PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. . . . Prot. n.

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

Trattato nella seduta di Giunta Provinciale del . . . . . .

sotto la presidenza del

	PRESIDENTE	**MAURIZIO FUGATTI**
Presenti:	VICEPRESIDENTE	**MARIO TONINA**
	ASSESSORE	**MIRKO BISESTI**
		ROBERTO FAILONI
		MATTIA GOTTARDI
		STEFANIA SEGNANA
		ACHILLE SPINELLI
		GIULIA ZANOTELLI
Assiste:	IL DIRIGENTE	**LUCA COMPER**
Relatore:	**STEFANIA SEGNANA**	

La Relatrice comunica,

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

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

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

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

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

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

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

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

- nel corso del 2021, verrà introdotta nel sistema RSA la figura del direttore sanitario (nel testo sono individuati i requisiti e le funzioni) e maggiormente qualificata l'assistenza medica;

- definizione della funzione dedicata in APSS di supporto alle RSA che avrà anche il compito di coordinare i gruppi di lavoro previsti nelle Direttive RSA anno 2020, ma non attivati a causa della pandemia;

- nel corso del 2021, è prevista l'introduzione, nei parametri assistenziali, della figura dello psicologo a supporto dell'equipe RSA;

- è prevista l'attivazione di un sistema di sorveglianza attiva e di monitoraggio clinico nelle RSA;

- in attesa della revisione del modello di gestione dei nuclei per demenza, e valutate le richieste pervenute, vengono convertiti 15 posti letto base in posti letto di nucleo demenza grave nelle seguenti strutture:
  - RSA di Pinzolo: potenziamento del nucleo (da 5 a 10 posti letto);
  - RSA di Lavis: potenziamento del nucleo (da 5 a 10 posti letto);
  - RSA di Borgo Valsugana: riconoscimento di 5 posti letto;

- è sospeso il convenzionamento dei posti letto RSA a sede ospedaliera, stante l'emergenza Covid e le contrattazioni bilaterali intercorse con i rispettivi enti gestori;

- vengono prorogate fino al 31 marzo 2021, e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, le modalità di finanziamento previste nella deliberazione provinciale n. 520/2020.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tutto ciò premesso,

LA GIUNTA PROVINCIALE

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

d e l i b e r a

1. di approvare - per le motivazioni indicate in premessa - le "*Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenza Sanitarie Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale per l'anno 2021 e relativo finanziamento*", di cui all'Allegato 1);

2. di dare atto che il finanziamento per l'anno 2021 è stato determinato con riferimento al numero, alla tipologia di posti letto, alle tariffe, come definito nelle allegate direttive, di cui alla tabella E) parte seconda dell'Allegato 1);

3. di stabilire che la dotazione di personale, che ciascuna RSA deve garantire per l'anno 2021, è quella risultante dalla tabella C) parte seconda dell'Allegato 1);

4. di dare atto che al fabbisogno di spesa derivante dalla presente deliberazione, previsto in complessivi Euro 137.190.802,30, APSS fa fronte con le risorse previste nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2110 del 14 dicembre 2020, del Riparto del Fondo sanitario provinciale dell'anno 2021, secondo le modalità indicate in premessa;

5. di dare atto che le presenti direttive sostituiscono integralmente, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le precedenti direttive provinciali che disciplinavano l'assistenza a favore delle persone non autosufficienti in RSA;

6. di prorogare, fino al 31 marzo 2021, e comunque fino a diversa indicazione da parte della Giunta provinciale, le modalità di finanziamento disciplinate nella deliberazione provinciale n. 520/2020;

-

7. di dare atto che, come disciplinato nelle precedenti direttive, costituisce accordo negoziale, ai sensi della normativa vigente (D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni), la formale accettazione delle direttive di cui al precedente punto 1), attraverso la comunicazione in tal senso da parte delle RSA ad APSS, per il tramite dell'articolazione di riferimento del Servizio amministrazione territoriale da rendersi entro il 15 gennaio 2021. In allegato le RSA devono trasmettere una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante che gli ospiti occupanti i diversi tipi di posti letto sono quelli presenti in Atlante al 1° gennaio 2021. Quanto non espressamente disciplinato dal presente provvedimento sarà definito da APSS d'intesa con i rappresentanti degli enti gestori;

8. di dare atto che, per le motivazioni espresse in premessa, costituisce accordo di contitolarità nella gestione dei dati degli utenti, ai sensi del nuovo Regolamento Ue 2016/679 (GDPR), la formale accettazione del modello di cui all'allegato G) delle direttive richiamate al punto 1, da rendersi, entro il 15 gennaio 2021, con comunicazione da parte degli enti gestori ad APSS, anche utilizzando la medesima comunicazione di cui al precedente punto 7;

9. di disporre che APSS e gli enti gestori di RSA adottino i conseguenti provvedimenti necessari all'attuazione delle direttive di cui al punto 1);

10. di prorogare la sospensione, fino a nuove disposizioni, del rilascio di nuove impegnative di spesa per l'inserimento di persone residenti in provincia di Trento in RSA extraprovinciali;

11. di dare mandato ad APSS di sottoscrivere anche nel 2021 un contratto con Casa Santa Maria dell'Altopiano della Vigolana per il convenzionamento di 10 posti letto di servizio residenziale RSA di sollievo a minore intensità assistenziale per una tariffa di Euro 42,50 (IVA inclusa);

12. di stabilire che l'ente gestore del servizio residenziale di sollievo a minor intensità assistenziale rispetti i limiti per la definizione della retta alberghiera previsti al punto 5 parte seconda dell'Allegato 1);

13. di dare mandato ad APSS di sottoscrivere anche nel 2021 un contratto con gli enti gestori delle comunità residenziali per religiosi presso la Casa del Clero di Trento e la Residenza Sacro Cuore di Bolognano d'Arco per rispettivi 20 e 5 posti letto, per una tariffa giornaliera di Euro 35,00 (oneri fiscali inclusi);

14. di stabilire che per tutta la durata del ricovero nei posti letto di cui al precedente punto 13. è sospesa la scelta del medico di medicina generale e la correlata quota capitaria prevista dall'Accordo collettivo vigente, in analogia con quanto stabilito per i posti letto RSA convenzionate;

15. di dare atto che la tariffa a carico di APSS, unitamente all'eventuale esenzione dall'IRAP, costituisce corrispettivo per le prestazioni rese dalle strutture; l'eventuale parte di esenzione IRAP riconducibile ad attività rese in regime privatistico sarà recuperata nel corso dell'esercizio 2022 con modalità che saranno definite successivamente;

16. di assegnare all'Azienda e di impegnare l'importo di Euro 10.000.000,00 al capitolo 442000 dell'esercizio finanziario 2020, tali risorse dovranno essere accantonate sul bilancio dell'Azienda in apposito fondo in attesa di successive direttive provinciali sulle procedure di trasferimento delle medesime alle RSA. La presente assegnazione è da considerarsi fuori dal Riparto del finanziamento SSP 2020 da ultimo integrato con deliberazione n. 2012/2020;

17. di rimandare a successivo provvedimento la determinazione dei criteri, modalità e termini per l'applicazione il contributo straordinario agli enti gestori di RSA di cui al punto precedente;

18. di approvare, per le motivazioni di cui in premessa, le Linee Guida alle RSA – versione 4, allegate al presente provvedimento (Allegato 2);

19. di ratificare, per i motivi di cui in premessa, le determinazioni del Dirigente Generale del Dipartimento Salute e politiche sociali n. 216 del 12 novembre 2020, n. 227 del 25 novembre 2020 e n. 228 del 25 novembre 2020, confermandone i contenuti;

20. di prorogare al 31 marzo 2021 la funzione Covid delle RSA indicate in premessa, tenuto conto dell'andamento della pandemia;

21. di dare atto che alla spesa derivante dalle strutture di cui ai punti 19. e 20. APSS fa fronte con le risorse previste nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2110 del 14 dicembre 2020, del Riparto del Fondo sanitario provinciale dell'anno 2021, secondo le modalità indicate in premessa;

22. di comunicare l'adozione del presente atto ad APSS, agli enti gestori di RSA, alle Comunità, a UPIPA e Consolida;

23. di dare mandato al Dipartimento salute e politiche sociali di convocare il consiglio dei sanitari per illustrare le direttive relative alle RSA, come previsto nell'ordine del giorno n. 190, approvato dal Consiglio provinciale nella seduta del 28 luglio 2020;

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

Elenco degli allegati parte integrante

001 Allegato 1

002 Allegato 2

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

PREMESSA pag. 3

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

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

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

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

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

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

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2021

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2021

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2021

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2021

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2021

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

PREMESSA

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

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

Nel 2020, per fronteggiare l'emergenza, la Provincia ha attivato una task force dedicata con personale sanitario dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari (d'ora in poi denominata Azienda) e attivato diverse strutture a supporto del sistema[1]:
- le "RSA Covid", dove trasferire le persone positive, provenienti da RSA, che richiedono cure temporanee a basso impegno sanitario;
- le RSA di transito, utilizzate come struttura filtro prima dell'ingresso in RSA, dove trascorrere un periodo di quarantena per i nuovi ingressi di persone provenienti dal domicilio;
- la RSA di sollievo, struttura attivata a seguito della sospensione degli accessi, per periodi di sollievo nelle RSA.

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

Nelle Linee Guida alle RSA[2] (di seguito LG RSA), allegate alla deliberazione che approva queste direttive, sono indicate nello specifico una serie di misure e di modalità operative che gli enti gestori sono tenuti a mettere in atto per minimizzare il rischio di infezione da Sars-coV-2.
Queste misure di carattere organizzativo nei residenti e negli operatori sono state riprese nel Piano Covid di ciascuna struttura[3].

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

---

[1] Ad oggi le attività di RSA di transito e di sollievo sono sospese perchè la situazione epidemiologica ha reso necessario la loro conversione in RSA Covid.
Con la deliberazione di approvazione delle presenti direttive sono state prorogate fino al 31 marzo 2021 le funzioni di RSA Covid, salvo diverse disposizioni legate all'andamento della pandemia. Nei diversi provvedimenti di istituzione sono riportate le rispettive modalità di finanziamento.

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

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

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

come nodo essenziale della rete, sul quale in questi anni si è fortemente investito per assicurare interventi sanitari e assistenziali sempre più sicuri, appropriati e rispondenti alla necessità di assicurare benessere e qualità di vita del massimo livello possibile, compatibile con una situazione di residenzialità, ma che oggi richiede un ripensamento a partire dalla gestione sanitaria.
Già con la modifica introdotta con la legge provinciale di assestamento n. 6 del 6 agosto 2020[5], sono state poste le basi per qualificare l'esercizio delle funzioni di direzione sanitaria e di assistenza medica in RSA, prevedendo l'individuazione di figure mediche dedicate, in possesso di specifici requisiti di professionalità e incardinate sul territorio per ambiti omogenei o distrettuali.

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

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

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

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

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

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

Nei gruppi di lavoro dovranno essere coinvolti rappresentanti dell'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA[6]), Consolida[7]e altri enti/istituzioni di volta in volta interessati all'argomento.

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

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

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

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

[6] Upipa è l'associazione rappresentativa delle APSP riconosciuta ai sensi degli artt. 23 e 24 della L.R. 7/2005.
[7] Consolida è il consorzio delle cooperative sociali trentine.

PARTE PRIMA

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

1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE

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

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

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

2. MISSION E VISION DELLE RSA

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

Valutativa Multidisciplinare (UVM) propone alla persona e alla famiglia una progettualità residenziale quando valuta che è la risposta più appropriata ai bisogni e quindi quando non siano presenti o attivabili altre progettualità territoriali.
Le RSA, garantiscono una presa in carico globale e personalizzata dei bisogni della persona e organizzano servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, graduando l'intensità assistenziale ai bisogni della persona.

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

Le RSA perseguono le seguenti finalità:

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

3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA

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

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

Tra le aree di miglioramento da perseguire si segnala in particolare la promozione del superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche attraverso strategie organizzative e formative strutturate e specifici progetti di miglioramento e azioni di prevenzione, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antimicrobico resistenza (da perseguire mediante l'adesione alle iniziative di sorveglianza e implementazione di buone pratiche promosse a livello provinciale) e la valutazione della qualità della vita e del grado di umanizzazione dell'assistenza, da realizzare anche con modalità partecipate e strumenti/indicatori validati.
Per quanto attiene alla gestione delle terapie farmacologiche si rimanda al paragrafo 7.7.

4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA

6.1 Funzione di coordinamento sanitario

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

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

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

Le principali funzioni del coordinatore sanitario sono:

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

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

Inoltre cura:

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

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

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

6.2 *Funzione di Direzione sanitaria*

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

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

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

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

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

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

oppure (in alternativa alla specializzazione)

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

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

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

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

6.3 Funzione di coordinamento dei servizi

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

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

Le principali funzioni del coordinatore dei servizi sono:

- promuovere le condizioni organizzative per garantire la massima integrazione tra gli operatori dell'équipe multidisciplinare, il coordinamento delle attività assistenziali e l'organizzazione della vita dei residenti, tenendo conto dei ritmi abituali di vita nelle attività quotidiane;
- promuovere, in integrazione con il coordinatore sanitario, l'adozione di modelli organizzativi dell'assistenza e della vita nella RSA centrati sul residente, che garantiscano la partecipazione della persona e la personalizzazione delle cure;
- favorire, in integrazione con il coordinatore sanitario, l'adozione e la diffusione, di linee guida clinico-assistenziali validate per assicurare l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- promuovere l'elaborazione di strumenti specifici (procedure, linee di indirizzo, ecc.) e l'attivazione di azioni organizzative (riunioni, formazione sul campo, audit clinici/organizzativi, ecc.) per orientare le pratiche assistenziali di tutto il personale, anche attivando sistemi di monitoraggio specifici per l'adozione delle misure previste per il superamento della contenzione 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 ed attivare il miglioramento continuo;
- costituire un riferimento per l'UVM.

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

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

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

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

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

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

La presa in carico globale e personalizzata della persona accolta in RSA è definita in un progetto terapeutico-assistenziale-riabilitativo elaborato sulla base dei bisogni valutati con strumenti multidimensionali e con un approccio multidisciplinare al momento dell'accesso e periodicamente. Nella definizione del progetto assistenziale è garantito l'apporto della persona sia nella valutazione dei bisogni sia nella espressione delle proprie abitudini e preferenze nella organizzazione della vita quotidiana nella struttura di accoglienza. Fondamentale è anche il ruolo della famiglia per supportare la persona nell'espressione dei propri bisogni.
Le RSA organizzano i servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, graduando l'intensità assistenziale ai bisogni della persona e garantiscono che ai residenti delle RSA vengano assicurate le seguenti prestazioni sanitarie e assistenziali a rilievo sanitario nelle modalità di seguito indicate, componendo le stesse in una progettualità personalizzata:

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

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

7.1 Assistenza medica

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

Le principali funzioni sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRIME INDICAZIONI PER LA QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA

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

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

oppure (in alternativa alla specializzazione)

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

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

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

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

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

7.2 Assistenza medica specialistica

L'Azienda, attraverso i Servizi territoriali – UO Cure Primarie, assicura l'assistenza specialistica in favore dei residenti in relazione alle specialità prescritte dal medico della struttura in base alle necessità e ai piani di assistenza individuali, nelle quantità massime indicate per ciascuna RSA nell'allegata tabella D), parte seconda.
Per le persone ambulabili il medico della RSA può richiedere visite specialistiche in ambulatorio dell'Azienda in base all'urgenza, apponendo sulla ricetta il codice RAO che caratterizza la priorità di accesso. Al momento della visita deve essere resa disponibile al medico specialista una scheda riassuntiva con le informazioni cliniche aggiornate pertinenti con il quesito diagnostico posto e l'elenco dei farmaci assunti dal residente. Per i residenti gravi non ambulabili o non trasportabili, è previsto l'accesso in RSA di specialisti ambulatoriali, la RSA deve mettere a disposizione degli specialisti la documentazione clinica del residente.

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

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

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

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

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

7.3 Assistenza infermieristica

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

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

Le aree di miglioramento da perseguire in modo particolare sono:

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

Inoltre si richiamano alcune funzioni da garantire:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se la RSA eroga prestazioni infermieristiche ambulatoriali (punto prelievi), il parametro relativo al personale infermieristico va integrato con unità aggiuntive in base agli accordi convenzionali o comunque al tempo dedicato dalla risorsa all'attività per esterni.
Nel caso di altre prestazioni per esterni non convenzionate le stesse devono essere assicurate con personale aggiuntivo.

7.4 Assistenza riabilitativa

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

Le prestazioni di assistenza riabilitativa fisioterapica sono individuabili in:

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

Vengono altresì ricompresi tra le attività di riabilitazione:

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

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

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

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

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

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

7.5 Assistenza generica alla persona

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

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

Le RSA devono comunque progressivamente avvalersi di personale OSS in ragione della complessità dei residenti accolti.
Tutto il personale di assistenza deve essere coinvolto:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.6 Attività di animazione e di promozione sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per le persone che non beneficiano del finanziamento a carico del SSP e per le persone autosufficienti la fornitura dei farmaci viene assicurata ricorrendo all'assistenza farmaceutica convenzionata territoriale.
Il personale medico della RSA utilizza il ricettario del SSP, in dotazione specifica ed esclusiva, per l'assistenza farmaceutica alle persone non autosufficienti, limitatamente alle prescrizioni di medicinali a base di sostanze stupefacenti e psicotrope. Il medesimo ricettario può essere utilizzato anche per la prescrizione di attività specialistica.

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

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

7.8 Trasporti sanitari

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

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

8. FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

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

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

9. RUOLO DEI FAMILIARI NELLE RSA

Tenuto conto che nella popolazione fragile e in larga misura cognitivamente compromessa residente nelle RSA, la riduzione delle interazioni sociali e l'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/caregiver la continuità della relazione e del sostegno affettivo al residente.
Entro fine febbraio le RSA dovranno produrre una relazione sulle misure adottate e sulle modalità per verificarne la ricaduta, anche in termini di efficacia e di percezione da parte dei familiari.

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

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

10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

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

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

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

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

11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE

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

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

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

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

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

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

I nuclei devono rispondere a precisi progetti orientati a garantire:

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

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

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

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

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

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

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

Resta inteso che alla RSA dotata di nucleo sanitario spetta la differenza tra l'integrazione tariffa NAMIR e l'integrazione tariffa sanitaria, e il parametro da integrare è quello riferito all'assistenza riabilitativa e psicologica.
Prima di inserire nuove persone con queste patologie, le UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie dovranno dare comunicazione all'Azienda, al fine di verificare il rispetto del tetto di finanziamento disponibile. Analogamente, nel momento in cui la persona accolta venisse dimessa, le UVM del Servizio territoriale

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

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

13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO

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

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

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

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

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

14. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. VIGILANZA SULLA RSA

15.1 *Vigilanze*

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

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

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

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

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

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

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

Vigilanza tecnico-sanitaria

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

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

1. Audit di accreditamento o rinnovo di accreditamento istituzionale

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

2. Vigilanza tecnico sanitaria con sopralluogo in struttura

Sono interessate a questa tipologia di vigilanza le RSA che hanno ottenuto nell'anno precedente valori di conformità alle check list inferiore al 65%, salvo il caso in cui siano interessate all'intervento di vigilanza di cui al punto 1.
Il sopralluogo prevede l'utilizzo di una check list costituita dai requisiti per i quali sono stati rilevati nell'ultima vigilanza i livelli di conformità più bassi. Rispetto ai processi assistenziali: gestione del dolore, qualità di vita, gestione dell'alimentazione e dalla check list integrale sulla gestione della terapia farmacologica. La finalità prevalente di questa modalità è quella di attivare, dalle strutture che lo necessitano, interventi di vigilanza e supporto ai percorsi di miglioramento della qualità più intensivi e mirati rispetto ad altre.

3. Monitoraggio senza sopralluogo in struttura

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

Le principali azioni di monitoraggio individuate sono:

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

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

<u>Vigilanza amministrativa</u>

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

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

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

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

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

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

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

15.2 *Sistema di sorveglianza attiva e di monitoraggio clinico nelle RSA*

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

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

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

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

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

Precondizioni per una ricaduta ottimale di tale infrastruttura sono:

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

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

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

Le RSA dovranno garantire:

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

16. FLUSSI INFORMATIVI

16.1 Presenze residenti

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

16.2 Elenco residenti

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

16.3 Informazione sui medici delle RSA

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

16.4 Banca dati ministeriale

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

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

16.5 Documentazione contabile

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

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

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

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

16.6 Rette alberghiere

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

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

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

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

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

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

L'attività di supervisore/tutor sarà accreditata ai fini del conseguimento dei crediti ECM. La Provincia autonoma di Trento, tramite i predetti Soggetti di formazione, potrà organizzare specifica formazione da rivolgere agli operatori supervisori del tirocinio.
Qualora i soggetti di Formazione segnalassero inadempienze da parte delle RSA, sarà cura del Servizio competente valutare quali azioni operare in termini di recupero tariffario.

