

Sommario

1. PREMESSA.....	2
1.1 Generalità.....	2
1.2 Obiettivo.....	2
1.3 Finalità.....	2
1.4 Destinatari.....	2
2. ELEMENTI NORMATIVI.....	3
3. DOCUMENTI.....	3
3.1 Documenti correlati interni.....	3
3.2 Documenti correlati esterni.....	3
4. MODALITA' INSERIMENTO OSPITI.....	4
4.1 in convenzione sanitaria con le ASL.....	4
4.2 Ospiti in regime privato.....	4
5. INTENSITA' ASSISTENZIALE.....	5
6. VARIAZIONI DI INTENSITA' ASSISTENZIALE.....	6
6.1 Ospiti in convenzione sanitaria con gli EE PP.....	6
6.2 Comunicazioni per variazione.....	6
6.3 Ospiti in regime privato.....	6
7. VALORIZZAZIONE DELLE RETTE IN FUNZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE.....	7
7.1 Rette di degenza.....	7
7.2 Valorizzazione economica delle rette di degenza.....	7
8 FATTURAZIONE RETTA DI DEGENZA.....	7
8.1 Modalità di fatturazione Retta di degenza.....	7
• Modalità di ammissione, permanenza, e fine rapporto.....	7
• Corrispettivi e modalità di pagamento.....	7
• Modalità di fatturazione agli EE.PP.....	7
8.2 Fatturazione in regime di convenzione sanitaria.....	7
8.3 Fatturazione in regime di privato.....	7
9 FATTURAZIONE ACCESSORI E SERVIZI.....	8
9.1 Altre attività alberghiere e/o di servizio alla persona non incluse nella tariffa base.....	8
9.1.1 Farmaci.....	8
9.1.2 Pannoloni e Ausili per l'incontinenza.....	8
9.1.3 Trasporti.....	8
9.1.4 Podologo.....	8
9.1.5 Parrucchiere.....	8
9.1.6 Bar e ristorante.....	9
9.1.7 Lavanderia.....	9
9.1.8 Pagamenti anticipati dalla Struttura.....	9
10 REVISIONI DEL DOCUMENTO.....	9
11 VALIDITA' E APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO.....	9

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	ASL, CONSORZI E OSPITI RAPPORTI ECONOMICI	Cod. PR 31
		Rev. 04
		Pagina 2 di 10

1. PREMESSA

1.1 Generalità

Senior Residence, di seguito anche detta "Struttura" è una Residenza Sanitaria Assistenziale per persone anziane, accreditata con gli EE.PP: ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 14 settembre 2009, n. 25-12129 (Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie).

Senior Residence, nell'ambito delle politiche aziendali, seguite alle disposizioni impartite con:

Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231

"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300"

considera una priorità da perseguire la correttezza dei rapporti con gli Enti Pubblici Regionali e con gli Ospiti della struttura, di seguito definiti "Ospiti".

1.2 Obiettivo

L'obiettivo delle presenti Disposizioni di Servizio è quello di definire i principi generali e le responsabilità per l'intrattenimento dei rapporti di tipo amministrativo con gli stakeholder di cui al punto 1.

1.3 Finalità

Il presente protocollo tende a conseguire le seguenti finalità:

- salvaguardare gli interessi della società Senior Residence, evitando rischi penali ed economici per gli amministratori.
- salvaguardare gli interessi degli Enti Regionali e dello Stato, dei Dipendenti, degli Ospiti e dei terzi;
- garantire la corretta applicazione delle Normative regionali anche sotto l'aspetto economico;
- garantire un modello di riferimento omogeneo nella applicazione delle Norme regionali.

1.4 Destinatari

Il presente documento e sue successive modifiche e/o integrazioni è consegnato in copia a:

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Responsabile dei servizi amministrativi della struttura.

