO	14
APSP U. Campagnola di AVIO - Casa della comunità di ALA	4
APSP di BRENTONICO	16
APSP Casa Laner di FOLGARIA	13
APSP C. Benedetti di MORI	18
APSP Opera Romani di NOMI	20
APSP Opera Romani di Nomi - RSA di VOLANO	18
APSP C. Vannetti - RSA Vannetti di ROVERETO	13
APSP C. Vannetti - Casa Albergo Vinotti di NOMI	11
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO di ROVERETO	16
APSP C. Vannetti – RSA Fontana di ROVERETO	20
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA di ROVERETO	22
SPES scarl – RSA SOLATRIX di ROVERETO	13
APSP don G. Cumer di VALLARSA	8
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	13
TOTALE	**1.031**

ACCORDO DI CONTITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE E ASSISTENZIALI CON LE RSA E/O I CENTRI DIURNI ACCREDITATI CON IL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE
(art. 26 del Regolamento UE 2016/679)

TRA

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

E

I soggetti giuridici gestori di Residenze Sanitarie Assistenziali con sede territoriale (RSA) e/o di Centri Diurni anziani (CD) del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) (di seguito, "Struttura" o anche "Contitolare") come individuate dalle Direttive provinciali anno 2026 di seguito congiuntamente "Parti" o anche "Contitolari"

PREMESSO CHE:

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

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Art. 1 - Oggetto

1. Con il presente accordo (di seguito "Accordo") le Parti determinano congiuntamente le finalità e mezzi del trattamento, nonché le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dal vigente assetto normativo con particolare riguardo all'esercizio dei diritti dell'interessato, e le rispettive funzioni di comunicazione delle informazioni di cui agli articoli 13 e 14.

2. La Contitolarità di cui al presente Accordo è riferita al trattamento dei dati personali svolto nell'ambito della Convenzione, sia con modalità analogiche che con strumenti informatizzati, con l'esclusione di ciò che è gestito nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico in base al consenso rilasciato dall'interessato e di ciò che è gestito per finalità amministrative in adempimento degli obblighi istituzionali, in conformità alle disposizioni di legge e regolamento, in particolare ai sensi dell'art. 2 sexies del D.lgs. 196/2003.
3. Con il presente Accordo sono inoltre stabiliti gli obblighi delle Parti in merito all'esercizio dei diritti degli interessati.

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

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

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

Art. 3 – Ripartizione dei ruoli e dei compiti

1. Ogni Contitolare si assume, per la parte di propria competenza, l'onere di trattare i dati personali secondo le norme vigenti, le modalità di conservazione e le disposizioni inerenti agli incidenti di sicurezza informatica e attraverso l'utilizzo di strumenti informatici conformi ai requisiti tecnico-organizzativi vigenti, nonché tramite proprio personale, debitamente informato e istruito ex art. 32 del Regolamento, condividendo percorsi formativi comuni o estendendo linee guida, disciplinari interni e policy di condotta.
2. Rispetto ai dati trattati nell'ambito della Convenzione, ciascun Contitolare nomina un Preposto, anche tenuto conto dei contenuti del primo comma art. 2-quaterdecies del Codice, al trattamento dei dati personali, individua il personale Autorizzato/Addetto al trattamento dei dati personali, nonché gli eventuali amministratori di sistema, impartendo le necessarie istruzioni per un corretto adempimento delle disposizioni alla luce della normativa applicabile.
3. Ogni Contitolare informa e forma il proprio personale interessato sulle modalità organizzative, sulle procedure operative, sulla gestione della documentazione cartacea, sull'utilizzo degli strumenti informatici e sulle funzionalità dei sistemi informativi.
4. I Contitolari si impegnano inoltre a:
   a) adottare un'informativa da rendere disponibile agli interessati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento;
   b) mettere a disposizione degli interessati il contenuto del presente Accordo, ai sensi dell'art. 26, par. 2 del Regolamento, attraverso richiesta da inviare a una delle parti ai contatti previsti al successivo art. 7;