18. DISPOSIZIONI VARIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARTE SECONDA

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

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

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

1. TARIFFA

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

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

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

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

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

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

La tariffa ricomprende i costi relativi a:

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

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

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

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

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

<u>assistenza medica e di coordinamento sanitario</u>:
- quota annua a posto letto base+sollievo: € 659,30
- quota annua a posto letto nucleo: € 1.318,60

<u>ausili per incontinenza</u>:
- quota annua a posto letto negoziato: € 484,46

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

2. FORNITURA BENI E SERVIZI

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

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

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

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

3. ACCANTONAMENTI E FONDI

3.1 Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo

Per potenziare il servizio di sollievo è prevista l'attivazione di posti letto in alcuni periodi dell'anno, come previsto al paragrafo 13 parte I.
A tal fine è costituito, per l'anno 2021, un accantonamento di € 84.000,00.

3.2 Accantonamento per finanziamento integrativo livello NAMIR

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

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

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

3.4 Fondo di riequilibrio

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

1. per interventi finalizzati al finanziamento di particolari necessità assistenziali individuali e certificate dall'UVM. La richiesta va presentata dai Servizi territoriali – UO Cure Primarie al Servizio competente per il tramite della Direzione sociosanitaria; la valutazione della richiesta è di competenza del Servizio competente.
   I progetti assistenziali sono definiti dall'UVM, su specifici e documentati bisogni dei residenti, che non possano essere adeguatamente soddisfatti con gli ordinari parametri di personale.
   Il progetto specifica nel dettaglio le attività dell'operatore il cui costo è sostenuto dal fondo, esplicitandone l'impegno giornaliero unicamente in favore del residente individuato.
   Le persone eleggibili sono persone con gravi problemi comportamentali. Il progetto, definito dalla UVM, ha carattere di temporaneità, fino a quando l'équipe della RSA non riesca a trovare delle soluzioni per far fronte ai bisogni assistenziali o subentrino cambiamenti nelle condizioni del residente. L'UVM definisce i tempi di rivalutazione e la durata del progetto;

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

4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI

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

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

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

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

5. LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE

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

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

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

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

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

6. RECUPERO TARIFFARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELLA A

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

Assistenza medico generica e coordinamento sanitario	Cfr direttive parte prima 6.1 – 7.1
Coordinatore dei servizi: ▪ Fino a 119 posti letto ▪ Oltre i 119 posti letto	 1 Coordinatore 2 Coordinatori
Assistenza riabilitativa: ▪ ogni 50 posti letto ▪ ogni 12 posti letto Namir	 1 Fisioterapista 1 Fisioterapista aggiuntivo
Assistenza psicologica: ▪ Ogni 4 posti letto Namir	 2,5 ore Psicologo alla settimana
Assistenza infermieristica: ▪ fino a 60 posti letto * ▪ oltre i 60 posti letto ▪ nuclei sanitario + Namir	 6 Inf. 1 Inf. ogni 10 posti letto 1 Inf. aggiuntivo ogni 10 posti letto
Attività di animazione: ▪ ogni 60 posti letto (escluse RSAO)	 1 operatore di animazione
Assistenza generica alla persona: ▪ RSA territoriale ▪ RSAO ▪ Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale	 1 OSS ogni 2,1 posti letto 1 OSS ogni 2,1 posti letto 1 OSS ogni 1,5 posti letto

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

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

TABELLA B

TIPOLOGIA POSTI LETTO NEGOZIATI ANNO 2021

R.S.A. DI	TIPOLOGIA POSTI LETTO				
	P.L. base	P.L. sollievo	P.L. nucleo dementi gravi	P.L. nucleo sanitario	totale P.L.
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	75	1	5	5	86
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	64	1	5	0	70
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	52	1	0	0	53
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	71	1	0	0	72
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di 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	54	1	5	0	60
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	66	2	0	0	68
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	82	2	20	20	124
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	105	3	0	0	108
APSP Civica di Trento – RSA 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	165	2	0	15	182
APSP M. Grazioli di POVO	150	1	10	24	185
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	71	1	0	5	77
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	71	1	0	0	72
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	52	0	10	0	62
APSP S. Maria di CLES	101	1	10	10	122
Coop. Stella Montis di FONDO	50	2	0	0	52
APSP Anaunia di PREDAIA	46	2	0	0	48
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	82	0	0	0	82
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	49	2	10	0	61
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	111	1	10	0	122
APSP Rosa dei Venti di BORGO CHIESE	64	1	0	0	65
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	62	0	5	0	67
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	49	2	10	0	61
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	101	0	0	10	111
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	56	0	0	0	56
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	58	1	0	0	59
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	119	1	0	12	132
APSP G. Cis di LEDRO	58	0	0	0	58
APSP Residenza Molino di DRO	58	0	0	0	58
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	69	2	15	0	86
APSP U. Campagnola di AVIO	64	0	0	0	64
APSP di BRENTONICO	66	0	5	0	71
APSP Casa Laner di FOLGARIA	59	1	0	0	60
APSP C. Benedetti di MORI	75	1	5	2	83
APSP Opera Romani di NOMI	162	1	5	0	168
APSP C. Vannetti di ROVERETO	155	0	20	24	199
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO - ROVERETO	70	2	0	0	72
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	97	1	0	0	98
SPES scarl – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	60	0			60
APSP don G. Cumer di VALLARSA	35	0	0	0	35
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	49	2	0	0	51
TOTALE	**4.116**	**56**	**205**	**155**	**4.532**

TABELLA C

PROSPETTO OPERATORI FINANZIATI ANNO 2021

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

TABELLA D

ORE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA - ANNO 2021

R.S.A. di	ore specialistica
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	182
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	145
APSP Valle del Vanoi di CANAL S. BOVO	106
APSP S. Giuseppe di Primiero di PRIMIERO-S. MARTINO DI CASTROZZA	144
APSP S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia di 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	125
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	136
APSP Civica di Trento – RSA S. Bartolomeo di TRENTO	288
APSP Civica di Trento – RSA Angeli Custodi di TRENTO	216
APSP Civica di Trento – RSA Gabbiolo di TRENTO	112
APSP Civica di Trento – RSA Stella del Mattino di GARDOLO	140
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	379
APSP M. Grazioli di POVO	404
SPES scarl – RSA Villa Belfonte di TRENTO	159
SPES scarl – RSA Via Veneto di TRENTO	144
SPES scarl – RSA Casa Famiglia di CADINE	134
APSP S. Maria di CLES	264
Coop. Stella Montis di FONDO	104
APSP Anaunia di PREDAIA	96
APSP Centro servizi socio-sanitari e residenziali di MALE'	164
APSP dott. A. Bontempelli di PELLIZZANO	132
APSP Giudicarie Esteriori di BLEGGIO SUPERIORE	254
APSP Rosa dei Venti di BORGO CHIESE	130
APSP Padre O. Nicolini di PIEVE DI BONO-PREZZO	139
APSP Centro residenziale A. Collini di PINZOLO	132
APSP Casa di Riposo S. Vigilio - Fondazione Bonazza di SPIAZZO	232
APSP Villa S. Lorenzo di STORO	112
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ARCO	118
APSP Fondazione Comunità di Arco di ARCO	276
APSP G. Cis di LEDRO	116
APSP Residenza Molino di DRO	116
APSP Città di Riva di RIVA DEL GARDA	187
APSP U. Campagnola di AVIO	128
APSP di BRENTONICO	147
APSP Casa Laner di FOLGARIA	120
APSP C. Benedetti di MORI	173
APSP Opera Romani di NOMI	341
APSP C. Vannetti di ROVERETO	442
APSP C. Vannetti – RSA di BORGO SACCO - ROVERETO	144
Piccole Suore della Sacra Famiglia – RSA Casa Sacra Famiglia di ROVERETO	196
SPES scarl – RSA Residenza SOLATRIX di ROVERETO	120
APSP don G. Cumer di VALLARSA	70
APSP della Val di Fassa di VIGO DI FASSA	102
TOTALE	**9.424**

TABELLA E

ELEMENTI PER IL FINANZIAMENTO ANNO 2021 DELLE RSA

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

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

TOTALE FINANZIAMENTO	**132.923.772,80**

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

SPESA COMPLESSIVA	**137.190.802,30**

TABELLA F

NUMERO DI TIROCINANTI IN FORMAZIONE ANNO 2021

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

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

(art. 26 del Regolamento UE 2016/679)

TRA

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

E

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

di seguito congiuntamente "Parti" o anche "Contitolari"

PREMESSO CHE:

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

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

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Art. 1 - Oggetto

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

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

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

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

dati relativi alla condizione sociale	utenti dei servizi loro referenti

Art. 3 – Ripartizione dei ruoli e dei compiti

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

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

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

4. I Contitolari si impegnano inoltre a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4 – Obblighi relativi alla sicurezza dei dati personali

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

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

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

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

5. In particolare, i Contitolari si impegnano:

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

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

b) a non comunicare a soggetti non autorizzati né a diffondere dati personali e informazioni di carattere strettamente riservato che riguardano la dotazione tecnologica e/o le modalità organizzative e procedurali di cui venissero a conoscenza nei rapporti con gli altri Contitolari;

c) ad agevolare verifiche reciproche di adeguatezza delle strumentazioni e delle metodologie di trattamento e trasmissione, solo dei dati previsti riferiti alla Convenzione. Nello specifico sono garantite ed accettate in modo reciproco azioni di controllo e di audit al fine di verificare il rispetto delle misure di sicurezza minime ed idonee in accordo con quanto stabilito dalla normativa applicabile, nonché il rispetto delle disposizioni contenute nel presente Accordo;

d) ad informare, formare ed aggiornare costantemente il proprio personale sugli aspetti connessi alla sicurezza del trattamento dei dati.

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

Art. 5 – Responsabilità dei Contitolari

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

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

Art. 6 – Responsabile del trattamento dei dati

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

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

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

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

Art. 7 - Diritti degli interessati

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

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

3. Per l'esercizio di tali diritti i punti di contatto sono i seguenti:
   - per APSS: ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via 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 2021;

4. I riferimenti dei Responsabili della protezione dei dati (RPD), a cui l'interessato può rivolgersi per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali, sono i seguenti:
   - per APSS: Via 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 2021;

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

Art. 8 - Segretezza e confidenzialità

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

Art. 9 – Foro Competente

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

Art. 10 - Corrispettivi

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

Art. 11 – Durata

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

Art. 12 - Disposizioni conclusive

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

***

Denominazione Ente gestore	Sito web	E-mail	RIFERIMENTI RPD	RIFERIMENTI PER I DIRITTI DEGLI INTERESSATI
APSP S. Gaetano di PREDAZZO	www.apspsangaetano.it	info@apspsangaetano.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspsangaetano.it
APSP Casa di riposo Giovanelli di TESERO	www.casadiriposogiovanelli.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 GRIGNO	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 PERGINE 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	serviziodpo@upipa.tn.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

Denominazione Ente gestore	Sito web	E-mail	RIFERIMENTI RPD	RIFERIMENTI PER I DIRITTI DEGLI INTERESSATI
APSP Civica di Trento – RSA ANGELI CUSTODI	www.civicatnapsp.it	segreteria@civicatnapsp.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@civicatnapsp.it
APSP Civica di Trento - RSA GABBIOLO	www.civicatnapsp.it	segreteria@civicatnapsp.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@civicatnapsp.it
APSP Civica di Trento - RSA STELLA DEL MATTINO	www.civicatnapsp.it	segreteria@civicatnapsp.it	serviziodpo@upipa.tn.it	segreteria@civicatnapsp.it
APSP Beato de Tschiderer di TRENTO	www.iaps.it	info@iaps.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@iaps.it
APSP M. Grazioli di POVO	www.apspgrazioli.it	info@apspgrazioli.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspgrazioli.it
SPES - RSA VILLA BELFONTE	www.gruppospes.it	villabelfonte@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
SPES - RSA VIA VENETO	www.gruppospes.it	residenzaviaveneto@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
SPES - RSA CASA FAMIGLIA di CADINE	www.gruppospes.it	casafamiglia@gruppospes.it	privacy@gruppospes.it	info@gruppospes.it
APSP S. Maria di CLES	www.apspcles.it	info@apspcles.it	serviziodpo@upipa.tn.it	info@apspcles.it
COOP Stella Montis di FONDO	www.stellamontisfondo.it	coop@stellamontisfondo.it	coop@stellamontisfondo.it	coop@stellamontisfondo.it
APSP Anaunia di 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

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

Linee Guida per le Residenze Sanitarie Assistenziali

Indicazioni per l'erogazione in sicurezza delle attività nelle strutture residenziali socio-sanitarie durante la pandemia COVID-19

Versione 4° – 22/12/2020

Sommario

Acronimi 2
Definizioni 3
Premessa 6
1. Destinatari 7
2. Scopo del documento 8
3. Misure generali di carattere organizzativo 9
4. Formazione e supporto per la corretta adozione delle misure di prevenzione e protezione e la resilienza del personale 12
5. Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/ probabili/confermati di Covid-19 in RSA 13
   5.1 Residenti 13
   5.2 Parenti e Visitatori 17
   5.3 Fornitori, manutentori e altri operatori 19
6. Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti/probabili/confermati di Covid-19 tra residenti e operatori 20
   6.1 Residenti 20
   6.2 Operatori 20
7. Preparazione della struttura per la gestione dei casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19 21
   7.1 Aree comuni e ingressi 21

7.2 Presidi e dispositivi 21
7.3 Igiene e sanificazione ambientale 21
7.4 Aree e misure di isolamento 22
7.5 Azioni per la riduzione delle occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19 25
8. Gestione dei casi tra i residenti, procedure diagnostiche e misure di isolamento 26
9. Gestione dei residenti positivi al Covid-19 28
9.1 Criteri di trasferimento dei residenti 28
9.2 Gestione clinica dei casi confermati Covid-19 29
9.3 Negativizzazione e certificazione di guarigione 29
9.4 Risoluzione del focolaio 30
10. Misure per la gestione dei compagni di stanza e altri contatti stretti di residente Covid-19 30
11. Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate e delle Linee Guida 31
ALLEGATO 1: Comitato multidisciplinare e referente Covid 32
ALLEGATO 2: Prevenzione, protezione e sorveglianza del personale 34
ALLEGATO 3: Tamponi di screening e test sierologici per il personale delle RSA 40
ALLEGATO 4: DPI raccomandati 41
ALLEGATO 5: Gestione di caso positivo e contatto stretto 47
ALLEGATO 6: COVID-19: percorso diagnostico per residente sospetto 49
ALLEGATO 7: Prospetto di sintesi 50
Riferimenti bibliografici 52

Acronimi

APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Stati Uniti)
DPI	Dispositivi di Protezione Individuali
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
ECDC	European Centre for Disease prevention and Control
FFP	Filtering Facepiece Particles
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MC	Medico Competente

MMG	Medico di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
POCT	Point-of-Care Testing
PS	Pronto Soccorso
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
ROT	Rifiuti Ospedalieri Trattati
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SPES	Servizi Pastorali Educativi Sociali
TC	Temperatura Corporea
TF RSA	Task Force RSA
UOPSAL	Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
UPIPA	Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

Definizioni

Caso sospetto	Ogni persona che soddisfa il criterio clinico (almeno 1 dei seguenti sintomi): tosse, febbre, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, insorgenza improvvisa di anosmia, ageusia, disgeusia o altri sintomi atipici (congiuntivite, cefalea, sintomi gastrointestinali, agitazione, malessere generale, confusione, apatia, vertigini, cadute).
Caso probabile	Ogni persona che soddisfa il criterio clinico (vedasi caso sospetto) e il criterio epidemiologico: - contatto stretto con un caso Covid-19 confermato nei 14 giorni precedenti l'insorgenza di sintomi; - essere residente in una struttura dove la trasmissione del Covid-19 sia stata confermata nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. O Ogni persona che soddisfa il criterio diagnostico: - evidenza radiologica che dimostri lesioni compatibili con Covid-19.
Caso confermato	Ogni persona che soddisfa il criterio di laboratorio: - presenza di acido nucleico di Sars-Cov-2 in un campione biologico.
Contatto stretto	Ogni persona che soddisfa uno o piú dei seguenti criteri: - hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano); - hanno avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di Covid-19 (ad esempio toccare a mani nude, fazzoletti di carta usati…); - hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) non protetto con un caso di Covid-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti; - si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa, stanza) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro senza protezione. - hanno fornito assistenza diretta ad un caso di Covid-19 senza l'impiego/utilizzo non corretto dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei. Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio. Il soggetto va considerato ad alto rischio per Covid-19.
Soggetto guarito	Ogni persona risultata positiva alla ricerca di SARS-CoV-2 che dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (di cui almeno tre giorni senza sintomi non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) viene sottoposta all'esecuzione del tempone molecolare con risultato negativo. Di norma, in tale soggetto il test sierologico, se effettuato, risulta positivo.
Soggetto indenne	Soggetto negativo al tampone molecolare e al test sierologico.
Focolaio	Almeno due casi confermati tra i residenti all'interno della medesima struttura con conferma di link

	epidemiologico (trasmissione di SARS-CoV-2 evidenziata all'interno della struttura).
RSA "Covid-free"	Lo stato di "Covid-free" (libera da Covid) viene dichiarato in assenza di casi positivi, asintomatici o sintomatici, tra i residenti da almeno 14 giorni (in struttura con precedente conferma di trasmissione di SARS-CoV-2 all'interno della stessa).
Isolamento	L'isolamento dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione[1]. Le procedure di isolamento vanno anche attivate per i casi sospetti (o probabili).
Quarantena	La quarantena si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi[1]. La quarantena viene applicata a scopo precauzionale al fine di minimizzare il rischio di contagio per la popolazione generale o gruppi a maggior rischio di complicanze (es. fragili), nonché prevenire focolai epidemici che possono sovraccaricare il sistema sanitario. Per Covid-19 il periodo di quarantena è di 14 giorni successivi alla data dell'ultima esposizione (periodo massimo di incubazione della malattia, se il contatto dovesse avere acquisito l'infezione). Di recente, il Ministero della Salute[1] ha previsto per il contatto asintomatico di un caso confermato la possibilità di riduzione del periodo di quarantena (e rientro in comunità del soggetto) a dieci giorni dall'ultima esposizione a rischio con il risultato di un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno. Nelle presenti Linee Guida, in adesione alle vigenti raccomandazioni dell'ECDC, vengono indicate le situazioni nelle quali si ritiene che la durata della quarantena possa essere ridotta nel contesto della RSA (quarantena dell'operatore contatto stretto di caso).
Test molecolare o "tampone"[2,3]	Il test molecolare o "tampone" (o tampone oro/naso faringeo o tampone molecolare) è il test classico attualmente più affidabile che oggi viene utilizzato per la diagnosi di infezione da coronavirus. Viene prelevato con un lungo bastoncino simile ad un cotton-fioc un campione delle vie respiratorie del paziente, preferibilmente dalla mucosa naso-faringea. Questo campione viene quindi analizzato attraverso metodi molecolari di real-time RT-PCR (Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction) per l'amplificazione dei geni virali (genoma del virus) maggiormente espressi durante l'infezione. L'analisi può essere effettuata solo in laboratori altamente specializzati e formalmente individuati dalle autorità sanitarie e richiede in media dalle due alle sei ore dal momento in cui il campione viene avviato alla processazione in laboratorio. Il test molecolare costituisce a tutt'oggi il gold standard per la diagnosi di Covid-19.
Test antigenico rapido [2,3]	Nelle ultime settimane, sono stati sviluppati nuovi tipi di test che promettono di offrire risultati più rapidamente (30-60 minuti), con minor costo e senza la necessità di personale specializzato. Analogamente ai test molecolari, i saggi antigenici sono di tipo diretto, ossia valutano direttamente la presenza del virus nel campione clinico (rilevano la presenza del virus tramite le sue proteine - antigeni). Le modalità di raccolta del campione sono del tutto analoghe a quelle dei test molecolari (tampone oro/naso faringeo o nasale), i tempi di risposta sono molto brevi, ma la sensibilità e specificità di questo test sono inferiori a quelle del test molecolare, quindi le diagnosi di positività ottenute con questo test devono essere confermate da un secondo tampone molecolare. I test antigenici esistono in versione POCT (cioè si possono effettuare al sito del prelievo e ciò ne spiega l'attuale rapida diffusione) e in versione "da laboratorio" (cioè richiedente attrezzature di laboratorio). I test antigenici rapidi possono essere utili, anche come prima scelta, in determinati contesti, come il tracciamento dei contatti di casi positivi o lo screening rapido di numerose persone o l'accertamento diagnostico nei soggetti sintomatici. I test molecolari sembrano avere una maggiore sensibilità prima della comparsa dei sintomi, mentre nella fase iniziale immediatamente successiva all'inizio dell'infezione i test rapidi antigenici e quelli molecolari hanno una sensibilità simile, rendendo utile l'uso anche dei primi. I test antigenici rapidi possono anche essere utilizzati per l'identificazione dei contatti asintomatici dei casi, poiché è stato dimostrato che i casi asintomatici hanno spesso cariche virali simili ai casi sintomatici.
Test sierologico[2,3]	<u>Classico (tradizionale)</u>: Il test sierologico (o immunologico) rileva la presenza nel sangue degli anticorpi

[1] Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020: "Covid-19: Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena".
[2] Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS "Lazzaro Spallanzani". Documento: Per fare chiarezza sui Test. 16 ottobre.
[3] Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità. Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornato al 23 ottobre 2020. Circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica". European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK, 19 November 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

	specifici che il sistema immunitario produce in risposta all'infezione, la loro tipologia (IgG, IgM, IgA), ed eventualmente la loro quantità. Questo test, denominato anche ELISA o CLIA o IFA a secondo della tecnologia utilizzata, richiede un prelievo di sangue venoso, e viene effettuato presso laboratori specializzati. Rapido: I test sierologici rapidi si basano sullo stesso principio di quelli classici, ma sono semplificati e dànno risposte solo di tipo qualitativo, dicono cioè soltanto se nell'organismo sono presenti gli anticorpi specifici per il virus. Questi test sono di semplice esecuzione, hanno tempi medi di risposta di circa 15 minuti e possono essere effettuati anche al di fuori dei laboratori: sul dispositivo di rilevazione viene depositata una goccia di sangue ottenuta con un pungidito, e la presenza di anticorpi viene visualizzata mediante la comparsa sul dispositivo di una banda colorata o di un segnale fluorescente letto con uno strumentino portatile. L'affidabilità di questo tipo di test è variabile. È importante sottolineare che i test sierologici, per la loro stessa natura, non sono in grado di dire se il paziente ha una infezione in atto, ma soltanto se è entrato o meno in contatto con il virus. I test sierologici non possono essere utilizzati da soli per la diagnosi di infezione in atto: a tal fine per confermare l'infezione in atto occorre utilizzare anche il test molecolare su tampone.
Test molecolare e antigenico rapido mediante tampone salivare[1,2]	Recentemente sono stati realizzati nuovi tipi di test antigenici che utilizzano come campione da analizzare la saliva. Il prelievo di saliva è più semplice e meno invasivo rispetto al tampone naso faringeo o al prelievo di sangue. I tamponi molecolari su campione di saliva richiedono un laboratorio attrezzato, ma hanno un'affidabilità in linea con quella dei test molecolari classici su tampone naso faringeo e rapidi tempi di risposta. I test antigenici rapidi salivari andranno considerati come alternativa ai test antigenici rapidi su tampone oro/naso faringeo o nasale se le esperienze pilota di validazione attualmente in corso daranno i risultati sperati.
Test di screening	Esame diagnostico che permette di identificare precocemente in una popolazione considerata a rischio la presenza della malattia (es. Covid-19) in persone asintomatiche. Gli esami di screening devono utilizzare esami sicuri, accettabili e attendibili e essere effettuati nell'ambito di un'attività organizzata e regolare. Nell'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da un'alta circolazione virale, è altamente probabile il riscontro di soggetti positivi a SARS-CoV-2 che potrebbero trasmettere l'infezione e quindi risulta di fondamentale utilità l'utilizzo di metodiche di screening validate.