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	ASL, CONSORZI E OSPITI RAPPORTI ECONOMICI	Cod. PR 31
		Rev. 04
		Pagina 3 di 10

2. ELEMENTI NORMATIVI

Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2012, n. 45-4248	Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.
D.G.R. 42/2008	Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica e integrazione alla D.G.R. 17-15226/2005.
Deliberazione della Giunta Regionale 22 marzo 2010, n. 64-13649	All. B Linee guida per il regolamento di struttura socio-sanitaria in regime di accreditamento con il sistema pubblico
Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 13-6981	Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate.
Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2013, n. 85-6287 (Abrogata da TAR Piemonte, in attesa di nuove disposizioni)	Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012

3. DOCUMENTI

3.1 Documenti correlati interni

URP 59	Carta dei servizi e Regolamento di Struttura
DSA 07	P.A.I. Piano di Assistenza Individuale

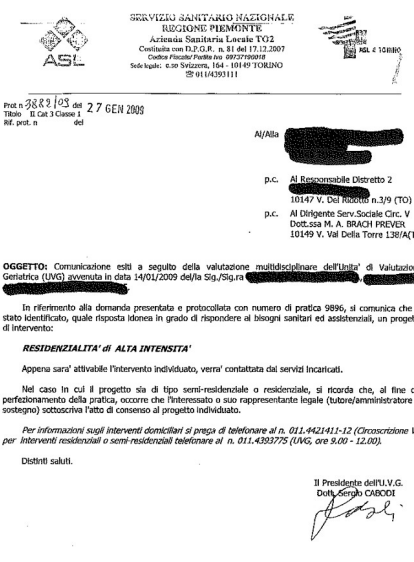
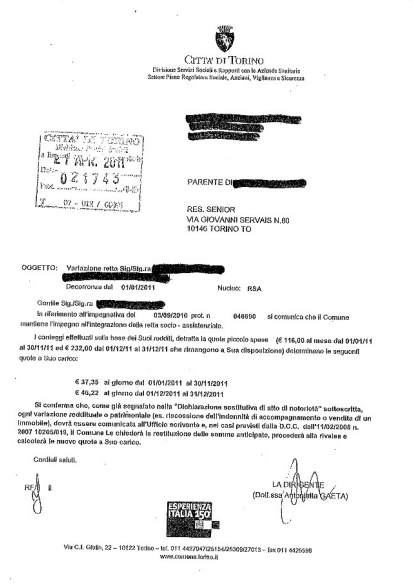
3.2 Documenti correlati esterni

	Documento di Valutazione della U.V.G.
Convenzione	Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Aziende Sanitarie Locali TO1, TO2, Comune di Torino ed i Presidi accreditati per anziani non autosufficienti (Albo sezione A)

4. MODALITA' INSERIMENTO OSPITI

4.1 in convenzione sanitaria con le ASL

4.1.1 In sede di domanda di ingresso in struttura viene richiesto il documento di valutazione della Intensità Assistenziale rilasciato dalla Unità di Valutazione Geriatrica della A.S.L. di appartenenza dell'ospite, per la definizione della tipologia del nucleo di inserimento

In regime di convenzione - Prima dell'inserimento in struttura viene richiesto, via telefono o per iscritto (a discrezione delle ASL), il diritto, da parte dell'ospite al convenzionamento - Alla conferma e/o autorizzazione, o meno, si procede all'inserimento in struttura ed alla applicazione del regime convenzionale o privato, ed alla stipula del Contratto di Ospitalità URP - Se in regime convenzionale il servizio URP provvede a comunicare, via Fax o Mail, la data dell'inserimento alla U.V.G. di competenza. Da questa data decorrono i rapporti economici con le ASL, con le relative caratteristiche assistenziali in attesa di successiva convenzione nel caso di iniziale inserimento in regime privato e successivo avvio della convenzione, la ASL è tenuta a trasmettere una comunicazione, dalla quale si evince la data di avvio del rapporto economico, e delle sue caratteristiche assistenziali	
In regime di integrazione Successivamente all'ingresso, se l'ospite ne ha il diritto riconosciuto dall'EE.PP. alla integrazione delle retta alberghiera, lo stesso EE.PP. comunicherà gli importi che dovranno essere addebitati e fatturati alle parti	