c) censire, ognuna nel proprio registro dei trattamenti, se previsto, i trattamenti di dati personali per cui sono Contitolari in virtù del presente Accordo ai sensi dell'art. 30 del Regolamento;
d) effettuare – laddove necessario – una valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA), relativamente al trattamento oggetto del presente accordo, ai sensi degli articoli 35 e 36 del Regolamento. L'eventuale consultazione preventiva dell'autorità di controllo e la trasmissione dei dati necessari alla medesima sarà effettuata previo accordo tra le parti.
e) informare senza ritardo l'altra parte, anche attraverso i rispettivi Responsabili della Protezione dei Dati personali (di seguito "RPD"), di eventuali comunicazioni, ispezioni e/o contestazioni del Garante con riferimento ai trattamenti oggetto della Convenzione, nonché in caso di reclamo o esercizio del diritto dei diritti ex artt. 15 e segg. GDPR;
f) condividere vicendevolmente e senza indugio, anche per il tramite dei rispettivi RPD, ogni violazione ai dati trattati nell'ambito dell'Accordo, inclusi gli eventuali incidenti di sicurezza rilevati, concordando nel più breve tempo possibile, e comunque entro i termini e modi previsti dalla normativa, i contenuti dell'eventuale notifica al Garante e agli interessati ai sensi degli artt. 33 e 34 del Regolamento; la comunicazione all'interessato in caso di una violazione dei dati personali sarà effettuata dalla parte che avrà materialmente subito il data breach.

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

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

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

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

Art. 4 – Obblighi relativi alla sicurezza dei dati personali

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

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

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

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

5. In particolare, i Contitolari si impegnano:

a) a rispettare il principio di necessità riducendo al minimo l'utilizzazione di dati personali e identificativi in modo da escludere il trattamento quando le finalità perseguite possono essere realizzate mediante dati anonimi o modalità che consentano di identificare l'interessato solo se necessario; rispettare i principi di "privacy by design" e "privacy by default" - evitare di fare copie, estrazioni, duplicazioni, anche parziali per ragioni non attinenti alle finalità del trattamento di cui in premessa, documentare le predette operazioni di sicurezza e, in caso di richiesta, esibire a ciascun contitolare ogni documento a supporto;
b) a non comunicare a soggetti non autorizzati né a diffondere dati personali e informazioni di carattere strettamente riservato che riguardano la dotazione tecnologica e/o le modalità organizzative e procedurali di cui venissero a conoscenza nei rapporti con gli altri Contitolari;
c) ad agevolare verifiche reciproche di adeguatezza delle strumentazioni e delle metodologie di trattamento e trasmissione, solo dei dati previsti riferiti alla Convenzione. Nello specifico sono garantite ed accettate in modo reciproco azioni di controllo e di audit al fine di verificare il rispetto delle misure di sicurezza minime ed idonee in accordo con quanto stabilito dalla normativa applicabile, nonché il rispetto delle disposizioni contenute nel presente Accordo;
d) ad informare, formare ed aggiornare costantemente il proprio personale sugli aspetti connessi alla sicurezza del trattamento dei dati.

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

Art. 5 – Responsabilità dei Contitolari

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

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

Art. 6 – Responsabile del trattamento dei dati

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

2. La nomina del responsabile al trattamento può avvenire con atto giuridico congiunto dei Contitolari oppure con atto giuridico di uno dei Contitolari, che dovrà comunicarne gli estremi agli altri Contitolari per opportuna conoscenza con un preavviso di almeno 7 giorni o, nel caso di rapporto in essere al momento della stipula del presente atto, entro i 7 giorni successivi alla stessa. Nel caso di designazione non congiunta, il contitolare che nomina il Responsabile ha l'onere e la responsabilità di verificare l'adeguatezza delle misure tecniche ed organizzative adottate dal medesimo, assumendosi in via esclusiva eventuali conseguenze pregiudizievoli derivanti dalla condotta del Responsabile stesso.
3. I Contitolari si impegnano a limitare gli ambiti di circolazione e trattamento dei dati personali (es. memorizzazione, archiviazione e conservazione dei dati sui propri server o in cloud) ai Paesi facenti parte dell'Unione Europea, con espresso divieto di trasferirli in paesi extra UE che non garantiscano (o in assenza di) un livello adeguato di tutela, ovvero in assenza di strumenti di tutela previsti dal GDPR (Paese terzo giudicato adeguato dalla Commissione europea, BCR di gruppo, clausole contrattuali modello, etc.). Il contitolare, pertanto, non potrà trasferire o effettuare il trattamento dei dati personali oggetto del presente accordo al di fuori dell'Unione Europea.