Premessa

Gli anziani e le persone affette da gravi patologie neurologiche, croniche e da disabilità sono una popolazione particolarmente fragile nello scenario epidemiologico determinato da Covid-19 [1]. In Italia l'età mediana dei deceduti e positivi a SARS-Cov-2 è 82 anni (età media 80 anni) e il 95% dei decessi avviene in persone con più di 60 anni e con patologie di base multiple. Un'elevata percentuale dei decessi per Covid-19 (circa il 20%) riguarda persone con demenza.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono risultate in Italia, in Europa e nel mondo tra le strutture più colpite dalla pandemia da SARS-CoV-2. Una quota significativa dei contagi e dei decessi causati dal virus è avvenuta proprio all'interno delle residenze sanitarie assistenziali [2].

Pertanto, nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS-CoV-2, è necessario mettere costantemente in atto plurime precauzioni per ridurre il rischio di contagio negli ospiti, nonché tutelare la salute degli operatori e della comunità.

Tali necessarie misure di protezione e sicurezza sono da promuovere a livello provinciale in modo omogeneo all'interno di tutte le strutture residenziali, al fine di limitare la morbosità e la mortalità dovute alla ripresa di focolai epidemici, ma allo stesso tempo assicurare la tutela della salute e del benessere delle persone assistite in RSA.

I segni e sintomi compatibili con l'infezione da Covid-19 comprendono quadri simil-influenzali (febbre, malessere, cefalea, mialgia, ecc) e di infezione respiratoria acuta (da lieve a grave). Tuttavia, la manifestazione clinica della malattia potrebbe essere anche molto sfumata o atipica, in modo particolare negli anziani e nelle persone affette da deterioramento cognitivo [2]. Pertanto, qualsiasi cambiamento significativo dello stato clinico del residente che non abbia una spiegazione immediata deve essere valutato, nell'attuale situazione epidemiologica, anche per l'infezione da Covid-19. Risulta quindi di importanza assoluta una adeguata formazione di tutto il personale coinvolto nel monitoraggio e nella ricerca di segni e sintomi tipici/atipici e nell'identificazione precoce dei soggetti in grado di veicolare l'infezione, per evitare che entrino in contatto con soggetti a rischio di contrarla (che si associa a un elevato rischio di esiti sfavorevoli). Altresì, è indispensabile ripensare e ridefinire i processi organizzativi e assistenziali, gli spazi e l'articolazione delle diverse attività sanitarie e sociali svolte nelle RSA. La ridefinizione dei processi e dei servizi nell'odierna fase epidemiologica va improntata alla ricerca del miglior equilibrio possibile fra esigenze di prevenzione e controllo del contagio e di assistenza e qualità della vita dei residenti. L'isolamento prolungato può infatti contribuire a generare e acuire sensazioni di solitudine e abbandono con possibili ripercussioni emotive e comportamentali [1b].
Nell'assistenza ai residenti è richiesta una sistematica valutazione di rischi e benefici, che tenga in sistematica considerazione, unitamente alla necessità di minimizzazione del rischio di contagio da SARS-CoV-2, lo stato di salute e di benessere del residente, anche per quanto attiene le esigenze affettive, relazionali e sociali, ovvero le conseguenze psico-fisiche determinate da una protratta separazione fisica dai familiari.

Le presenti linee guida sono state prodotte con il contributo del Tavolo Covid RSA composto da Assessorato alla Salute, Politiche Sociali, Disabilità e Famiglia, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA), Gruppo Servizi Pastorali Educativi Sociali (SPES) e rappresentanti sindacali (FP CGIL, FP CISL, UIL FPL e FENALT), al fine di fornire indicazioni utili a permettere alle residenze sanitarie assistenziali e alle altre strutture socio-sanitarie residenziali di operare garantendo condizioni di sicurezza per tutti i soggetti che afferiscono alle RSA, per esigenze di salute, lavoro o di carattere sociale.

Il presente documento è relativo allo scenario emergenziale in atto al momento dell'emanazione delle presenti Linee Guida. Cambiamenti del contesto epidemiologico, normativo e organizzativo, nonché l'evoluzione delle conoscenze sulla pandemia in atto, comporteranno integrazioni e aggiornamenti che saranno condivise con il Tavolo Covid RSA.

Eventuali indicazioni sulle attività delle RSA o di APSS correlate alla gestione dell'emergenza Covid per come descritta all'interno delle presenti linee guida, se devono essere emanate in via d'urgenza e non consentono l'aggiornamento dell'intero documento, saranno emanate dal Dipartimento salute e politiche sociali della Provincia o da APSS - Direzione per l'integrazione socio-sanitaria - a mezzo circolare con esplicito riferimento alle sezioni del presente testo che vengono soppresse, integrate o modificate.

1. Destinatari

Il documento è diretto a tutte le RSA della provincia, ed in particolare alle direzioni e ai responsabili sanitari e organizzativi, nonché, per conoscenza, alle rappresentanze dei lavoratori, affinché forniscano le necessarie e opportune direttive a:

- residenti e familiari;
- personale sanitario e assistenziale, tecnico, amministrativo e dei servizi di supporto;
- personale delle ditte esterne che afferisce alla struttura per servizio (es. personale delle ditte di pulizie, manutentori, dipendenti di cooperative di servizio, ecc.);
- fornitori;
- volontari;
- visitatori autorizzati;
- altri portatori di interesse.

Il presente documento individua anche le modalità operative e di collaborazione tra le RSA, l'APSS (in particolare la TF RSA) e gli altri soggetti istituzionali regolati dalla Provincia, che svolgono le attività di loro competenza in coerenza con le previsioni ivi contenute.

Il presente documento fornisce indicazioni (laddove pertinenti e applicabili) utili anche per altre strutture residenziali socio-sanitarie territoriali (in particolare, residenze per disabili, hospice, comunità assistita per religiosi e altre residenze per anziani in cui siano presenti posti letto RSA)[4].

[4] Per tali strutture resta ferma l'applicazione delle vigenti disposizioni specifiche emanate dalla Provincia in tema di accesso e riorganizzazione dei servizi socio-sanitari; ad esempio, "Circolare per la gestione dell'emergenza coronavirus presso i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari della Provincia autonoma di Trento, aggiornamento al giorno 30

Plurime sezioni del documento sono peraltro pertinenti e applicabili a tutti i setting assistenziali della post-acuzie, compresa la lungodegenza ospedaliera.

2. Scopo del documento

Le Linee Guida sono aderenti alle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) [1, 1a][5] e dell'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) [3]. Nella stesura del documento sono state utilizzate anche ulteriori fonti tecnico-scientifiche citate nel testo e/o elencate in bibliografia, a cui si rimanda per approfondimenti.

In questa fase della pandemia COVID-19, il presente documento ha la finalità di:

- fornire indicazioni, generali e specifiche (in particolare attinenti alcune tematiche ritenute rilevanti dal Tavolo Covid RSA) per contenere il rischio di trasmissione del virus SARS-Cov-2, tutelare la salute dei residenti e consentire l'erogazione dei servizi in sicurezza, in coerenza con i citati vigenti documenti di indirizzo nazionali e con l'evoluzione di conoscenze e evidenze scientifiche, nonché agli aggiornamenti normativi generali[6] relativi all'utilizzo delle mascherine, al rispetto della distanza di sicurezza interpersonale e altre misure di cautela generali da seguire all'interno delle strutture previste per le attività che richiedono la compresenza di più persone;
- descrivere strategie e modalità tecnico-organizzative di protezione e sicurezza di residenti e operatori specificamente previste a livello provinciale ed evidenziate in particolare nelle sezioni del documento principale 3, 4, 5.1, 6.1, 8, 9, 11 e negli allegati (1, 2, 3);
- integrare nel documento le disposizioni della Giunta provinciale e le indicazioni provinciali o aziendali diffuse successivamente all'approvazione della precedente versione delle Linee Guida RSA attinenti agli specifici ambiti disciplinati nel presente documento (es. regolamentazione degli ingressi dei residenti, strategie di tamponatura, sorveglianza attiva, criteri di isolamento).

Il contesto epidemiologico generale a livello provinciale si connota per la probabile transizione dallo scenario di "trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo" (scenario nel quale la circolazione virale potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 2-3 mesi)[7] allo scenario più grave in assoluto di "trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo" (scenario nel quale crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 1-1,5 mesi). Il crescente livello di trasmissione di SARS-CoV-2 a livello comunitario e la ripresa dei

---

aprile 2020. Sostituisce le precedenti". Le presenti linee guida non si applicano alle strutture residenziali della salute mentale e socio-assistenziali soggette alle "Linee di Indirizzo per l'erogazione in sicurezza dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale connesse alla pandemia COVID-19".

[5] Rapporti ISS COVID-19. www.iss.it/rapporti-covid-19.

[6] Da ultimo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di data 24 ottobre 2020 e Ordinanza n. 49 del Presidente della Provincia di data 26 ottobre 2020.

[7] Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

contagi in RSA rendono essenziale il rafforzamento di tutte le misure di preparazione dei servizi e dei sistemi di sorveglianza per contenere il rischio di diffusione di Covid-19.

Tutte le indicazioni contenute nelle varie sezioni del documento devono essere calibrate e rivalutate in relazione alla specificità dei contesti e dei casi concreti di applicazione, anche tenuto conto delle valutazioni formulate dalla Task Force RSA (TF RSA)[8] nell'ambito della propria attività di supporto alle strutture.

3. Misure generali di carattere organizzativo

Le misure di carattere organizzativo che ogni RSA deve garantire e monitorare per minimizzare il rischio di infezione da SARS-CoV-2 nei residenti e negli operatori e nell'assicurare la tutela della salute psico-fisica degli ospiti delle strutture:

- garantire l'attività del comitato multidisciplinare [1] [2] [4] (vedere Allegato n.1) e identificare un referente per la prevenzione e il controllo di Covid-19 (Referente Covid) [1] [5] (vedere Allegato n. 1);
- implementare il "piano Covid-19" di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi [4] [6], anche sulla base delle indicazioni già fornite dalla TF RSA nella fase di validazione e supporto all'applicazione, attinente alla gestione delle attività durante l'odierna fase della pandemia. Il piano deve tener conto dell'analisi infrastrutturale (locali, spazi comuni, nuclei/settori, ecc.), delle caratteristiche dei residenti (es. indenni, sospetti, positivi), delle risorse umane disponibili, dei dispositivi e altri prodotti necessari per la prevenzione e il controllo della diffusione delle infezioni correlate all'assistenza e specificamente del virus SARS-Cov-2; nel piano devono essere riportati il programma di informazione, formazione e addestramento per tutto il personale e le modalità organizzative per rimodulare le risorse assistenziali in base ai bisogni dei residenti, nel rispetto delle disposizioni sulla dotazione di personale della Provincia, con particolare attenzione ai parametri di riferimento oltre che ai carichi e ai turni di lavoro; e ai livelli assistenziali da garantire in situazioni di crisi (rimodulazione delle attività, strategie per garantire livelli minimi di personale, ecc.), le misure di preparazione/adattamento della RSA per garantire una strutturazione degli spazi atta a garantire il distanziamento fisico e la compartimentazione di residenti e operatori (aree operative separate, spazi, percorsi sporchi/puliti, assegnazione del personale);
- aggiornare il "piano Covid-19" di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi [4] [6], anche sulla base delle indicazioni fornite dalla TF RSA nella fase di validazione e supporto all'applicazione, attinente alla gestione delle attività durante la pandemia, ed ogni qualvolta fosse ritenuto opportuno in ragione degli aggiornamenti delle presenti linee guida o di significative modificazioni organizzative interne; la struttura sottopone gli aggiornamenti del "piano Covid-19" alla TF, che provvede alla loro validazione entro 15 giorni dal ricevimento;

[8] La Task Force RSA è stata istituita con determinazione provinciale del Dipartimento Salute e Politiche Sociali n. 100 del 1 aprile 2020, successivamente integrata con determinazione n. 104 del 6 aprile 2020, n. 108 dell'8 aprile 2020 e n. 153 del 16 luglio 2020 e deliberazione provinciale n. 1023 del 17 luglio 2020. L'attività svolta dalla TF RSA si evolverà, in linea con le previsioni della deliberazione provinciale n. 1422 del 18 settembre 2020, in un Nucleo di Supporto RSA.

- garantire il flusso informativo verso l'APSS in relazione a tutti gli ambiti rilevanti (attinenti sia la situazione dei residenti che del personale) per la gestione di Covid-19 [1], sulla base dei protocolli informativi prestabiliti; inoltre, le RSA sono tenute a monitorare tutte le fonti informative di salute pubblica locali, regionali e nazionali per conoscere l'evoluzione dell'epidemia nel proprio territorio;
- mantenere le comunicazioni con operatori, residenti e familiari/caregiver; a questi ultimi va garantita sia una figura appositamente designata per ricevere informazioni sullo stato di salute del proprio familiare, sia la possibilità di contattare, ancorché a distanza, il residente [7]; al familiare va assicurato un servizio telefonico costante attraverso il quale gli operatori dell'équipe socio-sanitaria possano fornire informazioni chiare e personalizzate, adeguate e esaustive, riguardanti la salute del residente, i trattamenti in corso e soprattutto eventuali cambiamenti dello stato di salute (cure, terapie, ecc) o i trasferimenti in ospedale, in modo che la famiglia possa partecipare consapevolmente alle scelte da intraprendere; è opportuno dotarsi di strumenti di videochiamata che consentano di facilitare la continuità di relazione a distanza tra residente e familiare;
- promuovere la sorveglianza sui comportamenti di operatori, ospiti, visitatori a beneficio di tutta la comunità; diffondere e sostenere un approccio di "sorveglianza fra pari" che permetta di tenere sempre elevato il livello di attenzione ai comportamenti da adottare per prevenire il rischio infettivo (non solo Covid);
- garantire il programma di medicina occupazionale [1] in collaborazione con il medico competente (MC) della struttura, per la definizione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori e l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione richiamate nel "Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro" sottoscritto il 14 marzo 2020 e integrato e modificato il 24 aprile 2020 tra Governo e Organizzazioni sindacali, con attenzione a quanto riportato nell'Allegato 2;
- garantire il costante aggiornamento e l'implementazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) in merito alla prevenzione del rischio di infezione da SARS-Cov-2 nei luoghi di lavoro secondo quanto indicato nella Circolare del Ministero della Salute avente ad oggetto "Indicazioni operative relative alle attività del MC nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività" del 29 aprile 2020;
- attuare procedure di gestione del *post-mortem* in residenti con infezione da Covid-19, secondo le indicazioni fornite dalla Circolare Ministero della Salute n. 12302 dell'8 aprile 2020 (Indicazioni emergenziali connesse epidemia Covid-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione) e successive integrazioni con Circolare Ministero della Salute n. 15280 del 2 maggio 2020.

Una adeguata programmazione, la chiarezza e la condivisione delle procedure interne e un'informazione tempestiva e diffusa sono elementi chiave per garantire nella struttura un clima organizzativo che sostenga il cambiamento. Nel promuovere comportamenti corretti è opportuno dare adeguata diffusione ai promemoria di pertinenza: sul punto si evidenzia che l'ISS ha preparato

una sezione del proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche[9].
Inoltre, nell'odierna fase emergenziale è prioritario:

- rafforzare tutte le misure volte alla prevenzione e al controllo delle infezioni, quali le precauzioni standard (corretta igiene delle mani, etichetta respiratoria, uso di dispositivi medici e DPI adeguati al rischio valutato, corretta gestione di aghi/taglienti, corretta manipolazione, pulizia e disinfezione delle attrezzature per la cura del residente/ospite, corretta pulizia e sanificazione ambientale, corretta manipolazione e pulizia della biancheria sporca, corretta gestione dei rifiuti) e specifiche in base alla modalità di trasmissione e alla valutazione del rischio nella struttura [1]; particolare attenzione dovrà essere dedicata all'igiene delle mani secondo i cinque momenti raccomandati dall'OMS, all'utilizzo appropriato degli antibiotici ai programmi di sorveglianza delle infezioni nosocomiali, in linea con quanto previsto anche dalle linee di indirizzo nazionali di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR 2017-2020);
- nell'erogazione dei servizi e nella pratica assistenziale:
    - valutare i bisogni sanitari riabilitativi, di stimolazione cognitiva e di mantenimento delle capacità residue dei residenti (con particolare attenzione ai residenti affetti da demenza)
    - facilitare la ripresa, nel rispetto delle previste misure di contenimento del rischio, di tutte le attività assistenziali garantite dalle diverse figure professionali, nonché mediante l'apporto dei familiari e del volontariato, in considerazione del contributo fornito ai residenti in termini di mantenimento delle abilità fisiche e socio-relazionali;
    - prevenire e gestire i quadri di deterioramento delle condizioni cliniche (a loro volta collegati al rischio di esiti sfavorevoli in caso di contagio);
    - prevenire e gestire gli eventi avversi (es. lesioni da pressione, malnutrizione, cadute) che possono presentarsi con maggior frequenza nei contesti nei quali sono poste in essere misure di distanziamento sociale e isolamento;
    - prestare particolare attenzione alla tutela dei residenti indenni (anche mediante misure di compartimentazione);
- garantire la massima rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti per limitare la diffusione del virus mediante le misure di quarantena e isolamento;
- intensificare l'attività di sorveglianza e di screening periodico degli operatori al fine di intercettare precocemente anche i soggetti asintomatici; privilegiando, a parità di indicazioni, l'utilizzo dell'accertamento meno invasivo e garantendo il riconoscimento del tempo necessario all'effettuazione dell'esame come tempo lavoro qualora non effettuato durante il turno di servizio;
- promuovere la somministrazione gratuita della vaccinazione antinfluenzale stagionale e anti-pneumococcica, così come gli altri vaccini di routine, durante le campagne vaccinali provinciali [1][10]; a tale scopo è opportuno mettere in atto strategie di comunicazione e sensibilizzazione interna del personale (es. momenti informativi, promemoria).

---

[9] www.iss.it/rapporti-covid-19; www.iss.it/infografiche.
[10] Ministero della Salute Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021.