4.2 Ospiti in regime privato

La Direzione Sanitaria di Senior Residence effettua una preventiva valutazione delle condizioni di non autosufficienza per stabilire le necessità assistenziali ed il nucleo di inserimento

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	ASL, CONSORZI E OSPITI RAPPORTI ECONOMICI	Cod. PR 31
		Rev. 04
		Pagina 5 di 10

5. INTENSITA' ASSISTENZIALE

5.1 Livelli di Intensità Assistenziale

la Regione Piemonte, con la D.G.R. 45/2012 e s.m.i., ha previsto:

- 6 livelli base di assistenza:

Valutazione	Intensità assistenziale
5	Bassa
6	Medio-bassa
7 - 8	Media
9	Medio-alta
10 - 11	Alta
12	Alta livello Incrementato

- 1 livello Alzheimer

A cui corrispondono diversi importi sanitari ed assistenziali-alberghieri, come indicato nelle convenzioni con gli EE.PP.

Estratto da DGR 45/2012

Tabella 1 Livelli assistenziali					
I requisiti indicati nella presente tabella, unitamente a quelli individuati dalla DGR 25-12129 del 14 settembre 2009, sono i parametri essenziali ai fini dell'accreditamento e del conseguente accordo contrattuale					
Modello organizzativo per l'assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria per anziani non autosufficienti					
Fascia assistenziale (intensità prestazioni erogate)	Livelli di complessità assistenziale				
	Standard ass. II (riferimento: <u>strutture in regime definitorio 72 p.l. complessivi con nuclei 20 p.l. + 4 p.a.</u>) ⁽¹⁾				
	Tipologia di utenza ⁽²⁾	Tipologia progetto e bisogno ⁽²⁾	Parametri ass. II di tipo sanitario (minutigliomedia) (1)	Parametri ass. II di tipo tutelare (minutigliomedia) (1)	Assistenza specialistica
Alzheimer e altre demenze (N.A.T.)	Demenze di grado elevato con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche, gravi disturbi comportamentali e/o problemi sanitari/assistenziali di elevata complessità che necessitano di un intervento socio-riabilitativo intensivo.	Progetto a tempo definito, previa diagnosi di demenza accertata, sulla base di valutazioni clinico-assistenziali relative alla severità dei disturbi comportamentali. Progetto soggetto a revisione bimestrale o a cadenza diversa, sulla base di quanto stabilito dall'U.V.G..	30' (Assistenza infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	210' (Assistenza tutelare)	
Alta Livello Incrementato (punteggio 12)	Non autosufficienza di alto grado con necessità assistenziali e sanitarie elevate (ad es. condizioni cliniche instabili e/o frequenti ricattori, decubiti di stadio >=3). Demenze con alterazioni comportamentali limitate a tentativi di fuga con necessità di alta sorveglianza o di ambiente protetto. Alimentazione enterale (PEG).	Frequente intervento medico, bisogno infermieristico di grado elevato, interventi specializzati per patologie scompensate. Rivalutazione del progetto in funzione della stabilizzazione del quadro clinico e comunque secondo le tempistiche definite dal progetto predisposto U.V.G..	45' (Ass. infermieristica, riabilitazione psico-fisica; in base alle specificità, da individuare nel progetto individuale)	134' (Assistenza tutelare)	
Alta (punteggio 10/11)	Polipatologia di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni, deficit cognitivo di grado elevato (A.D.Co.2), binnocchie per tentativi di fuga e problematiche ricorrenti ricovero in nucleo protetto. Decubiti fino allo stadio 3. Alimentazione enterale (PEG).	Bisogni sanitari di media/alta complessità associati a bisogni assistenziali di alta intensità	30' (Ass. infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	120' (Assistenza tutelare)	
Medio-alta (punteggio 9)	Patologie croniche degenerative con compromissione dell'autonomia di grado medio, associate o meno a deficit cognitivi e alterazioni comportamentali di grado lieve/moderato (< 2 all'A.D.Co.). In tale fascia assistenziale possono essere ricompresi quei pazienti con bisogni assistenziali analoghi a quelli sopra indicati ma che necessitano di interventi sanitari e assistenziali di livello medio elevato. Alimentazione enterale (PEG).	Moderata necessità di assistenza nelle attività di vita quotidiana per deficit motori o cognitivi senza rilevanti disturbi del comportamento. Necessità di programmi di attività fisica mirata/riabilitazione motoria, volta a mantenere le capacità residue in pazienti con well established di patologie invalidanti (ad es. ictus, fratture di femore, ecc).	25' (Ass. infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	105' (Assistenza tutelare)	Garanzia dell'A.S.L., secondo le necessità cliniche individuate nel progetto individuale. Nel N.A.T. integrato dal Medico Responsabile e Psicologo come specificato nell'Allegato 3