Art. 7 - Diritti degli interessati

1. Gli interessati possono richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione qualora li ritengano inesatti o incompleti, nonché la loro cancellazione, ove quest'ultima non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con l'eventuale necessità di consentire l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.
2. Gli interessati, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, hanno altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità nazionale di controllo in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.
3. Per l'esercizio di tali diritti i punti di contatto sono i seguenti:
   - per APSS: ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 - fax 0461/904170 – indirizzo di posta elettronica urp@apss.tn.it;
   - per la Struttura: i riferimenti indicati nell'allegato alle direttive provinciali RSA e Centri Diurni anno 2026;
4. I riferimenti dei Responsabili della protezione dei dati (RPD), a cui l'interessato può rivolgersi per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali, sono i seguenti:
   - per APSS: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, indirizzo di posta elettronica ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it;
   - per la Struttura: i riferimenti indicati nell'allegato alle direttive provinciali RSA e Centri Diurni anno 2026;
5. Resta inteso che, ai sensi dell'art. 26, par. 3, del Regolamento, indipendentemente dalle disposizioni del presente Accordo, l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti di ciascun Contitolare.

Art. 8 - Segretezza e confidenzialità

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

Art. 9 – Foro Competente

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

Art. 10 - Corrispettivi

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

Art. 11 – Durata

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

Art. 12 - Disposizioni conclusive

1. Eventuali modifiche al presente Accordo dovranno essere apportate previa intesa scritta tra le Parti.
2. Le Parti hanno letto e compreso il contenuto del presente Accordo e con la formale adesione allo stesso esprimono pienamente il loro consenso.

***

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

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

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

ALLEGATO 2

MODELLO NUCLEO RSA A MINOR FABBISOGNO ASSISTENZIALE

Premessa

L'analisi condotta nel 2024 sulla composizione dell'elenco dinamico per gli ingressi in RSA, sui *turnover* e sulle valutazioni UVM ha fatto emergere che una significativa quota di persone in attesa di un posto in RSA presenta punteggi medio-bassi che ne rendono improbabile l'inserimento. Tuttavia, a causa della compromessa autosufficienza e di un contesto socio-familiare fragile, per questi utenti risulta impossibile la permanenza al domicilio.

Per far fronte a questa criticità la Giunta provinciale, con deliberazione n. 2253/2024 ha ritenuto opportuno integrare la filiera assistenziale, introducendo una nuova tipologia di residenzialità protetta, a minor fabbisogno assistenziale, in grado di accogliere persone anziane parzialmente non autosufficienti da attivare prioritariamente nei territori con un'offerta di posti letto RSA convenzionati inferiore, in relazione alla popolazione ≥ 75 anni.

A tal fine, con il medesimo provvedimento, è stato stabilito di istituire un gruppo di lavoro con rappresentanti dell'Azienda, Spazio Argento, UPIPA e Consolida, coordinato dalla struttura provinciale competente in materia con il compito di definire le caratteristiche di tale tipologia di servizio e il profilo di residente potenziale beneficiario.

Il modello, di seguito illustrato, tiene conto degli esiti del lavoro del gruppo e sarà sperimentato per due anni in alcune RSA e monitorato da uno specifico team con referenti di Azienda ed enti gestori. Gli esiti del monitoraggio saranno illustrati al gruppo di lavoro dopo un anno di attività e al termine del periodo di sperimentazione.

1. DIMENSIONAMENTO

Nella fase sperimentale il nuovo *setting* è attivato all'interno delle RSA in nuclei di almeno 5 posti letto e collocati in spazi specifici e distinti, e progressivamente con almeno 10 posti e non sono previsti posti di sollievo ex punto 13, parte I delle Direttive RSA.

2. AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DEI POSTI LETTO

Nel percorso autorizzativo e di accreditamento i posti letto RSA a minor fabbisogno assistenziale sono una tipologia distinta da quella dei posti letto base e si differenziano da questi per quanto riguarda il parametro di personale.

3. REQUISITI DI ELEGGIBILITA'

I posti letto sono destinati a persone valutate in UVM con un punteggio da quadro sinottico compreso tra 40 e 55. Sono persone fragili che hanno una debole rete sociale: non autosufficienti nelle IADL, ma autonome nelle attività basilari.
Non sono eleggibili persone con disturbi del comportamento.
Le persone valutate eleggibili sono inserite in un elenco dinamico specifico, distinto da quello della RSA.