Nella necessità di fronteggiare particolari situazioni di crisi (es. focolai di grandi dimensioni o loro elevata diffusione nelle RSA) potranno essere adottate strategie di continuità operativa del personale che consentano di:

- avvalersi di tutte le competenze professionali disponibili nel contesto delle RSA per la gestione delle attività assistenziali e terapeutiche;
- attivare convenzioni e protocolli, anche attraverso la Protezione Civile, per fornire supporto logistico abitativo al personale impegnato nelle RSA;
- attivare piani di solidarietà, convenzioni e protocolli che consentano l'utilizzo di personale disponibile in altri settori di attività e/o altri enti pubblici o privati (ivi comprese le RSA e l'APSS) per rafforzare il personale, con contestuale e costante confronto con le parti sociali;
- prevedere il coinvolgimento di personale in formazione (scuole OSS, corso di laurea in infermieristica e formazione in medicina generale) nelle attività di supporto, consentendone l'adeguato riconoscimento.

4. Formazione e supporto per la corretta adozione delle misure di prevenzione e protezione e la resilienza del personale

Tutto il personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie e alla ristorazione, il personale inviato da altre RSA e/o società cooperative e/o altri soggetti pubblici e privati, personale volontario devono ricevere da parte della propria RSA informazione e formazione specifica sulle tematiche formalmente indicate dall'ISS (es. precauzioni standard per l'assistenza a tutti i residenti, precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplet, quadro clinico di Covid-19, corretto utilizzo dei DPI, comportamenti da attuare nei momenti di pausa e nelle riunioni) [1], sulle variazioni organizzative, sulle modifiche strutturali, e in generale su tutte le procedure interne introdotte (es. procedure di isolamento, procedure di sorveglianza, test di screening) per il contenimento della diffusione dell'infezione da Covid-19.

La formazione e l'addestramento degli operatori devono basarsi su sessioni obbligatorie (in orario di servizio) di breve durata (non più di 2-3 ore), che prevedano esercitazioni pratiche (ad esempio, sulle pratiche corrette per l'igiene delle mani e per la vestizione e svestizione dei DPI) e presentazione di video; devono inoltre essere previste strategie per il mantenimento delle competenze [1]. In particolare, si sottolinea l'importanza dell'addestramento e della verifica sul campo delle modalità di corretta esecuzione dei tamponi da parte dei singoli infermieri (si ricorda che tamponi falsi negativi per la non corretta esecuzione del tampone possono avere conseguenze molto gravi). Ciascuna struttura deve individuare nominativamente il personale idoneo alla esecuzione del tampone.

Le RSA sono tenute a far seguire i corsi FAD dell'ISS (sulla piattaforma di formazione EDUISS[11]) agli operatori, prevedendo modalità alternative nel caso non ci siano competenze o strumenti digitali adeguati che l'azienda si impegna a fornire. Le strutture inoltre, potranno avvalersi, per l'aggiornamento delle competenze del personale sulle tematiche legate al Covid, anche di iniziative formative proposte da APSS in collaborazione con la TF RSA, il servizio formazione di UPIPA e

[11] www.eduiss.it;

SPES. L'APSS provvede a diffondere a tutte le RSA, anche con il supporto di UPIPA e SPES, indicazioni o aggiornamenti, attinenti nuove informazioni o conoscenze scientifiche in tema di prevenzione e controllo del rischio infettivo e gestione clinica dei residenti durante la pandemia in atto. Si sottolinea in particolare l'importanza di partecipazione all'offerta formativa locale rivolta ai coordinatori sanitari e la diffusione interna di conoscenze sulle modalità cliniche e assistenziali di intervento da attuare durante la pandemia nei confronti dei residenti con particolari bisogni (es. persone con demenza, immunodepressi, ecc.).

Inoltre, si evidenzia, come conseguenza dello scenario emergenziale SARS-CoV-2, che gli operatori di area sanitaria e sociosanitaria stanno affrontando esperienze professionali e contesti personali caratterizzati da stress molto elevato, che potrebbero avere rilevanti implicazioni per il loro benessere fisico ed emotivo [1.a]. È indispensabile che ogni struttura adotti tutte le modalità organizzative e pratico-operative necessarie a ridurre il disagio degli operatori, quali organizzare ruoli e attività, assicurando le pause e i riposi previsti tra un turno e l'altro e mantenendo un efficace flusso informativo, garantire la formazione, favorire interventi materiali di sostegno, promuovere e monitorare il benessere psicologico con forme concrete di sostegno, quali il counselling psicologico e spirituale [1.a][2].

È necessario organizzare (in orario di lavoro) momenti di ascolto e confronto con gli operatori per sostenerli e per permettere l'emersione di suggerimenti, idee e azioni di miglioramento dell'assistenza, anche con la presenza del referente Covid.

Inoltre, si evidenzia che le azioni di sensibilizzazione nei confronti dei residenti e dei familiari, contestualizzate sulle caratteristiche di ogni singola realtà e sui bisogni delle persone (anche mediante il ricorso a supporti/ausili grafici), devono concentrarsi sul far rispettare le seguenti misure: evitare strette di mano, baci e abbracci, igiene delle mani, igiene respiratoria, mantenersi a distanza di almeno 1 metro, utilizzare la mascherina chirurgica. Le azioni dovrebbero basarsi su sessioni di breve durata (non più di 30 minuti-1 ora), rivolte a piccoli gruppi e includere esercitazioni pratiche o anche ricreative (ad esempio, dimostrazioni sulle pratiche da attuare per l'igiene delle mani e respiratoria, video, canzoni sull'igiene delle mani, ecc.) [1]. Il programma di sensibilizzazione e formazione può anche includere un supporto psicologico per i familiari.

5. Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/ probabili/confermati di Covid-19 in RSA

Le misure di governo degli accessi in struttura da porre in essere vanno articolate secondo quanto indicato a seguire.

5.1 Residenti

È autorizzato l'accesso di nuovi residenti solamente in RSA "Covid-free". Le strutture sono dichiarate Covid free in relazione alla assenza di casi tra i residenti da almeno 14 giorni combinata con lo stato generale dei tamponi eseguiti sistematicamente al personale. La dichiarazione di struttura "Covid-free" è di competenza di APSS, che si avvale della TF RSA.

In caso di diffusione del contagio esclusivamente tra gli operatori, la TF RSA può valutare la necessità di disporre la temporanea sospensione degli accessi nella struttura.

Accesso del residente in RSA (previa valutazione UVM):

A. se proveniente dal domicilio è previsto un periodo di quarantena in strutture dedicate "di transito" [7]. Di norma, la fase di quarantena dura 14 giorni. L'ingresso nella RSA di transito avviene previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone naso faringeo negativo non anteriore alle 96 ore. Diversamente l'ingresso è posticipato fino a scomparsa dei sintomi e presenza di un tampone negativo accompagnato da un tampone molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno tre giorni senza sintomi. La dimissione dalla RSA di transito avviene previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione. Qualora nel corso della quarantena la persona dovesse sviluppare il contagio, deve essere disposto il suo trasferimento verso una delle RSA Covid/strutture Covid territoriali[12] [8]. Se la RSA di transito non è attiva, in quanto convertita temporaneamente in RSA Covid, non si può accedere nelle RSA dal domicilio. È comunque possibile l'ingresso diretto nella RSA di destinazione, senza periodo di quarantena, se la persona è guarita da meno di 90 giorni; in questo caso non è prevista l'effettuazione del tampone prima dell'ingresso.

B. se proveniente da un ospedale o casa di cura privata della provincia dopo un ricovero non correlato al Covid:
   - B1 dopo un ricovero (di qualsiasi durata) in un reparto ospedaliero è previsto un periodo di quarantena nelle RSA di transito, per gli indenni e per i residenti guariti da oltre novanta giorni, previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione;
   - B2 se la RSA di transito non è attiva, perché convertita temporaneamente in RSA Covid, la persona può accedere direttamente alla RSA di destinazione, previa verifica di cui al punto B1; è previsto il periodo di quarantena nella RSA di destinazione per gli indenni e per i residenti guariti da oltre novanta giorni.

C. se proveniente dall'ospedale o da casa di cura privata (o da RSA Covid/struttura Covid) dopo un ricovero correlato al Covid-19 ad avvenuta guarigione (vedi punto 9.3) e con doppio tampone molecolare negativo effettuato a distanza di almeno 24 ore non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione, è previsto l'inserimento nella RSA di destinazione; in questi casi non è prevista la quarantena né l'effettuazione di tamponi all'ingresso; se in fase di dimissione dall'ospedale il tampone è ancora positivo, è previsto il trasferimento presso la RSA Covid/struttura Covid territoriale.

D. se proveniente da hospice o altra struttura sociosanitaria autorizzata della Provincia, la persona può accedere direttamente alla RSA di destinazione, senza prevedere il periodo di quarantena,

[12] Tali strutture, in progressivo incremento, comprendono le RSA Covid e altre strutture residenziali territoriali gestite da RSA o APSS istituite per assistere ospiti contagiati da Covid provenienti dalle RSA, nonché da strutture ospedaliere o dal territorio.

purché proveniente da una struttura “Covid-free”, con doppio tampone molecolare negativo effettuato a distanza di almeno 24 ore non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione; se la struttura non è “Covid-free” e il trasferimento non è procrastinabile previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore è previsto il periodo di quarantena nell’RSA di destinazione.

Tenuto conto che le strutture di transito sono ad oggi destinate esclusivamente alle persone segnalate dall’UVM, non è al momento possibile accogliere nelle RSA persone a pagamento provenienti dal domicilio.

Si ricorda che l’eventuale negatività del tampone eseguito all’ingresso/dimissione non implica tuttavia la sicurezza che il residente non possa sviluppare la malattia nei giorni successivi, rendendo dunque necessarie misure logistiche idonee a garantire adeguato distanziamento fisico e isolamento funzionale del residente. Il residente va posto in quarantena, nella propria stanza o in stanza singola dedicata a tale scopo (vedere 7.4), per quattordici giorni e il tampone va ripetuto al termine del periodo di quarantena.

Il trasferimento di residenti tra RSA è possibile solo tra strutture dichiarate “Covid free” e previa autorizzazione dell’UVM di riferimento del residente; in tali casi non è previsto il periodo di quarantena nella struttura di destinazione.

Accesso correlato a una prestazione ospedaliera ù

Per evitare il trasferimento del residente in altre strutture sanitarie per visite specialistiche ed esami strumentali va privilegiata, quanto più possibile, la modalità telematica per l’effettuazione di consulenze specialistiche, sia nella forma di tele-visita (contatto diretto specialista – residente) sia in forma di teleconsulto (contatto diretto, su un singolo caso, fra medico richiedente e specialista), ferme restando le previste informazioni ai familiari. Gli interventi in presenza devono essere regolati in riferimento al rischio epidemico. Nell’odierna fase emergenziale vanno esclusivamente richieste le prestazioni specialistiche/ospedaliere essenziali e non differibili.

Per evitare la quarantena precauzionale a seguito di accessi in ospedale per visite in pronto soccorso o prestazioni specialistiche, di residenti indenni o guariti da oltre 90 giorni, è opportuno presidiare con particolare attenzione gli spostamenti (e lo stazionamento in sala d’aspetto) in ospedale (o presso strutture ambulatoriali) adottando le seguenti precauzioni:

- fare sempre indossare al residente la mascherina chirurgica (se tollerata) ed eseguire l’igiene delle mani (almeno all’uscita e all’entrata dalle strutture – compresa quella di appartenenza);
- fare sempre mantenere al residente il distanziamento sociale nelle sale di attesa e durante tutto il percorso nella struttura;
- il residente, laddove possibile, può essere accompagnato (anche all’interno della struttura ospedaliera) da un operatore della struttura opportunamente formato per collaborare a ridurre ed in alternativa riconoscere e riferire situazioni di possibile rischio.

Ai residenti con accessi regolari e frequenti (es. sedute dialitiche, sedute iperbariche) vanno garantite le stesse precauzioni adottate per le visite specialistiche. Questi residenti devono essere attentamente monitorati per individuare precocemente segni e sintomi di malattia e, possibilmente, ospitati in camera singola.

Per residenti con accessi in pronto soccorso con o senza permanenza in astanteria/osservazione breve, ricoveri in day hospital/surgery (compresi i ricoveri ospedalieri fino a due giorni), e altre tipologie di accesso, anche breve, che preveda la permanenza in ambienti con altri pazienti o non presidiati strettamente dall'accompagnatore, è possibile una valutazione caso per caso sulla necessità di quarantena da parte della struttura. La quarantena è invece sempre prevista per ricoveri ospedalieri del residente superiori ai due giorni.

Accesso nelle RSA di sollievo[13] (previa valutazione UVM)

L'ingresso nella RSA di sollievo avviene previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore. Diversamente l'ingresso è posticipato fino a scomparsa dei sintomi e presenza di due tamponi negativi a distanza di 48 ore l'uno dall'altro. Un secondo tampone viene effettuato nella seconda settimana di permanenza (circa 14 giorni dopo) e un terzo tampone entro 96 ore dalla dimissione. In caso di presenza di sintomi viene effettuato il tampone antigenico rapido. Se positivo deve essere disposto il suo trasferimento verso una delle RSA Covid. Gli altri ospiti sono considerati contatti ed eseguono una quarantena a coorte per 14 giorni a partire dall'esordio dei sintomi del caso.

Trasporto sanitario programmato

Nell'odierna fase di emergenza sanitaria, si raccomanda di limitare al massimo gli spostamenti che devono essere motivati esclusivamente per prestazioni sanitarie essenziali e non differibili.

Gli ospiti trasportati con mezzi di trentino Emergenza o con mezzi RSA verso strutture sanitarie per prestazioni ambulatoriali indifferibili saranno accompagnati, laddove possibile, da un operatore della struttura di appartenenza.

Il trasporto dei residenti in caso di accesso a prestazioni sanitarie (ambulatoriali, ricovero e dimissioni da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, trasferimenti tra RSA) viene garantito da APSS (Trentino Emergenza 118) [14] nelle seguenti condizioni:

---

[13] RSA Casa S. Maria con deliberazione della Giunta Provinciale 2175 del 20 dicembre 2019 "Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2020 e relativo finanziament""o. e RSA S. Vendemmiano con deliberazione della Giunta provinciale n. 1005 del 17 luglio 2020 "Potenziamento della rete territoriale RSA per la gestione della fase 2 dell'emergenza COVID-19: individuazione della struttura di San Vendemmiano quale "RSA di sollievo" temporanea".

[14] L'attività di trasporto programmato in ambulanza viene svolta da personale formato e equipaggio e nel rispetto dei protocolli di igiene e sicurezza di riferimento adottati a livello internazionale, nazionale e provinciale per il trasporto

1) residenti non deambulanti (allettati o con carrozzina) utilizzando un'ambulanza;
2) residenti deambulanti posti in quarantena o isolamento utilizzando un mezzo tecnico (es. pulmino/automobile).

Il trasporto di residenti deambulanti è garantito dalla RSA di appartenenza con mezzi propri ad esclusione dei residenti di cui al punto precedente.
I mezzi utilizzati da Trentino Emergenza 118 sono sanificati secondo procedura interna al servizio.
Se il trasporto viene garantito da mezzi RSA, si raccomanda di sanificare il mezzo secondo le seguenti indicazioni:

- arieggiare il mezzo di trasporto
- sanificare le superfici di contatto con alcol 70° o altri prodotti conformi alle indicazioni ISS [10, 16].

RSA di transito

Nel caso in cui dovesse esserci un aggravamento della situazione epidemiologica con registrazione di un aumento dei casi sospetti o conclamati di Covid-19 nelle RSA, verranno sospesi i nuovi ingressi e verrà valutata la possibilità di convertire l'RSA di transito in RSA Covid. Qualora sia necessaria la conversione in tempi rapidi verranno ridotti da 14 a 10 giorni i tempi di quarantena precauzionale con trasferimento presso la RSA di destinazione e mantenimento della quarantena fino al termine (14 giorni) e effettuazione di tampone prima della dimissione dalla struttura.

Sospensione degli ingressi in RSA

Qualora il contesto epidemiologico e di sostenibilità dei servizi lo rendesse necessario, può essere disposta la sospensione temporanea degli ingressi dal territorio in tutte le RSA.

5.2 Parenti e Visitatori

Nell'odierna fase emergenziale è vietato l'accesso alla RSA da parte di parenti e visitatori[15]. L'accesso è limitato ai soli casi autorizzati della direzione sanitaria, ovvero dal coordinatore sanitario della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici e garanzia delle misure atte a prevenire le possibili trasmissioni di infezione, tenuto conto della situazione epidemiologica e nel rispetto delle vigenti disposizioni che regolano gli spostamenti delle persone.

---

sanitario. Si precisa che è ammesso il trasporto multiplo di residenti omogenei (due residenti positivi o due residenti negativi).

[15] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di data 24 ottobre 2020 e Ordinanza n. 49 del Presidente della Provincia di data 26 ottobre 2020.

Come evidenziato nelle ultime disposizioni ministeriali[16], l'attuazione di queste misure restrittive hanno determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socio affettive che possono aver favorito un decadimento psico-emotivo determinando un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico. Inoltre anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguenza difficoltà a offrire sostegno e supporto affettivo in un momento difficile come quello attuale.

Fermo restando tali valutazioni, si rileva che le visite che non comportano un accesso diretto a spazi interni della struttura utilizzati anche dai residenti possono essere consentite, fatto salvo la presenza di un focolaio di grandi dimensioni (quando interessa più nuclei/piani della struttura), che rendano rischioso lo spostamento dei residenti per raggiungere gli spazi dedicati. Nello specifico devono essere garantite misure tecnico-organizzative atte a:

- impedire il contatto fisico tra residente e familiare/visitatore (mediante idonee barriere fisiche);
- organizzare spazi, luoghi e arredi dedicati;
- garantire percorsi distinti di accesso (rispetto a quelli utilizzati anche dai residenti della struttura);
- garantire una sorveglianza continua (tenendo una distanza idonea ad osservare i comportamenti rispettando la riservatezza delle conversazioni).

Analoghe valutazioni valgono anche per le visite all'aperto effettuate nel rispetto delle misure di distanziamento e sorveglianza previste.

Si raccomanda di attuare soluzioni tipo "sala degli abbracci" dove un contatto fisico sicuro può arrecare beneficio agli ospiti in generale e a quelli cognitivamente deboli in particolare.

Resta escluso ogni accesso di familiari e visitatori a residenti che si trovano nei nuclei di degenza o posti in isolamento, salvo la possibilità che il direttore sanitario in via eccezionale conceda deroghe nominative, e con assunzione di responsabilità da parte del familiare, in casi di estrema necessità e indifferibilità (ad es. situazione di fine vita). Nei casi di estrema necessità sono da ricomprendere anche quelle situazioni dove la presenza di un familiare viene valutata essenziale per la cura del residente [1]; ad esempio in fase di inserimento complesso, nei casi di depressione con rifiuto di alimentarsi o bere con conseguente deperimento e perdita di peso [1]. In questi casi il direttore sanitario dovrà provvedere a definire anche le modalità di accesso in sicurezza (percorso, igiene delle mani, vestizione/svestizione con DPI appropriati, sorveglianza da parte dell'operatore, ecc.).

Nelle situazioni di fine vita, su richiesta del morente o dei familiari, è opportuno anche autorizzare l'assistenza spirituale, ove non sia possibile attraverso modalità telematiche, con tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 [1]. Altresì, l'ingresso del familiare alla camera mortuaria (anche per decessi associati a infezione da SARS-CoV-2) può essere consentito se l'accesso alla stessa è separato e non interferisce con i percorsi

[16] Circolare del Ministero della Salute del 30 novembre 2020. Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura.

interni della struttura, nonché in presenza di idonee precauzioni e misure di protezione (compreso l'utilizzo di adeguati DPI, secondo quanto riportato nell'Allegato 4).

Le persone autorizzate all'ingresso vanno sottoposte al protocollo di sorveglianza per impedire l'accesso a persone sintomatiche o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di Covid-19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni. È opportuno utilizzare il questionario anamnestico che va compilato da un operatore della struttura unitamente alla rilevazione della temperatura corporea [1].

Al fine di favorire gli accessi dei parenti e visitatori in sicurezza si raccomanda di effettuare test antigienici rapidi direttamente in loco. In caso di esito negativo i visitatori sono autorizzati ad accedere alla struttura secondo nel rispetto delle misure previste.[17].

I parenti e i visitatori devono essere sensibilizzati sulle modalità messe in atto dalla struttura per la prevenzione del contagio e sui comportamenti da adottare durante l'incontro. Devono indossare la mascherina chirurgica (o altri DPI raccomandati), mantenere il distanziamento sociale ed effettuare l'igiene delle mani all'ingresso e all'uscita dalla struttura. Devono altresì essere fornite tutte le indicazioni comportamentali da tenere durante la permanenza in struttura [1].

È opportuno che ogni struttura predisponga un registro degli accessi [2] di tutti i visitatori completo di data e orario per permettere in caso di necessità di effettuare un'inchiesta epidemiologica e risalire a tutti i contatti del caso in modo tempestivo.

5.3 Fornitori, manutentori e altri operatori

La permanenza nei locali deve essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche. Qualora personale tecnico debba accedere ad aree assistenziali per motivate ragioni (pulizie, manutenzioni, ecc.) esso si deve mantenere per il tempo strettamente necessario all'esecuzione dell'intervento e osservare le distanze di sicurezza.

Va monitorata la temperatura corporea di fornitori, manutentori e/o altri operatori e indagata l'eventuale presenza di sintomi suggestivi di infezione da Covid-19, individuando procedure e figure dedicate a tale scopo. Va vietato l'accesso in caso di febbre o presenza di sintomatologia suggestiva.