Media (punteggio 7/8)	Polipatologia a carattere cronico-degenerativo, moderatamente stabili da un punto di vista clinico, associate a deficit di autonomia funzionale di grado medio e a un eventuale deterioramento cognitivo di grado variabile con lievi disturbi del comportamento (< 2 all'A.D.Co.).	Bisogni sanitari di moderata complessità e bisogni assistenziali di media intensità.	18' (Ass. infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	87' (Assistenza tutelare)	
Medio-bassa (punteggio 6)	Moderata perdita dell'autonomia nelle deambulazione e/o nell'uso degli ausili; modesta compromissione cognitiva (deficit di confusione, irregolarità) senza disturbi comportamentali. Limitazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, per le quali sono richiesti interventi assistenziali di supporto e di stimolo e protezione, finalizzati preponderantemente a conservare le capacità funzionali residue (< 2 all'ADCo).	Supporto nelle attività della vita quotidiana compromesse, tentativo di recupero e prevenzione dell'ulteriore perdita di autosufficienza. Intervento sanitario finalizzato alla gestione delle patologie croniche.	13' (Ass. infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	62' (Assistenza tutelare)	
Bassa (punteggio 5)	Parziale perdita di autonomia funzionale e/o motoria, con deficit cognitivo lieve (<=1 all'ADCo).	Progetto individuale volto alla supervisione nelle attività di base della vita quotidiana per il mantenimento dell'autonomia funzionale residua e prevenzione del declino funzionale-cognitivo.	8' (Ass. infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	72' (Assistenza tutelare)	
G.S.I. - G.S.A. - Ospizio 20 utenti (spazio minimo 7 gg. settimanali)	Anziani parzialmente non autosufficienti che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, riabilitativo e sanitario che non possono più essere soddisfatte internamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari, ma per i quali risulta improprio o prematuro il ricovero in un servizio assistenziale residenziale.	Tutela della salute e del benessere della persona anziana, al fine di mantenere e recuperare l'autonomia e favorire il mantenimento nel proprio contesto abitato, familiare e relazionale. Migliorare e sviluppare le capacità residue degli anziani, stimolando gli interessi per renderli il più possibile attivi e partecipi alle vite sociali.	22' (Coordinamento e Ass. infermieristica)	54' (Assistenza tutelare)	
G.S.A./G.S.A.I. - Ospizio 20 utenti (gestione d'urto per 5 mesi)	Soggetti affetti da morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, con diagnosi accertata	Miglioramento della qualità della vita della persona e dei suoi familiari, con la conseguente riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o, almeno, un suo allontanamento nel tempo.	3' Medico responsabile 2' Psicologo 25' (Ass. infermieristica - riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	82' (Assistenza tutelare)	
Attività di animazione: viene garantita attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale o altre figure professionali dell'area della riabilitazione e/o altre specializzazioni (es. musicoterapia, teatroterapia, ecc.) che possono essere opportunamente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi assistenziali prefissati nei progetti assistenziali, per un totale complessivo di 18 ore settimanali e deve essere calibrata sulla peculiarità della fascia di intensità.					
(1) I parametri assistenziali indicati sono da considerarsi come standard minimi da garantire complessivamente e vengono articolati nell'ambito del P.A.I., in relazione agli specifici e diversificati bisogni delle singole persone.					
(2) Il percorso di continuità assistenziale deve far riferimento alle fasce assistenziali residenziali indicate a partire dalla media intensità e superiori e le tariffe a carico dell'utente si applicano secondo le indicazioni riportate nell'Allegato 1 del presente provvedimento.					
(3) La PEG può essere gestita nell'ambito della fascia medio-alta e superiori.					