4. PAI E RIVALUTAZIONE DEL RESIDENTE

La struttura, entro 21 giorni dall'ingresso, elabora il primo PAI e ne trasmette copia all'UVM.
La RSA rivaluta il residente ogni 6 mesi o al bisogno. Il medico della RSA attiva l'UVM qualora ritenga necessaria una rivalutazione per inserimento nell'elenco dinamico RSA. Non sono previste priorità nella rivalutazione. Il residente rimane nel posto letto a minor fabbisogno assistenziale in attesa che la sua posizione nell'elenco dinamico gli permetta di ottenere il posto letto RSA.
È possibile la mobilità interna tra il nucleo a minor intensità assistenziale e la RSA ordinaria. Tale scambio, subordinato alla valutazione dell'équipe della struttura, avviene qualora si riscontri un peggioramento nel residente del nucleo a minor fabbisogno e un contestuale miglioramento in un residente della RSA ordinaria. La variazione di setting deve essere tempestivamente notificata all'UVM di riferimento, la quale si riserva la facoltà di procedere a una rivalutazione del caso.
La RSA per le rivalutazioni utilizza:

1. la scala *Mini Mental State Examination* (MMSE) per la valutazione cognitiva
2. l'indice *Barthel* per la valutazione della dimensione motoria e dell'autonomia nelle ADL, utilizzando le scale contenute nella SVM.

5. PARAMETRO DI PERSONALE

- Medico (incluso coordinamento): 10 minuti sett/pl. Come per la RSA all'ingresso viene sospesa la scelta del medico (art. 19, comma 2 della L.P. n. 6/98);
- Assistenza infermieristica: almeno un'ora in orario diurno ogni 5 pl per 7 giorni su 7;
- Assistenza generica: 1 OSS ogni 3,5 pl;
- Animazione e assistenza riabilitativa: 1 operatore ogni 15 pl. Il parametro viene considerato in modo unitario e può essere coperto con personale di area socio educativa e riabilitativa, da realizzarsi in modo flessibile tra le diverse figure professionali a seconda della disponibilità e della necessità, considerando tale servizio attivo solo nelle fasce orarie giornaliere 5 giorni alla settimana esclusi i festivi;
- Psicologo: 2,5 ore/quadrimestre ogni 5 pl
- Coordinamento dei servizi: 15 minuti sett./pl. Il monte ore aggiuntivo viene attribuito di volta in volta all'infermiere o a una delle figure professionale dell'area socio educativa e riabilitativa.

In considerazione del *setting* assistenziale e del dimensionamento dei nuclei, l'assistenza notturna è garantita attraverso la reperibilità al bisogno che può essere realizzata anche tramite il servizio di presidio notturno della RSA. Nella tariffa è previsto un importo a copertura della reperibilità notturna.

6. TARIFFA SANITARIA

La tariffa sanitaria giornaliera è di euro 53,77 a posto letto ed è riconosciuta in base all'effettiva occupazione.

7. FORNITURA BENI E SERVIZI

Alle RSA sono forniti direttamente dall'Azienda i farmaci, l'ossigeno, il materiale sanitario e l'assistenza medica specialistica nei valori previsti per i posti letto base RSA.

8. RETTA ALBERGHIERA

La retta alberghiera è quella applicata dalla RSA per i posti letto base.

9. MONITORAGGIO FASE SPERIMENTALE

Per il monitoraggio è costituito un team, coordinato dall'Unità Operativa complessa Supporto clinico organizzativo RSA (UO SCO-RSA), con referenti dell'Azienda e degli enti gestori coinvolti nella sperimentazione.
Per monitorare l'andamento del progetto le RSA presentano all'UO SCO-RSA una relazione semestrale (da predisporre entro il mese successivo alla fine del semestre), che sarà oggetto di analisi da parte del team, contenente le informazioni di seguito riportate.
L'UO SCO-RSA predispone un report di sintesi da inviare al Servizio competente.

Per ciascun residente del nucleo vanno raccolti i seguenti dati:

- caratteristiche del residente (età all'ingresso, genere, stato civile, senza figli/con più di un figlio, titolo di studio e anni di scolarità)
- provenienza (domicilio, RSA, ospedale, altro …)
- punteggio quadro sinottico scorporato in "totale sanitario", "totale sociale" e "alternative alla istituzionalizzazione"
- data di ingresso
- data di dimissione
- causa dimissione (rientro al domicilio, ricovero in ospedale, trasferimento in RSA, decesso, altro)
- n. farmaci
- n. ricoveri in PS
- n. ricoveri in ospedale
- scale di valutazione cognitivo funzionale ogni 6 mesi (MMSE, indice di *Barthel* ADL, indice di *Barthel* Mobilità)
- quantificazione attività di animazione e/o riabilitazione eseguita/non eseguita per criterio temporale

Nel corso della sperimentazione il team può individuare ulteriori informazioni utili al monitoraggio.