Inoltre, si raccomanda di:

- verificare che siano dotati di mascherina chirurgica;
- fare in modo che l'ingresso sia limitato ad una persona alla volta e previa esecuzione dell'igiene delle mani; si consiglia di individuare strategie per evitare il contatto tra fornitori e personale sanitario; in ogni caso deve essere rispettato il distanziamento sociale;

---

[17] Nursing Home Visitation COVID-19. QSO-20-39-NH. Posting date 17/09/2020. Centers for Medicare & Medicaid Services www.cms.gov/files/document/qso-20-39-nh.pdf; Circolare del Ministero della Salute del 30 novembre 2020. Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura.

- predisporre accessi e percorsi dedicati per fornitori, manutentori (eventuali altri soggetti che dovessero accedere) per migliorare il controllo dei flussi;
- verificare l'effettuazione dell'igiene delle mani alla fine delle operazioni.

6. Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti/probabili/confermati di Covid-19 tra residenti e operatori

6.1 Residenti

- Effettuare un attento monitoraggio clinico quotidiano di tutti i residenti alla ricerca di sintomi tipici e atipici di insorgenza dell'infezione da Covid-19 [1] [2][18];
- rilevare quotidianamente la temperatura corporea di ogni singolo residente; nei soggetti in isolamento e clinicamente più fragili, garantire anche la rilevazione della saturazione e della frequenza respiratoria confrontando i dati con quelli basali [2];
- realizzare tamponi antigenici rapidi e/o molecolari sui residenti[19] [9] in presenza di sintomi suggestivi di Covid-19 o di altro caso sospetto o confermato di residenti (vedere punto 8) o in caso di contatto stretto con operatori positivi;
- compatibilmente con la capacità organizzativa della struttura di effettuazione dei test, può essere eseguito uno screening su tutti i residenti, con la medesima periodicità e modalità dello screening effettuato sugli operatori e ad esclusione dei residenti guariti da meno di 90 giorni.
- realizzare eventuali test sierologici se indicati da TF RSA e/o APSS.

6.2 Operatori

Per tutti gli operatori vanno poste in essere le seguenti misure [1]:

- responsabilizzare gli operatori all'autocontrollo della sintomatologia (febbre e/o sintomi simil-influenzali[7], anche lievi) ed alla segnalazione delle condizioni di rischio (es. familiare sintomatico);
- predisporre da parte della struttura la misurazione della febbre a inizio turno (di norma tramite termo-scanner) per tutti gli operatori. Tutti gli operatori sintomatici o con temperatura >37,5°C devono astenersi dalle attività lavorative;
- mettere in atto le strategie di screening per gli operatori della RSA, in coerenza con le indicazioni di APSS (vedere Allegato 3), privilegiando, a parità di indicazioni, l'utilizzo dell'accertamento meno invasivo;

---

[18] I residenti, in modo particolare con deficit cognitivo o alterata capacità di comunicazione, devono essere monitorati per l'insorgenza atipica della patologia (compresi episodi di tachipnea, alterazione dello stato mentale, apatia, perdita di peso, inappetenza, delirium, tachicardia o ipotensione). Le persone con demenza possono mascherare le manifestazioni cliniche da Covid-19; qualsiasi cambiamento significativo dello stato clinico rispetto alle condizioni basali deve essere valutato con attenzione.

[19] Sulla base delle evidenze scientifiche oggi disponibili e delle linee di indirizzo formulate dalle organizzazioni sanitarie internazionali, allo stato attuale non è opportuno testare persone che, dopo essersi ammalate, sono virologicamente guarite e asintomatiche; in queste situazioni, infatti, l'eventuale rilievo di un tampone positivo non dimostra la possibile contagiosità.

Le ulteriori indicazioni specifiche sulle misure di prevenzione, protezione e sorveglianza rivolte al personale sono elencate nell'Allegato 2.

7. Preparazione della struttura per la gestione dei casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19

7.1 Aree comuni e ingressi

Le strutture devono predisporre ed esporre promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver riportanti indicazioni sull'igiene delle mani, sull'igiene respiratoria, sulla necessità di monitorare il proprio stato di salute nonché sul distanziamento sociale e altre precauzioni. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media. Va garantita la disponibilità della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ingresso, in uscita e nelle aree comuni.

7.2 Presidi e dispositivi

La Direzione in collaborazione con il comitato multidisciplinare e il referente Covid effettua un'adeguata programmazione dell'approvvigionamento dei DPI e di altri prodotti necessari (es. soluzione idroalcolica, sapone, termometri senza contatto, pulso-ossimetri, ossigeno ecc.), anche sulla base delle forniture periodiche di materiale sanitario da parte della Protezione Civile, per il tramite di UPIPA e di APSS in attuazione delle direttive per le RSA. In particolare, devono essere effettuate e documentate stime circa la qualità e le quantità necessarie per poter garantire la disponibilità anche in situazioni di crisi. In struttura deve essere sempre disponibile una scorta minima di DPI in grado di coprire il fabbisogno per almeno 30 giorni.
Per ulteriori indicazioni si rimanda all'Allegato 2.

7.3 Igiene e sanificazione ambientale

Si raccomanda di revisionare e aggiornare il piano di pulizia e sanificazione ambientale con particolare attenzione alla frequenza di intervento, alle superfici toccate frequentemente, ai bagni, alle aree comuni, all'uso di detergenti e disinfettanti specifici, all'utilizzo di attrezzature dedicate. Tutte le superfici ad alta frequenza di contatto (es. maniglie, corrimani, tavoli, sedie e le altre superfici a rischio) devono essere deterse e disinfettate almeno 2 volte al giorno [1].

È necessario aerare frequentemente i locali (compresi alloggi dei residenti e aree di passaggio/comuni) e definire le modalità interne per effettuare la detersione/disinfezione "in urgenza" di oggetti (comodino, armadio, materasso) e locali nei quali ha stazionato un residente (es. stanza, ambulatorio) nel caso si sospetti un'infezione da Covid-19.

Si raccomanda l'applicazione delle seguenti misure di sanificazione:

- gestione di dispositivi medici/attrezzature: utilizzo dispositivi monouso o personalizzati, trattamento dei dispositivi medici/attrezzature prima dell'uso su altri residenti (detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm o alcol 70%);
- gestione stoviglie: lavaggio in lavastoviglie a 60°C;
- gestione biancheria (piana e personale): lavaggio a 60°-90°C;
- igiene ambientale stanza/area isolamento: detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm delle superfici ambientali; detersione e disinfezione con cloro-donatori 5.000 ppm dei servizi igienici; detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm delle superfici frequentemente toccate almeno due volte al giorno; preferire utilizzo di panni monouso; trattamento di carrello e attrezzature dedicate all'area di isolamento;
- igiene ambientale stanza precedentemente occupata dal residente: arieggiare il locale; detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm delle superfici; sostituire il letto del residente contatto (necessario avere un letto aggiuntivo).

I prodotti (es. disinfettanti) e le procedure utilizzate per la sanificazione dei locali nelle strutture devono essere coerenti con le indicazioni dell'ISS, a cui si rimanda [1] [10].

Il personale che effettua le procedure di sanificazione ambientale deve essere formato, rispettare i comportamenti di sicurezza e indossare correttamente tutti i DPI raccomandati [1].

7.4 Aree e misure di isolamento

In tutte le strutture devono essere identificate alcune aree e/o stanze, in numero adeguato al numero dei residenti, che consentano l'isolamento dei casi, in attesa di definizione diagnostica o prima del trasferimento ad altra struttura (RSA Covid/struttura Covid territoriale).

Per la gestione degli isolamenti dei casi sospetti e confermati va privilegiata la predisposizione di un'area dedicata in cui concentrare l'assistenza e relativi percorsi (se possibile, a senso unico) in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree "pulite" e aree "sporche".

Le aree di isolamento devono prevedere "stanze di isolamento singole con bagno dedicato e, possibilmente, con anticamera" [1]. Se non sono disponibili camere singole, prendere in considerazione l'isolamento per coorte di residenti con il medesimo profilo di rischio in stanze doppie che garantiscano il necessario distanziamento. Si raccomanda di non isolare i residenti con sospetto Covid-19 con residenti con Covid-19 confermato.

Il numero di stanze di isolamento in ciascuna struttura (edificio) è stabilito nella seguente misura[20]:

- fino a 25 posti letto autorizzati: 1 stanza;
- da 26 a 60 posti letto autorizzati: 2 stanze;
- da 61 a 100 posti letto autorizzati 3 stanze;
- oltre i 100 posti letto autorizzati 4 stanze.

[20] Nei posti letto autorizzati sono inclusi anche i posti letto di casa di soggiorno.

Oltre alle stanze di isolamento ogni struttura dovrà garantire per la quarantena la disponibilità di una stanza da adibire a stanza singola con bagno dedicato fino a 80 posti letto[19] e di due sopra gli 80 posti letto. Ulteriori posti potranno essere individuati dalla struttura in accordo con la Provincia in relazione alle specifiche caratteristiche infrastrutturali.

Qualora il numero di stanze fosse insufficiente dovrà essere assicurato l'isolamento temporaneo in stanza ed eventualmente attivato il trasferimento del caso verso la RSA Covid. In questo caso la quarantena dei contatti stretti di caso va effettuata nella stanza del residente.

La riduzione dei posti che consegue la riorganizzazione secondo i predetti criteri, deve interessare prioritariamente i posti letto non convenzionati con il servizio sanitario provinciale.

Compatibilmente con la situazione della RSA, le aree di isolamento dovrebbero essere il più possibile individuate secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo dell'infezione [1].

Nelle aree di isolamento/quarantena vanno evitati il più possibile percorsi comuni, sia per il personale sia per i materiali, da e per le aree di isolamento; in particolare vanno identificati e tenuti separati:

- percorsi pulito-sporco;
- percorsi di fornitura materiali (farmaci, presidi, biancheria);
- percorsi del servizio ristorazione soprattutto per quanto riguarda il riassetto postprandiale;
- percorsi per l'eliminazione dei rifiuti speciali e non, con definizione di apposito protocollo, incluso la disponibilità di contenitori vicino all'uscita all'interno della stanza del residente per scartare i dispositivi medici monouso e DPI monouso qualora fosse necessario;
- percorsi di servizio per le celle mortuarie;
- percorsi di accesso per il personale dedicato, con identificazione di un punto fisico separato da quello delle altre aree o, comunque, prevedendo che l'accesso alle aree di isolamento disponga di un'area filtro per indossare (in entrata) e per togliere (in uscita) i dispositivi e DPI in sicurezza ed effettuare una accurata igiene;

Essenziale è:

- fornire al personale le indicazioni necessarie per il corretto approccio all'assistenza all'ospite caso sospetto/probabile/confermato per l'utilizzo dei dispositivi e DPI e dei comportamenti da seguire;
- fornire ai medici curanti e/o ad ogni altro eventuale professionista identiche indicazioni in ordine alla riorganizzazione per aree separate e all'utilizzo dei dispostivi e DPI e ai comportamenti da seguire.

Nelle aree di isolamento/quarantena e nelle condizioni di isolamento temporaneo devono essere messe in atto tempestivamente e rispettate le seguenti procedure [1]:

- fare indossare al residente una mascherina chirurgica, se tollerata;

- applicare rigorosamente le precauzioni standard e aggiuntive da contatto e droplet nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di Covid-19: guanti, dispositivi di protezione respiratoria, occhiali di protezione/visiera, tuta/camice monouso (possibilmente idrorepellente), copricapo [11];
- praticare frequentemente l'igiene delle mani utilizzando il lavaggio con acqua e sapone e/o la frizione alcolica secondo le indicazioni OMS;
- effettuare la sanificazione frequente (almeno due volte al giorno) nella stanza del residente con acqua e detergenti seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5.000 ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e dei bagni, e allo 0,1% (equivalente a 1.000 ppm) per le altre superfici; prestare attenzione alle aree comuni; effettuare la sanificazione accurata degli ambienti dove il residente confermato soggiornava;
- detergere e disinfettare con alcol etilico al 70% o altro disinfettante conforme alle indicazioni ISS [16]: i dispositivi di cura o attrezzature riutilizzabili (ad esempio, i termometri e gli stetoscopi) ogni volta che si usano da un residente all'altro [1]; se possibile i presidi medici per il monitoraggio (ad es. termometro, sfigmomanometro, saturimetro) dovrebbero essere lasciati all'interno della stanza per l'isolamento [4];
- considerare di raggruppare le attività e pianificare le attività assistenziali al letto del residente per minimizzare il numero di ingressi nella stanza (ad esempio, controllo dei parametri vitali durante la somministrazione di farmaci oppure distribuzione del cibo ad opera di un operatore sanitario che deve eseguire altri atti assistenziali) rivedendo l'organizzazione del lavoro;
- se dovessero essere necessari trasferimenti all'interno della struttura, garantire la minima esposizione ad altri residenti evitando gli spazi comuni durante il percorso, eseguire l'igiene delle mani e far indossare/mantenere la mascherina chirurgica all'ospite;
- garantire una ventilazione regolare degli ambienti;
- riporre con cautela in un sacchetto chiuso ed etichettato la biancheria della persona in isolamento in attesa di essere lavata, evitando il contatto diretto con la propria cute e i propri vestiti. Il personale del servizio lavanderia interno addetto alla ricezione e al lavaggio degli indumenti deve indossare idonei DPI (vedere Allegato 4), non maneggiare la biancheria, procedere al lavaggio in lavatrice con un ciclo completo a 60–90°C con uso di comune detersivo [1] [4]; attenersi inoltre alle procedure concordate con la ditta esterna per la consegna della biancheria (es. utilizzo sacchi idrosolubili contrassegnati);
- predisporre quanto necessario per l'eventuale somministrazione di ossigeno [4];
- garantire un'assistenza diretta quanto più possibile dedicata al fine di ridurre il numero di operatori che vengono a contatto; infermiere e operatore sociosanitario quando operano nella stanza di degenza devono indossare i seguenti DPI: filtrante facciale FFP2 o FFP3 (FFP3 in particolare è raccomandata per proteggere l'operatore che esegue manovre quali ad esempio: bronco aspirazione o procedure che inducono tosse o espettorato che possono generare aerosol delle secrezioni del paziente), occhiali protettivi o visiera, camice idrorepellente a maniche lunghe/tuta, guanti monouso in nitrile o vinile, copricapo;
- sorvegliare e impedire la condivisione di dispositivi personali tra residenti (es. dispositivi di mobilità, libri, gadget elettronici) [4];
- non sono necessarie stoviglie o utensili da cucina usa e getta: le stoviglie e le posate utilizzate dal residente possono essere lavate in lavastoviglie [4]; anche il personale addetto alla ricezione e al lavaggio delle stoviglie deve indossare idonei DPI (vedere Allegato 4).

Resta invariato il percorso di gestione dei Rifiuti Ospedalieri Trattati (ROT) in essere all'interno di ogni struttura. I contenitori dei ROT devono essere collocati all'interno della stanza della persona in isolamento sino alla chiusura, una volta chiusi devono essere subito collocati nel deposito individuato dalla struttura [1]. I rifiuti generati nella cura dei residenti Covid-19 (sospetti o confermati) devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291) [4].

7.5 Azioni per la riduzione delle occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19

Azioni da mettere in atto per ridurre le occasioni di contatto all'interno della struttura con casi sospetti/probabili/confermati, anche solo temporaneamente presenti nella struttura, compatibilmente con la situazione strutturale e contingente, sono:

- prevedere al massimo due residenti per stanza;
- sospendere la somministrazione dei pasti in ambienti comuni e tutte le attività di gruppo che non possano essere gestite in sicurezza, compreso il criterio del distanziamento fisico di almeno un metro [1];
- favorire modalità di socializzazione a piccoli gruppi che non comportino un contatto stretto [1]. Ad esempio, uscite in giardino con un distanziamento di almeno 2 metri, attività ludiche/laboratoristiche individuali [12];
- laddove la struttura sia organizzata in aree/unità con presenza di malati con Covid-19, organizzare le équipe assistenziali per singole aree affinché siano autonome e indipendenti con la finalità di evitare oppure ridurre il più possibile il passaggio di operatori tra le aree, anche durante le ore notturne [1];
- in caso di trasferimenti/spostamenti all'interno della struttura far indossare la mascherina chirurgica (se tollerata) ed eseguire/far eseguire frequentemente l'igiene delle mani ai residenti;
- utilizzare gli ambienti comuni il meno possibile e in momenti differenti della giornata, prevedendo la disinfezione delle superfici tra un gruppo e l'altro (es. differenziazione orari in sala da pranzo, in sala comune, in sala tv, ecc. assegnare i bagni ad ogni gruppo) [12];
- in base ai bisogni del residente, attivare le necessarie misure organizzative affinché le attività assistenziali siano concentrate limitando numero e durata degli accessi ed esponendo al contatto con il caso sospetto/probabile/confermato Covid-19 il minor numero possibile di operatori;
- suddividere gli operatori in piccoli nuclei e operare in zone funzionalmente compartimentate della struttura (per piano o per semipiani, se questi sono muniti di porte di compartimentazione); se la compartimentazione non risulta tecnicamente realizzabile possono essere individuate altre modalità funzionali di separazione, ad esempio tramite nastri o strisce posizionate a terra, teli in plastica o separé;
- separare gli spogliatoi in base alla destinazione degli operatori (per piano, nucleo) se la compartimentazione non risulta tecnicamente realizzabile possono essere individuate altre modalità funzionali di separazione, ad esempio tramite nastri o strisce posizionate a terra, teli in plastica o separé;
- non far transitare gli operatori addetti nelle aree non destinate alle proprie attività e quindi non far spostare in altre aree della struttura se non per comprovata necessità; a tale scopo si

raccomanda di prevedere che anche durante il turno notturno sia garantita la protezione del personale, con eventuali adeguamenti organizzativi e logistici e prevedendo aree di filtro per il cambio dei DPI [4];

- per quanto possibile, cercare di evitare che gli operatori transitino per ragioni di lavoro tra più strutture[21] [2];
- individuare il luogo di eventuale consumazione del pasto per il personale, con idonei locali e con opportune indicazioni sulla vestizione/vestizione dei DPI indossati ad inizio turno, con idoneo ricambio d'aria e ove poter garantire il distanziamento di almeno un metro (preferibilmente due); è preferibile organizzare delle turnazioni che permettano l'utilizzo differenziato degli spazi da parte del personale afferente ai diversi servizi (sanitario, amministrativo, di supporto ecc.); si dovrà provvedere alla disinfezione del locale dopo ogni utilizzo [13].

8. Gestione dei casi tra i residenti, procedure diagnostiche e misure di isolamento

Per la definizione di caso di Covid-19 si rimanda alle indicazioni generali contenute nella Circolare del Ministero della Salute 9 marzo 2020 "aggiornamento della definizione di caso" e alla classificazione proposta dall'ECDC specificamente per le RSA, riportata nelle definizioni [2].

Nell'identificare il caso sospetto di Covid-19 tra i residenti, la valutazione clinica assume un ruolo rilevante e deve essere mirata a evidenziare la presenza di manifestazioni tipiche o atipiche di malattia (anamnesi, esame obiettivo, saturimetria, temperatura, ecc).

L'accertamento diagnostico per la conferma di caso sospetto necessita di test molecolare ai sensi della circolare del Ministero della Salute del 3 aprile 2020 e delle successive disposizioni[22]. Va sottolineato che allo stato attuale delle conoscenze e delle esigenze operative, nella gestione del percorso diagnostico, l'elevata accuratezza in particolare nei soggetti sintomatici e la rapidità di risposta rendono utile e raccomandata l'effettuazione di test antigenici rapidi anche come prima scelta. In questo caso il test molecolare di conferma del caso positivo, va effettuato nel più breve tempo possibile (entro 3 giorni).

I casi sospetti, con o senza link epidemiologico, vanno immediatamente isolati e sottoposti a test antigenico rapido o molecolare (non oltre le 12 ore), da parte del medico della struttura o di altro operatore sanitario in possesso delle competenze necessarie, secondo quanto stabilito dalle procedure interne di prescrizione e erogazione di tale attività.

Allo stato attuale delle conoscenze, sul caso sospetto (sintomatico) il risultato positivo di un test antigenico rapido è già indicativo di infezione da SARS-CoV-2 e della necessità di tempestiva messa in atto delle misure di isolamento; in caso di negatività al tampone antigenico rapido, il test

---

[21] Per quanto riguarda il nucleo di RSA di transito è possibile garantire la copertura infermieristica notturna con l'operatore della struttura di riferimento.

[22] Da ultima, circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica".

(antigenico rapido o molecolare) può essere ripetuto entro 24 ore e/o possono essere eseguite altre indagini diagnostiche, quali l'ecografia toracica (il riscontro ecografico di interstiziopatia polmonare possono consentire di accelerare i tempi di accertamento diagnostico).

Il tampone può essere successivamente ripetuto entro 72 ore a fronte della mancata risoluzione della sintomatologia.

Il caso va segnalato con tempestività al coordinatore della TF RSA (telefonicamente e tramite email all'indirizzo mail taskforceapsp@apss.tn.it, fornendo tutte le indicazioni del caso). La comunicazione con la task force va costantemente mantenuta sia per le RSA "Covid-free" che per le strutture nelle quali siano già presenti altri casi positivi.

Si sottolinea che l'esecuzione di un tampone naso faringeo in un paziente non collaborante è causa di una elevata percentuale di falsi negativi. La persona con demenza, soprattutto se agitata o ansiosa, può vivere l'esecuzione dell'esame come una aggressione e può reagire con ulteriore accentuazione dell'agitazione psicomotoria, con rifiuto fino all'aggressività [1b]. Pertanto, è necessario in primis gestire e stabilizzare il disturbo comportamentale e fornire un'informazione chiara e adeguata, cercando di instaurare una relazione di fiducia con il residente. Il tampone deve essere eseguito possibilmente in camera e condizioni di sicurezza per il residente e l'operatore (di norma è prevista la presenza di almeno due operatori). La contenzione fisica non deve essere applicata durante l'esecuzione del tampone [1b]. Qualora non fosse possibile effettuare il tampone è opportuno procedere con valutazioni cliniche e accertamenti diagnostici alternativi (es. test sierologico rapido, ecografia toracica).

Il materiale e la strumentazione per l'esecuzione dei tamponi è rifornito alle RSA da APSS, secondo i consueti canali di approvvigionamento. È necessario che la struttura garantisca costantemente al proprio interno la disponibilità di tutti i presidi necessari per l'effettuazione e lettura dei tamponi (per i test antigenici rapidi).

Al fine di garantire una risposta rapida il tampone molecolare deve essere mandato alla Microbiologia di APSS segnalando l'urgenza. Si richiama l'attenzione sul corretto invio dei campioni mediante gli appositi porta-provette e trasportati negli specifici contenitori per il trasporto dei campioni biologici; essenziale è anche presidiare la qualità dei dati trasmessi all'APSS tramite il preposto gestionale informatico.

In attesa dell'inquadramento diagnostico, le RSA devono gestire i casi sospetti come contagiosi mettendo in atto tutte le misure previste per la minimizzazione del rischio di contagio, quali l'isolamento del residente sospetto e dei contatti stretti (compagno di stanza e altri contatti) (vedere punto 10 e Allegato 3), l'uso dei DPI previsti per l'isolamento/quarantena da parte di tutto il personale che opera nell'assistenza al residente e dei contatti stretti, l'applicazione della mascherina chirurgica al sospetto e ogni altra misura ritenuta adeguata a confinare il rischio (vedere punto 7.4).

Nella gestione in isolamento di una persona con demenza affetta da Covid-19 devono essere considerate le peculiarità cliniche di ogni paziente. In particolare, nel caso la persona con demenza sia nella condizione di wandering (vagabondaggio) devono essere garantiti nella struttura spazi

sicuri nel rispetto delle norme di prevenzione e controllo delle infezioni e deve essere evitato il ricorso a mezzi di contenzione fisica. Si raccomanda in particolare di rendere le camere personali ancora più accoglienti creando percorsi per il wandering [1b].

In presenza di un caso confermato è necessaria l'effettuazione del tampone molecolare sui contatti stretti, nonché di test (molecolari o antigenici rapidi) sui residenti indenni di nucleo/settore/struttura e sugli operatori, sulla base delle indicazioni della TF RSA (i test non vanno effettuati su residenti o operatori guariti da meno di 90 giorni). Tale strategia è indispensabile per l'intercettazione e l'isolamento nel più breve tempo possibile di tutti i possibili contatti asintomatici.

Il focolaio viene dichiarato in presenza di casi positivi tra i residenti con conferma di link epidemiologico locale.

Ove la struttura sia correttamente compartimentata e il focolaio circoscritto a un determinato nucleo/settore, la definizione di focolaio e l'interruzione degli inserimenti dei residenti è limitata alla zona compartimentata interessata dal contagio, fino alla dichiarazione di risoluzione del focolaio (vedere 9.4). Tale valutazione è condotta dalla RSA di concerto con la TF RSA. In alternativa gli inserimenti vengono interrotti secondo quanto previsto ai punti 5.1 e 9.4.

L'Allegato 6 riporta una flow chart del percorso diagnostico da impostare.

9. Gestione dei residenti positivi al Covid-19

9.1 Criteri di trasferimento dei residenti

Quando in una RSA Covid-free vengono confermati uno o più casi positivi di norma va valutato il trasferimento nella RSA Covid. Qualora il numero dei contagiati fosse rilevante la TF RSA in accordo con l'RSA valuta la fattibilità di un isolamento efficace presso la struttura.

La necessità di trasferimento viene stabilita dalla TF RSA con l'accordo del direttore della RSA di provenienza e di destinazione. La RSA inviante prenderà contatto con i familiari fornendo le informazioni e i chiarimenti del caso.

Nel caso in cui fosse necessario definire priorità per l'invio presso la RSA Covid più appropriata, vanno privilegiati, a parità di condizioni cliniche (e di possibilità di tollerare il trasferimento), i soggetti in fase sintomatica (in funzione della loro maggiore contagiosità e durata di malattia prima della riammissione nelle aree indenni), i soggetti per i quali è più complesso gestire il corretto isolamento (non collaboranti e wandering) e le RSA in situazioni più critiche.

I residenti trasferiti vengono inseriti presso la RSA Covid/struttura Covid territoriale più appropriata in relazione al bisogno e alla complessità assistenziale.

9.2 Gestione clinica dei casi confermati Covid-19

Per il trattamento dell'infezione da SARS-CoV-2 le RSA seguono quanto previsto dalle procedure di APSS ("Criteri di prescrizione e dispensazione, terapia, posologia e avvertenza" e "Gestione del paziente con infezione da Coronavirus Covid-19 ad utilizzo RSA" e altre procedure aziendali) e relative integrazioni e indicazioni fornite periodicamente dai referenti clinici di APSS e dalla TF RSA sulla base dell'evoluzione delle conoscenze e delle strategie terapeutiche e assistenziali.

La TF RSA garantisce, se richiesto, un supporto/affiancamento ai responsabili sanitari e gestionali della RSA nelle situazioni di particolare criticità clinica e/o assistenziale. La TF, in relazione alle necessità cliniche, si avvale della consulenza/collaborazione di infettivologi e di altri specialisti (internista, geriatra, pneumologo, ecc.).

Il trasferimento in ospedale è effettuato in relazione allo stato di malattia e alle condizioni cliniche contingenti non gestibili nel contesto della RSA.

9.3 Negativizzazione e certificazione di guarigione

Residente asintomatico (Allegato 5) [14]:

Dopo 10 giorni dalla data di primo tampone positivo, la persona positiva viene sottoposta all'esecuzione di tampone naso faringeo per la ricerca di SARS-CoV-2:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento[23];
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

A scopo precauzionale, il residente resta in isolamento fino alla negativizzazione del tampone molecolare[24].

Residente sintomatico (Allegato 5) [14]:

Dopo 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (di cui almeno 3 giorni senza sintomi), la persona positiva viene sottoposta all'esecuzione di tampone naso faringeo per la ricerca di SARS-CoV-2:

- se il test risulta negativo, la persona è guarita e si interrompe l'isolamento[23,24];
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

A scopo precauzionale, il residente resta in isolamento fino alla negativizzazione del tampone molecolare.

Per completezza si veda l'Allegato 5 [1][25].

---

[23] Allo stato attuale delle conoscenze, si ritiene che passati i termini temporali stabiliti per l'interruzione dell'isolamento la a carica virale sia così bassa da rendere il soggetto non più in grado di contagiare; per la negativizzazione/guarigione si ritiene non sia necessaria la ripetizione del tampone dopo il primo risultato negativo.

[24] Recenti studi scientifici e raccomandazioni nazionali internazionali (CDC, ECDC) evidenziano che le misure di isolamento potrebbero essere interrotte dopo dieci giorni dal test positivo per le persone asintomatiche e dopo 21 giorni per le persone sintomatiche. Allo stato attuale, si ritiene comunque che a scopo precauzionale, in una struttura residenziale (che si configura come "comunità chiusa") fino alla effettiva negativizzazione del test molecolare sia comunque opportuno mantenere tutte le misure preventive atte a minimizzare il rischio di contagio.

I soggetti precedentemente positivi e guariti nei 90 giorni successivi alla guarigione vengono sottoposti a tamponi e eventuali misure di sanità pubblica (es. come "contatto stretto") esclusivamente se sintomatici; per ulteriori elementi si veda anche l'Allegato 2: Gestione di operatori positivi o contatto stretto di caso confermato - Indicazioni di gestione dei soggetti guariti).

9.4 Risoluzione del focolaio

Allo stato attuale, salvo diverse indicazioni specifiche, il focolaio si intende risolto dopo 14 giorni dall'ultimo caso [2]. La dichiarazione di RSA "Covid-free" viene effettuata da parte della TF RSA in collaborazione con la struttura. La dichiarazione comporta una verifica dell'assenza di casi di infezione da SARS-CoV-2 tra i residenti. Tale verifica va effettuata nel più breve tempo possibile (di norma 7 giorni).

La RSA "Covid-free" deve garantire il sistematico monitoraggio dello stato di salute dei residenti (e degli operatori) e la tempestiva allerta della TF RSA qualora si presentassero nuovi casi.

10. Misure per la gestione dei compagni di stanza e altri contatti stretti di un residente Covid-19

Qualora si confermi la presenza di un residente con infezione da Covid-19, va effettuata una tempestiva valutazione del rischio di esposizione al caso tra i residenti, gli operatori e gli eventuali visitatori con effettuazione del tampone. Sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso di Covid-19 e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento [1].

I residenti, contatti stretti di caso, vanno isolati nella propria stanza o nell'area appositamente individuata, se non utilizzata per casi sospetti o confermati.

Il residente viene quindi sottoposto a tampone molecolare:

- se il tampone risulta positivo viene gestito come caso positivo e va posto in isolamento;
- se il tampone risulta negativo, la persona va considerata non infetta; va comunque mantenuta in quarantena e monitorata con particolare attenzione per intercettare tempestivamente l'insorgenza di segni e sintomi suggestivi di infezione.

Dopo 14 giorni dalla fine dell'esposizione a rischio, il residente viene nuovamente sottoposto all'esecuzione di test molecolare:

- se il tampone risulta positivo viene gestito come caso positivo;
- se il tampone risulta negativo, si interrompe la quarantena.

---

[25] Come da previsioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020: "Covid-19: Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena" adattata alle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Provincia autonoma di Trento con circolare prot. n. 651638 di data 22/10/2020 a firma del dirigente del Dipartimento Salute e Politiche Sociali.

Per quanto riguarda le misure rivolte agli operatori si veda l'Allegato 2.

Altri soggetti (es. familiari, fornitori) che hanno avuto contatti stretti con il residente Covid positivo vanno contattati immediatamente e dovranno quindi rivolgersi al proprio curante e seguire le indicazioni del caso.

11. Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate e delle Linee Guida

Ciascuna RSA adotta tempestivamente le presenti "Linee Guida per le Residenze Sanitarie Assistenziali" nell'ambito dei propri processi di gestione, valutazione e miglioramento continuo dei servizi erogati. Il Tavolo Covid RSA, periodicamente e/o a richiesta delle parti potrà essere convocato per informazione, verifica e confronto sulle misure adottate dalle RSA, nonché per l'aggiornamento delle presenti Linee Guida. Le parti potranno far pervenire al Tavolo Covid RSA segnalazioni in merito all'applicazione e alla verifica delle Linee Guida e delle misure adottate presso le singole RSA (o altre strutture residenziali socio-sanitarie), per la valutazione tempestiva di eventuali interventi correttivi e/o di sostegno.

Nel monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni contenute nelle Linee Guida viene assicurato un raccordo operativo e di costante confronto tra TF RSA, esperti del Tavolo Covid RSA e rappresentanti degli enti gestori per la condivisione e la diffusione delle nuove indicazioni scientifiche emergenti, onde migliorarne la possibilità di concreta e omogenea applicazione, anche mediante la diffusione di specifici strumenti di monitoraggio.

Come prospettiva di sviluppo e ottimizzazione va ricordato che per valutare pienamente l'efficacia delle misure adottate è necessario disporre, ai diversi livelli di governo del sistema socio-sanitario (enti gestori, APSS e Provincia) di dati clinici ed epidemiologici affidabili e aggiornati. Sul punto si sottolinea che i più recenti indirizzi europei sulla gestione dell'emergenza Covid specifici per le RSA, evidenziano la necessità di un sistema di sorveglianza e reporting complessivo, informatizzato e calibrato sulle caratteristiche delle residenze sanitarie che possa consentire di integrare e potenziare i flussi informativi e i meccanismi già esistenti di notifica nei confronti dell'autorità sanitaria [2].

A tal fine possono risultare utili e opportuni strumenti informatici e "cruscotti" che permettano una rilevazione continua delle informazioni necessarie e una elaborazione, quanto più possibile, automatizzata degli indicatori richiesti per il monitoraggio clinico ed epidemiologico.

ALLEGATO 1: Comitato multidisciplinare e referente Covid

Il comitato multidisciplinare [4] è un team composto da direttore della struttura, coordinatore sanitario, coordinatore dei servizi (infermieristico) e altre figure professionali della RSA (es. referente qualità, risk manager); il team è coordinato da un professionista sanitario in possesso di adeguate competenze in tema di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Il comitato si occuperà di supportare, in particolare, la direzione della struttura nel garantire/realizzare e aggiornare [4]:

- il "piano Covid-19" di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi;
- la formazione e l'addestramento del personale sull'utilizzo dei DPI, sulle procedure per la disinfezione ambientale, sulla corretta igiene delle mani e sull'isolamento dei residenti sospetti o confermati Covid-19;
- la dotazione e la procedura per un costante approvvigionamento, di un numero sufficiente di DPI in relazione al numero di posti letto e di operatori; in particolare, devono essere effettuate stime adeguate circa le quantità necessarie di mascherine chirurgiche, filtranti facciali FFP2 e FFP3, guanti, camici monouso, protezioni oculari, disinfettanti e soluzione idroalcolica;
- le modalità da implementare per la ricerca attiva di potenziali casi tra i residenti e tra gli operatori e, in base alle disposizioni vigenti, le restrizioni dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-Cov-2;
- le modalità di suddivisione della struttura in aree operative separate (un nucleo o reparto, un piano anche con barriere fisiche mobili);
- la riorganizzazione delle attività di animazione e fisioterapia che dovranno essere realizzate all'interno delle aree operative;
- l'aggiornamento dei piani di continuità operativa, se i membri del personale si dovessero ammalare o auto isolarsi perché sintomatici;
- l'individuazione di stanze/aree da adibire all'isolamento dei residenti;
- la predisposizione e la tenuta di un registro nel quale annotare il personale che si occupa dei casi. Il rischio deve essere valutato in modo individualizzato, ma in generale la normale attività lavorativa può continuare e dovrà essere garantita una sorveglianza sanitaria per rilevare precocemente la comparsa dei sintomi;
- il monitoraggio delle fonti di salute pubblica locali, regionali e nazionali per conoscere l'evoluzione dell'epidemia nel proprio territorio;
- le modalità per informare i residenti delle ragioni dei cambiamenti nella routine abituale, evitando l'eccesso di notizie, che potrebbero ingenerare sentimenti angoscianti;
- le modalità e gli strumenti necessari per garantire la comunicazione tra residenti e familiari;
- le modalità, le attività e gli strumenti necessari per sostenere psicologicamente e spiritualmente i residenti, evitando il più possibile che la preoccupazione, quando non la paura, per il possibile contagio proprio e dei familiari sia l'unico pensiero o comunque assuma forme ricorrenti e angoscianti; una particolare attenzione deve essere riservata alle persone con demenza: l'impatto emotivo dell'isolamento, l'uso dei DPI da parte del personale, le modifiche della routine, il cambio di stanza, la mancanza delle visite dei propri familiari possono scatenare reazioni traumatiche.

Il comitato multidisciplinare può essere individuato anche in comune tra più strutture (in particolare per RSA di piccole dimensioni). Il comitato opera in stretto raccordo con il Comitato per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali di APSS.

Al fine di supportare il datore di lavoro nelle attività di prevenzione del rischio correlato a Covid-19 la struttura nomina il referente Covid[26]. In relazione alla complessità organizzativa, il datore di lavoro individua tale figura fra i soggetti che presentano competenze in materia di salute e sicurezza ai sensi del D.Lgs. 81/08. Il referente Covid opera in sinergia con il comitato multidisciplinare e rappresenta, per quanto di competenza, un punto di contatto con le strutture del Servizio sanitario provinciale (es. UOPSAL, Igiene Pubblica territoriale, ecc) con il compito di supportare il datore di lavoro (al quale rimangano in capo le relative responsabilità) nelle attività di prevenzione del rischio Covid.

Il referente Covid deve essere adeguatamente formato, anche seguendo i corsi FAD dell'ISS sulla piattaforma EDUISS, e fare riferimento a documenti sulla prevenzione e controllo di Covid-19 dell'ISS. In ogni caso deve frequentare specifico corso di formazione curato da UOPSAL i cui contenuti riguarderanno i seguenti argomenti:

- conoscenza dei protocolli nazionali e provinciali e definizione di misure di sicurezza per il controllo del rischio Covid-19;
- modalità di sensibilizzazione, informazione e formazione del personale in merito al punto precedente;
- modalità di monitoraggio del rispetto delle misure di prevenzione e protezione e in generale del proprio sistema di gestione Covid-19.

Il corso si concluderà con relativa prova di valutazione a seguito del quale sarà rilasciata apposita attestazione che servirà per costituire un'anagrafe dedicata. Al referente Covid vengono affidati i seguenti compiti:

- supporto alla direzione della struttura nella definizione dei piani, dei protocolli e delle misure di prevenzione per il controllo del rischio Covid-19;
- sensibilizzazione, informazione e formazione del personale, verifica del rispetto di quanto previsto dal proprio sistema di gestione Covid-19.

Nell'individuazione del referente ed in relazione alle misure di prevenzione intraprese deve essere consultato e informato il RLS. La nomina del referente Covid deve essere comunicata alle rappresentanze dei lavoratori. Il referente Covid opera in stretta collaborazione con il RLS, nonché con le altre figure di riferimento in tema di sicurezza (RSPP, MC).

[26] Si evidenzia che attualmente il referente Covid-19 fa parte di una raccomandazione contenuta nell'Ordinanza del Presidente della Provincia del 15 aprile 2020.

ALLEGATO 2: Prevenzione, protezione e sorveglianza del personale

Sorveglianza sanitaria

In merito, si rileva che diversi interventi tecnico-organizzativi che già nell'ordinarietà contribuiscono al mantenimento al lavoro di soggetti cosiddetti "fragili" [15], a maggior ragione in questo periodo emergenziale, vanno potenziati in termini di efficacia ed è raccomandabile che la sorveglianza sanitaria attuata dal MC ponga particolare attenzione ai soggetti fragili e/o con patologie croniche e anche in relazione all'età: persone di età superiore ai 55 anni. Sul punto si precisa che, secondo quanto riportato nella circolare ministeriale n. 13 del 4/09/2020, l'età superiore a 55 anni non rappresenta una condizione di fragilità di per sé, ma solo se è associata alle patologie che possono ingenerare un maggior rischio (stabilite dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020 e successivamente precisate dal Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 188), nei confronti degli operatori ultracinquantacinquenni, a prescindere dall'idoneità lavorativa, dovrà essere prevista la "sorveglianza sanitaria eccezionale" anche attraverso una visita a richiesta [3]. Va posta particolare attenzione alla collocazione lavorativa in primo luogo per quelle situazioni in cui possano sussistere particolari condizioni di rischio anche legate al Covid-19. Gli stessi soggetti in presenza di condizioni sanitarie che possono rappresentare fattori di maggiore suscettibilità nei confronti del SARS-Cov-2 dovranno invece essere valutati in relazione al rischio lavorativo della mansione svolta con attenzione alla possibilità di esprimere un giudizio di "inidoneità temporanea" o limitazioni dell'idoneità per un periodo adeguato, con attenta rivalutazione alla scadenza dello stesso [3][27]. La sorveglianza sanitaria dei lavoratori e le misure di tutela disposte nei confronti dei soggetti "fragili" vengono attuate in aderenza a indirizzi e criteri per la gestione dell'emergenza Covid-19 nelle aziende approvati e aggiornati periodicamente dal Comitato provinciale di Coordinamento in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro della Provincia autonoma di Trento.

Comportamenti e DPI

È necessario sensibilizzare il personale sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore, con particolare riferimento all'impiego sia all'interno dell'ambiente di lavoro che negli spostamenti da e per il domicilio, degli idonei DPI, nonché di gel o altra soluzione igienizzante e delle misure di distanziamento sociale. È opportuno documentare la presa d'atto di ogni dipendente di questi criteri e verificare la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria. Nell'odierna fase epidemiologica, si raccomanda particolare attenzione alla responsabilizzazione degli operatori sul rispetto, anche al di fuori dei turni di lavoro, del distanziamento fisico e degli altri provvedimenti in vigore, compresi il cercare di limitare ambienti e interazioni a rischio di contagio e la promozione dell'uso della App Immuni per supportare le attività di contact tracing.

---

[27] Si rinvia in particolare a quanto previsto al punto 8 - Gestione dei lavoratori "fragili" - del Vademecum del Comitato prov coord SSL 24,25,26 aprile 2020 - REV.2 – approvazione 26 aprile 2020.

Si richiamano referente Covid, equipe multidisciplinare e RSPP a valutare, in raccordo con il MC, la corretta dotazione e modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione per il personale impegnato nell'assistenza, in relazione alle caratteristiche della struttura, degli ospiti e ai profili di rischio.
Alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente disponibili e delle principali modalità di trasmissione di questa malattia (contatto e droplet), è opportuno ricordare che le mascherine chirurgiche (dispositivi medici opportunamente certificati e preferibilmente del tipo IIR o equivalente), in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi [11] e sono strumenti di lavoro, al pari della divisa, messi a disposizione di tutti gli operatori che operano normalmente sui residenti. Tuttavia, a massima tutela della salute degli operatori, si raccomanda di garantire sempre un adeguato livello di protezione respiratoria per gli operatori sanitari esposti a più elevato rischio professionale.
L'attività assistenziale prolungata e/o continuata con residenti sospetti/probabili/confermati, è considerata a maggiore rischio, e come tale, è necessario l'uso dei filtranti facciali FFP2/FFP3 e va pertanto effettuata una costante valutazione del rischio della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione di RSPP, MC e referente Covid. Si raccomanda, inoltre, di utilizzare il filtrante facciale quando si eseguono procedure in grado di produrre aerosol delle secrezioni come la nebulizzazione di farmaci, l'induzione della tosse o dell'espettorato, l'aspirazione delle secrezioni in una persona che non è in grado di espettorare efficacemente da sola, procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, l'effettuazione di tamponi.
La RSA si assicura che tutti i lavoratori che operano nella struttura, incluso il personale inviato da altre RSA e/o società cooperative e/o altri soggetti pubblici e privati, personale volontario, personale degli appalti, lavoratori socialmente utili, liberi professionisti, abbiano in dotazione i medesimi DPI garantiti ai dipendenti diretti.
La prescrizione sulla dotazione e modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione "in relazione alle caratteristiche della struttura" (es. logistiche, infrastrutturali, impiantistiche), sulla base della valutazione del rischio effettuata, deve in ogni caso salvaguardare, specie nei casi di particolare difficoltà nell'individuazione di percorsi e/o spazi efficacemente separati tra "sporco" e "pulito", l'adozione in via precauzionale di dispositivi di maggiore protezione: guanti, filtranti facciali FFP2, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camice monouso (idrorepellente) e copricapo. Sul punto si precisa che allo stato attuale delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle esigenze di prioritizzazione nell'uso dei DPI, è opportuno che il ricorso alla mascherina FFP2 debba essere riservato alle attività assistenziali a maggior rischio, comportanti un'esposizione diretta a casi sospetti o confermati[28].
Nell'Allegato 4 è riportato un prospetto riassuntivo sull'utilizzo dei DPI nei diversi setting della residenza sanitaria assistenziale.
Per ogni altra situazione non esplicitamente descritta nelle presenti Linee Guida si rinvia a quanto definito nei citati documenti e relativi aggiornamenti dell'ISS [14].

---

[28] Per approfondimenti, si veda il documento dell'European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – Fifth update. 6 October 2020. ECDC: Stockholm; 2020, nonché quanto previsto nell'allegato 4 - Scelta ed utilizzo delle mascherine - del Protocollo generale per la sicurezza sul lavoro rev. 7- 31 luglio 2020 della Provincia autonoma di Trento. N. straordinario n. 1 al B.U. n. 31/Sez. gen. del 03/08/2020.

Gestione di operatori positivi o contatto stretto di caso confermato

Operatore positivo asintomatico (Allegato 5):
Dopo 10 giorni dalla data di primo tampone positivo (es. realizzato nell'ambito dei tamponi molecolari di screening periodico)[29], l'operatore viene sottoposto all'esecuzione di tampone molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento[30];
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

Dopo 21 giorni dalla data del primo test positivo, l'operatore effettua test molecolare o test rapido antigenico:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento[29] e la persona riprende la sua ordinaria attività lavorativa;
- se il test risulta positivo, l'operatore rientra in comunità. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, la persona non può essere destinata ad attività assistenziale diretta: è consentita l'attività a basso rischio di contagio e con l'utilizzo di DPI appropriati. Il test dovrà essere effettuato con cadenza settimanale a cura della struttura di appartenenza; a seguito di risultato negativo, l'operatore riprende la sua ordinaria attività lavorativa.

Operatore positivo sintomatico (Allegato 5):
Gli operatori sintomatici per patologia respiratoria o in presenza di sintomi suggestivi dell'infezione da Covid-19, anche lievi, o con temperatura >37,5°C devono astenersi dalle attività lavorative ed effettuare il tampone molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2. A questo proposito, qualora l'operatore diventi sintomatico durante l'attività lavorativa, è necessario che in struttura sia disponibile una minima dotazione di tamponi e che ci sia almeno un operatore in grado di eseguirlo correttamente. Il tampone molecolare deve sempre confermare l'esito dell'eventuale test antigenico rapido precedentemente eseguito.
Qualora l'operatore diventi sintomatico al di fuori dell'attività lavorativa, esso deve informare prontamente la struttura e rivolgersi al proprio medico curante. Fino alla risposta del tampone deve restare in isolamento domiciliare come caso sospetto. In caso di conferma diagnostica, il soggetto rimane in isolamento domiciliare.
Dopo 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (di cui almeno 3 giorni senza sintomi, non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo), l'operatore viene sottoposto all'esecuzione di test molecolare su tampone oro/naso faringeo per la ricerca di SARS-CoV-2:

---

[29] Va evidenziato che allo stato attuale (accuratezza e finalità di utilizzo di test sono un ambito in costante evoluzione tecnico-scientifica) nei contesti comunitari la positività al test rapido può consentire di stabilire che la persona è positiva, anche senza la fase di conferma del risultato del test con tampone molecolare, al fine di mettere tempestivamente in atto le misure di isolamento e programmare il tampone di fine isolamento.
[30] Allo stato attuale delle conoscenze, si ritiene che passati i termini temporali stabiliti per l'interruzione dell'isolamento la a carica virale sia così bassa da rendere il soggetto non più in grado di contagiare; per la negativizzazione si ritiene non sia necessaria la ripetizione del tampone dopo il primo risultato negativo.

- se il test risulta negativo, l'operatore è guarito e si interrompe l'isolamento[30];
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

Dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi, la persona effettua test molecolare su tampone oro/naso faringeo o test rapido antigenico su tampone naso faringeo o nasale:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento e l'operatore riprende la sua ordinaria attività lavorativa[31];
- se il test risulta positivo, l'operatore rientra in comunità. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, la persona non può essere destinata ad attività assistenziale diretta: è consentita attività a basso rischio di contagio con l'utilizzo di DPI appropriati. Il test dovrà essere effettuato con cadenza settimanale a cura della struttura di appartenenza; a seguito di risultato negativo, la persona riprende la sua ordinaria attività lavorativa.

Operatore contatto stretto di caso confermato (Allegato 5):
Si precisa che l'operatore impegnato nell'assistenza diretta di un caso di Covid-19 non è da considerarsi "contatto stretto" quando l'attività assistenziale viene condotta con l'utilizzo completo e corretto dei DPI. Nel caso di contatto stretto con caso sospetto (lavorativo o extra-lavorativo), in attesa di conferma diagnostica di infezione da SARS-CoV-2, vanno messe in atto con particolare attenzione le precauzioni comportamentali (anche in comunità) e le misure di protezione individuale (DPI) atte a ridurre il rischio di contagio, non viene comunque interrotta o ridefinita l'attività lavorativa.

In presenza di contatto stretto di caso confermato, in particolare in ambito extra-lavorativo, qualora l'organizzazione delle attività consenta di sopperire all'assenza dell'operatore, si raccomanda la sospensione dell'attività lavorativa. In alternativa, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'efficacia delle misure di compartimentazione adottate dalla struttura, l'attività prosegue destinando, per quanto possibile, il lavoratore ad attività a basso rischio di contagio e con l'utilizzo di DPI appropriati (per garantire il massimo livello di protezione di residenti e operatori nel caso in cui non possa essere evitato lo svolgimento di attività assistenziali). La persona viene monitorata attivamente dal datore di lavoro (o suoi delegati) per dieci giorni, durante il quale si applica la procedura relativa ai lavoratori di servizi essenziali.

In quinta giornata dall'ultimo contatto a rischio la persona effettua test molecolare su tampone naso faringeo:

- se il tampone risulta positivo, viene gestita come caso positivo e vengono attivate le misure di isolamento;
- se il tampone risulta negativo, prosegue l'attività lavorativa.

[31] Allo stato attuale delle conoscenze, si ritiene che passati i termini temporali stabiliti per l'interruzione dell'isolamento la a carica virale sia così bassa da rendere il soggetto non più in grado di contagiare; per la negativizzazione si ritiene non sia necessaria la ripetizione del tampone dopo il primo risultato negativo.

Dopo dieci giorni dall'ultimo contatto a rischio la persona effettua test molecolare su tampone naso faringeo o test rapido antigenico nasale:

- se il test risulta positivo, viene gestita come caso positivo e vengono attivate le misure di isolamento;
- se il test risulta negativo, cessa ogni misura preventiva.

Il risultato negativo del test diagnostico effettuato prima del decimo giorno di quarantena non comporta l'interruzione della stessa[32].

Il caso positivo, mediante la reportistica del flusso tamponi, viene segnalato in automatico al Dipartimento di Prevenzione (Centrale Covid) che provvederà ad inviare il certificato di isolamento al caso e ai suoi conviventi, nonché a prenotare i tamponi di fine isolamento. Alla Centrale Covid compete di coordinare l'indagine epidemiologica e la sorveglianza del soggetto, in collaborazione con la struttura.

Si sottolinea che per il soggetto guarito da meno di 90 giorni non va trattato come contatto stretto (per esempio di positivizzazione di convivente) e non è necessaria la quarantena.

Caso positivo al test antigenico rapido

Qualora in alternativa al tampone molecolare venga effettuato un test antigenico rapido, va effettuato il test molecolare di conferma nel più breve tempo possibile (entro 3 giorni).

Isolamento domiciliare

Nel corso dell'indagine epidemiologica è necessario verificare la possibilità di corretto isolamento del soggetto positivo (o del contatto stretto) nei confronti degli altri soggetti conviventi. Qualora ciò non sia attuabile si deve proporre all'operatore di usufruire di alloggi a tal fine dedicati. La disponibilità di queste soluzioni può risultare particolarmente importante anche per evitare dilatazione dei tempi di ripristino dell'attività lavorativa ordinaria del contatto stretto di caso in situazioni di appartenenza allo stesso nucleo familiare di persone indenni e positive al Covid-19.

Possibilità di effettuare tamponi in RSA

Oltre ai tamponi di screening la struttura può effettuare per i propri operatori tamponi di diagnosi e di certificazioni di guarigione in collaborazione con APSS. Tali attività non prevede oneri diretti a carico della struttura rientrando nelle azioni di sanità pubblica attuate a livello provinciale per la prevenzione e il controllo di SARS-CoV-2.

Per garantire una più tempestiva attestazione di guarigione e facilitare il rientro al lavoro in sicurezza dei propri dipendenti APSS può autorizzare le strutture, se in possesso di caratteristiche strutturali/organizzative adeguate, ad effettuare direttamente i tamponi di guarigione per i propri dipendenti e i loro familiari conviventi.

---

[32] Circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica".

Rientro al lavoro

Il tampone da eseguire al lavoratore, al rientro in sede dopo una assenza per malattia non correlata al Covid-19, per ferie o aspettative di durata di almeno due settimane, è opportuno che venga effettuato presso la struttura successivamente alla ripresa dell'attività lavorativa (l'operatore svolge regolarmente la propria attività lavorativa in attesa dell'esito del tampone di monitoraggio). Qualora la tempistica lo consenta tale tampone può coincidere con quello di screening periodico degli operatori previsto ai sensi delle vigenti Linee Guida RSA (Allegato 3).

Indicazioni di gestione dei soggetti guariti.

Allo stato delle attuali evidenze scientifiche il rischio di reinfezione a 45 giorni dal primo episodio è molto basso (0,04%) e gli anticorpi IgG specifici per SARS-CoV-2, presenti in oltre il 90% delle persone che sono state infettate, sono stati rilevati in quasi tutti gli individui almeno fino a 90 giorni[33]. Tuttavia, considerato il numero molto limitato di casi di recidive confermate e applicando il principio di precauzione, allo stato attuale si prevede che vengano rivalutati i casi guariti sintomatici contatti stretti di soggetto positivo. Vanno altresì rivalutati tutti gli individui, precedentemente positivi e definiti guariti, riesposti dopo tre mesi ad un caso positivo come contatto stretto. È necessario, pertanto, sospendere l'esecuzione di ulteriori tamponi a seguito di guarigione accertata da tampone molecolare (svolto secondo adeguate tempistiche) purché non si incorra nelle condizioni precedentemente riportate.

Redazione del certificato INAIL

Per chi va fatta: Si deve redigere la denuncia d'infortunio sul lavoro nei confronti dei lavoratori:

- che risultano affetti da coronavirus (SARS-Cov-2);
- appartenenti a categorie per le quali INAIL presume vi sia un rischio professionale in relazione all'epidemia: non solo gli operatori sanitari, ma quanti condividono la condizione di elevato rischio, quindi, a titolo esemplificativo: lavoratori in front-office, personale non sanitario operante all'interno della struttura con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, ecc.

Quando va fatta: la certificazione ad INAIL viene effettuata alla conferma diagnostica del caso.

Il caso sospetto inizia l'iter diagnostico avvalendosi di certificazione di malattia emessa dal proprio medico curante. Se il tampone è positivo, il MMG redige certificazione di infortunio INAIL. Se il dipendente si reca spontaneamente in PS e esegue lì l'iter diagnostico, la denuncia INAIL potrà essere fatta dal PS purché sussista la conferma diagnostica del caso. Se invece il dipendente viene re-inviato a domicilio in attesa dei referti, la segnalazione INAIL verrà effettuata dal MMG una volta ricevuta la conferma diagnostica.

[33] European Centre for Disease Prevention and Control. Reinfection with SARS-CoV: considerations for public health response: ECDC; 21 September 2020.

ALLEGATO 3: Tamponi di screening e test sierologici per il personale delle RSA

Lo screening mediante tampone agli operatori (molecolare, rapido o altre modalità indicate da APSS in relazione all'esperienza e allo sviluppo delle conoscenze) rappresenta allo stato attuale lo strumento più affidabile ed efficace per individuare eventuali positività al Covid-19 che dovessero insorgere tra gli operatori asintomatici consentendo così di mettere tempestivamente in atto le necessarie misure di prevenzione e isolamento (aspetto essenziale per tutelare la salute degli ospiti nelle "comunità chiuse" quali le RSA).
Nell'odierna fase pandemica si evidenzia, in particolare, la necessità di testare regolarmente e frequentemente tutti gli operatori delle RSA [2]. Anche eventuali altre persone che accedono regolarmente alla struttura devono sottoporsi allo screening.
Per effettuare lo screening del personale, l'APSS pianifica e comunica periodicamente, alle RSA, alle rappresentanze dei lavoratori e al Tavolo Covid RSA, target (tipologia di operatori/lavoratori coinvolti e di struttura), strategia e protocollo di effettuazione dei tamponi di screening e dei test sierologici classici.
Si conferma il seguente schema di effettuazione dei tamponi di screening e dei test sierologici.

TARGET	TAMPONE MOLECOLARE	TAMPONE ANTIGIENICO RAPIDO	TEST SIEROLOGICI
Tutti gli operatori*	Ogni 7-14 giorni [2] come da indicazioni APSS/PAT	Ogni 3-4 giorni [2][34] come da indicazioni APSS/PAT	Come da indicazioni APSS/PAT[35]

*Possono essere esclusi dal monitoraggio i soggetti guariti da meno di novanta giorni [9].

Nella fase attuale della pandemia, i tamponi di screening degli operatori vanno effettuati con test molecolare e cadenza settimanale (ogni sette giorni), cercando di privilegiare nell'effettuazione degli stessi la seconda parte della settimana lavorativa/fine settimana. In attesa dell'esito del tampone di monitoraggio viene regolarmente svolta l'attività lavorativa. L'attività di screening con tale periodicità è estremamente importante per le strutture che finora sono risultate prevalentemente indenni al contagio da SARS-CoV-2.
Si precisa che i test sierologici, secondo le indicazioni dell'OMS, non sostituiscono il test di screening o diagnostico su tampone, tuttavia possono fornire dati epidemiologici molto utili per le decisioni di sanità pubblica riguardo la circolazione virale nella popolazione anche lavorativa. Circa l'utilizzo dei test sierologici nell'ambito della sorveglianza sanitaria per l'espressione del giudizio di idoneità, allo stato attuale, quelli disponibili non sono caratterizzati da una sufficiente validità per tale scopo. In ragione di ciò, non emergono indicazioni al loro utilizzo per finalità sia diagnostiche che prognostiche nei contesti occupazionali, né tantomeno per determinare l'idoneità del singolo lavoratore [15].

[34] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK, 19 November 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
[35] Gli eventuali test sierologici sui residenti vanno realizzati sulla base di indicazioni di APSS.

ALLEGATO 4: DPI raccomandati

Setting	Residente da tutelare	Attività	Destinatario dell'indicazione	Dispositivi di protezione raccomandati[36]	Note, Indicazioni sull'utilizzo[37]
Aree RSA[38] - stanze di degenza, locali adibiti a attività sanitaria, spazi comuni interni o esterni (vita comunitaria, visite dei familiari, ecc.)	Indenne Guarito	Assistenza diretta al residente (igiene, alzate, cure infermieristiche, fisioterapia, ecc.) Attività di gruppo e inclusive Spostamenti nella struttura	Residente	Mascherina chirurgica, se tollerata	Quando si indossa il facciale filtrante (FFP2/FFP3) è importante effettuare la prova di tenuta. Se il FFP è dotato di valvola espiratoria è indicato sovrapporre una mascherina chirurgica. Al fine di garantire l'aderenza del FFP al viso dell'operatore si raccomanda di raccogliere i capelli lunghi, non portare barba e/o basette lunghe.
			Operatore sanitario/socio-sanitario	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per procedure a rischio di contatto con fluidi corporei e secrezioni)	
		Esecuzione tampone oro/naso faringeo o procedure a rischio di generazione di aerosol	Operatore sanitario/socio-sanitario	FFP2/FFP3, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti e copricapo	

[36] Raccomandazioni per la tutela dei residenti, degli operatori e degli altri soggetti che accedono al contesto residenziale formulate in coerenza con indicazioni internazionali e nazionali di riferimento, conoscenze scientifiche e esperienza sul campo di utilizzo di DPI nei contesti residenziali. Si ricorda che la dotazione di DPI della struttura viene stabilita (e rivalutata periodicamente) dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del referente Covid, del medico competente e del comitato multidisciplinare. L'uso delle mascherine deve essere sempre corretto e combinato con altre azioni di prevenzione/igiene personale e respiratoria. Si ribadisce la necessità di prestare particolare attenzione alla protezione dei soggetti indenni.

[37] Indicazioni generali e specifiche su precauzioni e dispositivi di protezione in assenza o presenza di casi sospetti e confermati (filtranti facciali, camici/grembiuli, protezioni oculari…).

[38] Si intendono compresi nuclei/aree non adibiti a quarantena o isolamento.

		Accessi in stanza per ragioni diverse dall'assistenza diretta	Residente	Mascherina chirurgica, se tollerata	
			Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore autorizzato)	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per la sanificazione ambientale)	
		Accesso in spazi di visita dedicati o spazi esterni	Familiare autorizzato	Mascherina chirurgica	
Stanza/area isolamento[39]	Caso sospetto Caso positivo	Assistenza diretta al residente	Residente	Mascherina chirurgica , se tollerata, in modo particolare durante gli spostamenti	Quando si indossa il facciale filtrante (FFP2/FFP3) è importante effettuare la prova di tenuta. Se il FFP è dotato di valvola espiratoria è indicato sovrapporre una mascherina chirurgica. Al fine di garantire l'aderenza del FFP al viso dell'operatore si raccomanda di raccogliere i capelli lunghi, non portare barba e/o basette lunghe. È possibile l'utilizzo di dispositivi di protezione del viso (filtranti facciali, occhiali/visiera) per più residenti senza
		Eventuali spostamenti nella struttura	Operatore sanitario/socio-sanitario	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	
		Esecuzione tampone oro/naso faringeo o manovre/procedure a rischio di generazione di aerosol	Operatore sanitario	FFP2/FFP3, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	

[39] Nella RSA vengono individuate strutturalmente e/o funzionalmente secondo i criteri di progressione in rapporto alla gravità e al rischio diffusivo dell'infezione zone per la gestione dei residenti "quarantenati", "contatti stretti", sospetti e contagiati (area Covid). Si raccomanda di ridurre al minimo il numero degli addetti esposti assicurando formazione e addestramento specifici.

		Accessi in stanza per ragioni diverse dall'assistenza diretta	Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore eccezionalmente autorizzato)	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	rimozione, purché non siano danneggiati/contaminati. Si raccomanda la sostituzione dei guanti se contaminati, nel passaggio tra una procedura sporca e una pulita, nel passaggio tra un ospite e l'altro I camici (con certificazione per rischio biologico) possono essere monouso o pluriuso. Se pluriuso rispettare le indicazioni del produttore per il riutilizzo (modalità lavaggio e numero di trattamenti). Nell'assistenza a ospiti sospetti si raccomanda la sostituzione del camice tra un ospite e l'altro.
			Familiare eccezionalmente autorizzato	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice, guanti, copricapo, sovrascarpe	
Stanza/area		Assistenza diretta al residente	Residente	Mascherina chirurgica , se tollerata, in modo particolare durante gli spostamenti	Quando si indossa il facciale filtrante

[40] L'adozione di misure logistiche idonee a garantire adeguato distanziamento fisico e quarantena del residente che entra in RSA proveniente dal territorio o successiva a ricovero/accesso ospedaliero a rischio ha lo scopo di garantire un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. Tra le aree adibite a quarantena precauzionale sono ricomprese anche le strutture di "transito" (vedere 5.1).

[41] Generalmente il compagno di stanza "contatto stretto" del caso sospetto/confermato va sottoposto a quarantena in stanza singola, adottando le medesime precauzioni previste per il caso sospetto o confermato.

[42] La quarantena è necessaria solamente per i guariti da oltre 90 giorni, soggetti per i quali vi è un rischio documentato di reinfezione [9].

quarantena [40] -	Contatto stretto[41] Indenne/ Guarito[42] con esposizione comunitaria/ ospedaliera a rischio	Eventuale spostamento nella struttura	Operatore sanitario/socio-Sanitario	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta guanti, copricapo	(FFP2/FFP3) è importante effettuare la prova di tenuta. Se il FFP è dotato di valvola espiratoria è indicato sovrapporre una mascherina chirurgica. Al fine di garantire l'aderenza del FFP al viso dell'operatore si raccomanda di raccogliere i capelli lunghi, non portare barba e/o basette lunghe. È possibile l'utilizzo di dispositivi di protezione del viso (filtranti facciali, occhiali/visiera) per più residenti senza rimozione, purché non siano danneggiati/contaminati. Si raccomanda la sostituzione dei guanti se contaminati, nel passaggio tra una procedura sporca e una pulita, nel passaggio tra un ospite e l'altro. I camici (con certificazione per rischio biologico) possono essere monouso o pluriuso. Se pluriuso rispettare le indicazioni del produttore per il riutilizzo (modalità lavaggio e numero di trattamenti). Nell'assistenza a ospiti in quarantena si raccomanda la sostituzione del camice tra un ospite e l'altro.
		Esecuzione tampone oro/naso faringeo o manovre/procedure a rischio di generazione di aerosol	Operatore sanitario/socio-sanitario	FFP2/FFP3, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	
		Accessi in stanza per ragioni diverse dall'assistenza diretta	Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore eccezionalmente autorizzato per attività non procrastinabili)	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	
			Familiare eccezionalmente autorizzato	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice, guanti, sovrascarpe, copricapo	
Servizi di supporto (cucina, lavanderia,	non previsto accesso del residente	Attività non assistenziali che comportano un contatto con	Operatore cucina nella preparazione pasti	Mascherina chirurgica, e rispetto norme HACCP	

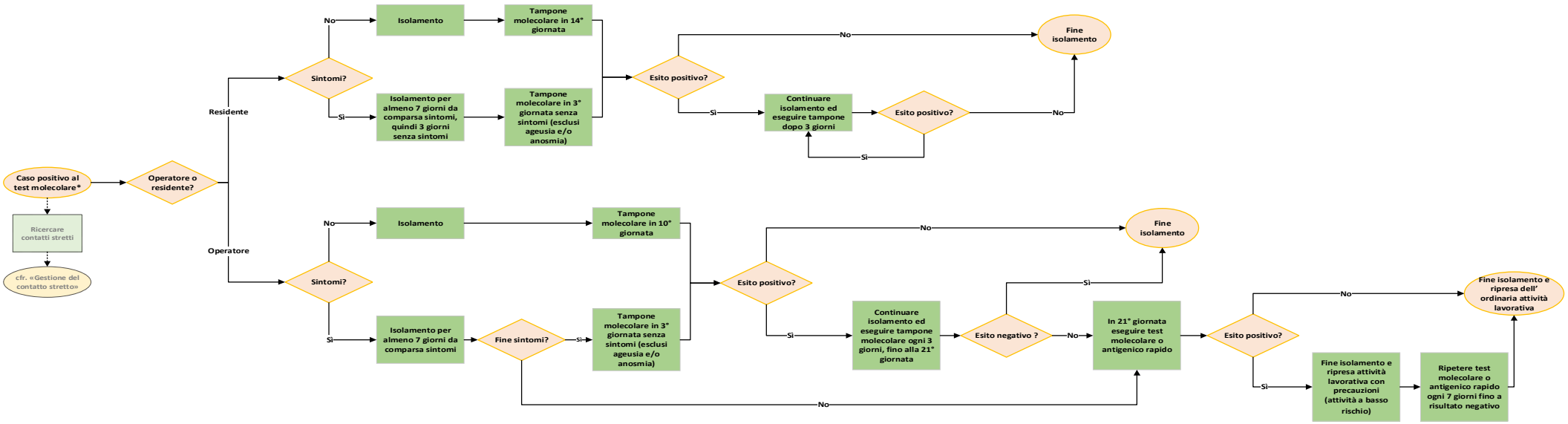
manutenzione…)		stoviglie, indumenti, materiali, ecc.	Operatore cucina per il lavaggio delle stoviglie pluriuso in area/stanze isolamento e quarantena	Mascherina chirurgica, occhiali/visiera, grembiule impermeabile, guanti	Ciclo di lavaggio in lavastoviglie a 60° Detersione e disinfezione dei carelli trasporto.
			Operatore lavanderia interna nella manipolazione biancheria dell'area/stanze isolamento e quarantena	Mascherina chirurgica, occhiali/visiera, camice, guanti	Ciclo di lavaggio della biancheria a 60°-90° Se il lavaggio è esternalizzato seguire le indicazioni per la raccolta/consegna
			Altri operatori (fornitori, manutentori, ecc.)	Mascherina chirurgica	
Camera mortuaria		Attività a contatto con la salma	Operatore sanitario/socio-sanitario	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per procedure a rischio di contatto con fluidi corporei e secrezioni)	I DPI indicati sono raccomandati per la protezione delle persone che accedono alla camera mortuaria utilizzata per decessi non correlati all'infezione da SARS-CoV-2: nel caso di decesso in struttura di residente sospetto o positivo al Covid per gli operatori sono previsti i seguenti DPI: mascherina chirurgica, occhiali di protezione/visiera, sovracamice (più eventuale grembiule impermeabile), guanti; è previsto l'utilizzo del sacco salma per i casi sospetti o confermati ai sensi delle presenti linee guida.
		Attività che non comportano un contatto con la salma	Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore autorizzato)	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per la sanificazione ambientale)	
			Familiare autorizzato[43]	Mascherina chirurgica	

[43] Non è previsto nessun contatto con la salma di soggetto sospetto o positivo al Covid-19.

Area amministrativa	non previsto accesso del residente	Attività amministrative che non comportano contatto con i residenti	Operatore amministrativo e tecnico	Mascherina chirurgica	
			Altri (fornitori, manutentori…)	Mascherina chirurgica	
Mezzi di trasporto gestiti dall'RSA	Indenne e guarito deambulante	Trasporti programmati (prestazioni ospedaliere, rientro in RSA)	Residente	Mascherina chirurgica se tollerata	È possibile il trasporto di due residenti, mantenendo il distanziamento possibile Ventilare il mezzo e procedere alla sanificazione
			Operatore addetto alla guida	Mascherina chirurgica	
			Operatore sanitario/socio-sanitario accompagnatore	Mascherina chirurgica	

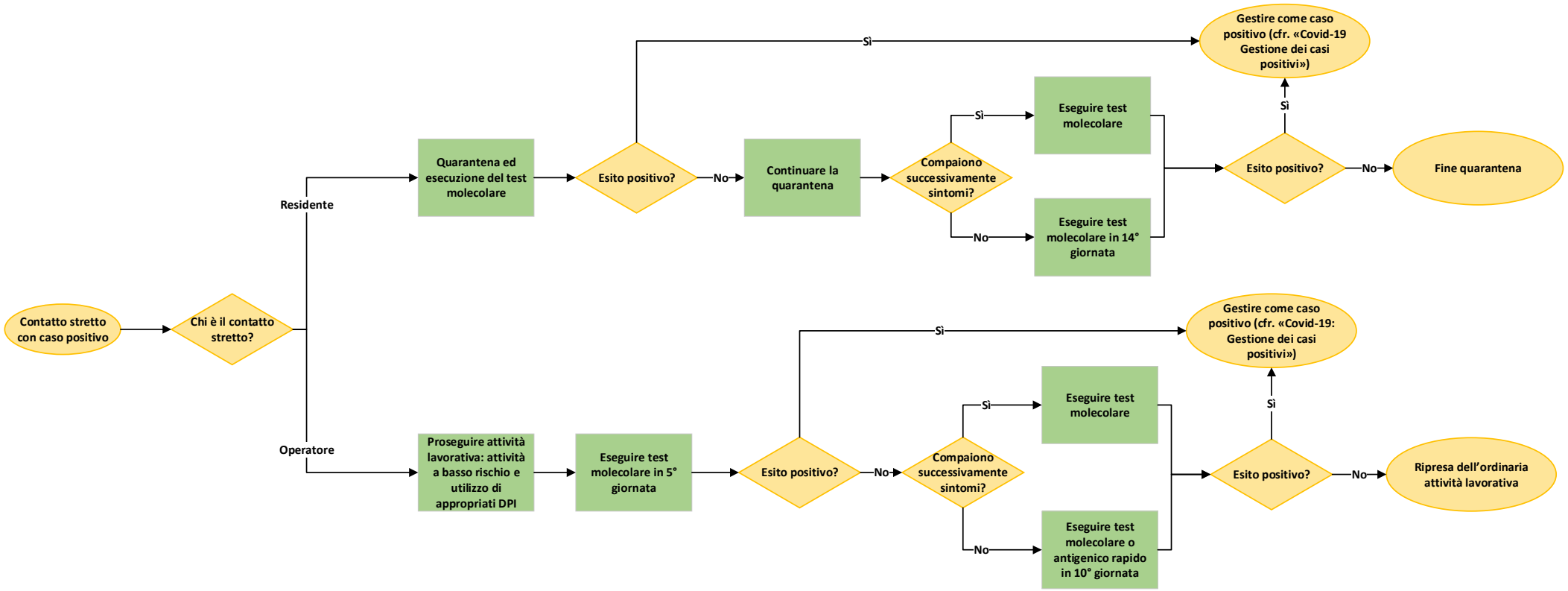
ALLEGATO 5: Gestione di caso positivo e contatto stretto

COVID-19: GESTIONE DEL CASO POSITIVO

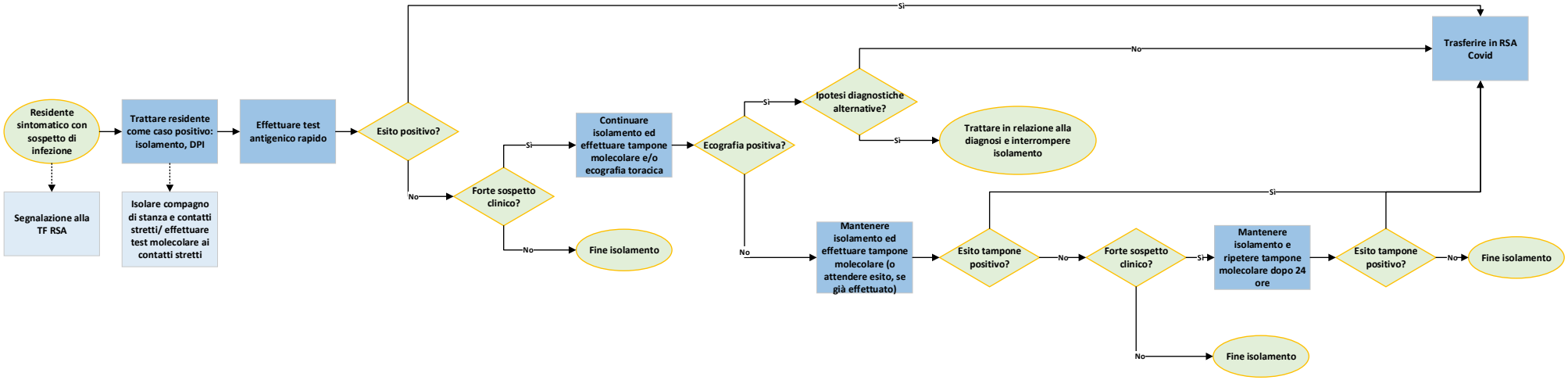


*Anche la persona che risulta positiva ad un test antigenico rapido (es. screening) va posta in isolamento e trattata come se positiva a un tampone molecolare.

COVID-19: GESTIONE DEL CONTATTO STRETTO



ALLEGATO 6: COVID-19: percorso diagnostico per residente sospetto



ALLEGATO 7: Prospetto di sintesi

Misure generali di carattere organizzativo

- Garanzia dell'attività del Comitato multidisciplinare interno
- Implementazione e aggiornamento del «piano Covid-19» di prevenzione e intervento
- Garanzia del flusso informativo verso APSS
- Monitoraggio delle fonti informative di salute pubblica
- Mantenimento delle comunicazioni con operatori, residenti e familiari/*caregiver*
- Sorveglianza dei comportamenti di operatori, residenti e visitatori
- Rafforzamento di tutte le misure volte alla prevenzione e al controllo delle infezioni
- Predisposizione di un programma di medicina occupazionale
- Aggiornamento e integrazione del DVR
- Pianificazione della formazione del personale

Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 in RSA

RESIDENTI

- dal domicilio: ingresso in RSA dopo un periodo di quarantena (14 gg) nella RSA di transito e tampone negativo (no quarantena né tampone se ospite guarito da meno di 90 giorni
- da ospedale/casa di cura privata dopo ricovero non correlato al Covid: ingresso in RSA dopo un periodo di quarantena (14 gg) nella RSA di transito per gli indenni e i guariti da oltre 90 giorni previa assenza sintomatologia e tampone negativo. Se la RSA di transito non è attiva: ingresso in RSA previa assenza sintomatologia e tampone negativo (e quarantena nella RSA di destinazione per gli indenni e i guariti da oltre 90 giorni)
- da ospedale/casa di cura privata/struttura Covid dopo ricovero correlato Covid: ingresso in RSA ad avvenuta guarigione e doppio tampone negativo (no quarantena né tampone)
- da hospice/struttura socio-sanitaria Covid free: ingresso in RSA con doppio tampone negativo.
- hospice/struttura socio-sanitaria non Covid free: ingresso in RSA previa assenza sintomatologia, tampone negativo e quarantena in RSA di destinazione

PARENTI E VISITATORI

- Ingresso dei parenti solo su autorizzazione della direzione sanitaria della struttura
- Predisposizione del registro degli accessi
- Visitatori eccezionalmente autorizzati: controllo TC, test antigenico, questionario anamnestico, indicazioni comportamentali, DPI

FORNITORI, MANUTENTORI E ALTRI OPERATORI

- Screening all'ingresso e rilevazione TC
- Indicazioni comportamentali, DPI

Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti COVID-19

RESIDENTI

- Effettuare un attento monitoraggio clinico quotidiano di tutti i residenti alla ricerca di sintomi tipici e atipici di insorgenza dell'infezione da Covid-19
- Rilevare quotidianamente la temperatura corporea
- Realizzare tamponi antigenici rapidi e/o molecolari in presenza di sintomi suggestivi o di altro caso sospetto o confermato tra i residenti o in caso di contatto stretto con operatori positivi
- Effettuare screening su tutti i residenti con le periodicità e modalità degli screening sugli operatori ad esclusione dei residenti guariti da meno di 90 giorni
- Effettuare test sierologici se indicati da TF RSA e/o APSS

PERSONALE

- Responsabilizzare degli operatori per il monitoraggio del proprio stato di salute
- Effettuare il triage all'ingresso
- Allontanare immediatamente dalla struttura in caso di insorgenza di segni/sintomi durante il turno di lavoro
- Effettuare lo screening periodico, secondo le indicazioni di APSS/PAT

Preparazione della struttura per la gestione dei casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19	➢ Predisposizione in aree comuni e ingressi di poster informativi, distributori di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani ➢ Programmazione dell'approvvigionamento dei DPI e di altri dispositivi e prodotti necessari ➢ Revisione e aggiornamento del piano della sanificazione ➢ Identificazione delle aree di isolamento e dei percorsi; implementazione delle procedure da adottare
	➢ Organizzazione degli spazi e delle attività in piccoli gruppi e opportuno distanziamento per residenti ➢ Riorganizzazione degli spazi comuni e della possibilità di fruirne ➢ Gestione degli operatori in piccole equipe
Gestione del residente sospetto	➢ Isolamento immediato e messa in atto di tutte le misure previste per la minimizzazione del rischio di contagio ➢ Percorso diagnostico ➢ Segnalazione alla Task Force RSA
Gestione del residente positivo al Covid-19	➢ Mantenimento dell'isolamento ➢ Valutazione del rischio di esposizione al caso di altri residenti e operatori ➢ Valutazione del trasferimento presso RSA Covid ➢ Trattamento sintomatico e di supporto, raccordo con la Task Force RSA ➢ Dopo 10 giorni di malattia (di cui di almeno 3 senza sintomi), verifica della negativizzazione
Monitoraggio quotidiano e flussi informativi	➢ Aggiornamento del registro di residenti e operatori sospetti/probabili/confermati Covid-19 ➢ Invio del flusso informativo richiesto da APSS ➢ Contatti con tutto il personale, residenti e familiari/*caregiver*
Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate	➢ Revisione periodica e valutazione sulla gestione dell'epidemia ➢ Valutazione della risoluzione del focolaio interno in collaborazione con la Task Force RSA

Riferimenti bibliografici

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – Covid-19, ii. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 24 agosto 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS Covid-19, n.4/ 2020 Rev.).
   (a) Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza Covid-19. Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-Cov-2 . Versione del 7 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.22/2020).
   (b) Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 61/2020).
2. ECDC European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020.
3. Documento Tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-Cov-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione". Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro. Aprile 2020.
4. Prevenzione e gestione nelle residenze sociosanitarie per anziani, APRIRE Network, aggiornamento del 13 aprile 2020.
5. Ordinanza del Presidente della Provincia autonoma di Trento del 15 aprile 2020.
6. Checklist per le strutture socio-sanitarie per autovalutazione monitoraggio azioni. Regione Toscana. www.regionetoscana.it/Covid
7. Deliberazione della Giunta provinciale n. 520 del 24 aprile 2020 "Disposizioni in merito alle strutture sociosanitarie area anziani (RSA e Centri diurni) a seguito dell'emergenza Coronavirus". Determinazione del Dirigente del Dipartimento Salute e politiche sociali n. 125 del 14 maggio 2020 "Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: individuazione dell'ex RSA di Strigno quale "RSA di transito"". Determinazione del Dirigente del Dipartimento Salute e politiche sociali n. 154 del 16 luglio 2020 "Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: utilizzo di parte della RSA di Volano, di proprietà dell'APSP "Opera Romani" di Nomi, come "RSA di transito", ai sensi della deliberazione provinciale n. 520/2020". Deliberazione della Giunta provinciale n. 1070 del 24 luglio 2020 "Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: potenziamento posti letto RSA di transito".
8. Determinazione n. 108 del 9 aprile 2020 adottata dal Dirigente del Dipartimento Salute e politiche sociali "Potenziamento della rete territoriale RSA per la gestione dell'emergenza Covid-19". Deliberazione della Giunta provinciale n. 1565 del 9 ottobre 2020 "Disposizioni in merito alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: potenziamento posti letto RSA Covid". Determinazione n. 216 del 12 novembre 2020 "Disposizioni in merito alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: individuazione di un nucleo Covid presso la struttura "Residenza Sacro Cuore di Arco".
9. Center for Disease Prevention and Control National - Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19 Updated October 19, 2020. www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html.
10. Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-Cov-2. Versione dell'8 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020).

11. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-Cov-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da Covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-Cov-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020 Rev. 2).
12. Guidance for preventing and controlling COVID-19 outbreaks in New Zealand aged residential care. Health Quality & Safety Commission to support the prevention and control of COVID-19 outbreaks in aged residential care (ARC) facilities in New Zealand.
13. Guidelines for Residential Care Homes for the Elderly or Persons with Disabilities for the Prevention of Coronavirus disease (COVID-19), Centre for Health Protection, Department of Health, Hong Kong, 17 aprile 2020.
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending of isolation of people with COVID-19, 16 October 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
15. Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività", Ministero della Salute 29 aprile 2020.
16. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 13 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020 Rev. 2).