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	ASL, CONSORZI E OSPITI RAPPORTI ECONOMICI	Cod. PR 31
		Rev. 04
		Pagina 6 di 10

6. VARIAZIONI DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

Nel corso della permanenza dell'Ospite in struttura, possono verificarsi variazioni della Intensità Assistenziale.

6.1 Ospiti in convenzione sanitaria con gli EE PP.

La "Convenzione" con gli EE.PP. prevede che:

2. Le variazioni del grado di non autosufficienza dell'utente assistito devono essere tempestivamente comunicate all'A.S.L. e al Comune di Torino e l'evento patologico o traumatico dovrà trovare corrispondenza nel fascicolo sanitario e sociale.

L'A.S.L. ed il Comune di Torino, attraverso la competente Unità Valutativa, s'impegnano a verificare e valutare la portata dell'evento ed in relazione a ciò la compatibilità della permanenza del soggetto interessato nella struttura entro i termini previsti dalla normativa regionale. In ogni caso al verificarsi dell'evento il Presidio deve provvedere all'aggiornamento del P.A.I..

6.1.1 Variazione di intensità assistenziale a seguito di eventi traumatici

Al verificarsi di eventi traumatici, quali interventi chirurgici che comportano aumento delle intensità assistenziali, con previsioni per tempi superiori a 30 giorni, verrà effettuata la nuova valutazione ai sensi della D.G.R. 42/08, e trasmessa alla Unità di Valutazione Geriatrica della ASL di competenza, per la approvazione.

La Variazione di Intensità Assistenziale dovrà prevedere anche un termine temporale, da stabilire in base all'evento traumatico ed al probabile decorso.

In caso di non risposta entro 60 gg, la pratica verrà considerata in "silenzio-assenso", e, di conseguenza, l'Ufficio Amministrazione provvederà alla fatturazione delle differenze integrative della retta per l'intero periodo di aumento delle intensità assistenziali, con decorrenza dal giorno della trasmissione della variazione.

6.1.2 Variazioni di intensità assistenziale con lenta evoluzione temporale

Se in sede di P.A.I. verrà valutata una possibile variazione della Intensità Assistenziale, sia in incremento che in diminuzione, l'Ospite verrà messo sotto osservazione per un periodo di 90 gg fino al P.A.I. successivo, e, se la situazione dovesse restare stabile, verrà effettuata la nuova valutazione ai sensi della D.G.R. 42/08, e trasmessa alla Unità di Valutazione Geriatrica della ASL di competenza, per la approvazione.

In caso di non risposta entro 60 gg, la pratica verrà considerata in "silenzio-assenso", e, di conseguenza, l'Ufficio Amministrazione provvederà alla fatturazione con decorrenza dal giorno della trasmissione della variazione.

6.1.3 Variazioni di intensità assistenziale rilevata dopo l'ingresso

Come riportato al p.to 9, all'ingresso in Struttura l'Ospite in convenzione è in possesso di una valutazione della U.V.G.. la stessa potrebbe non essere più coerente con le condizioni dell'Ospite, sia perché troppo lontana nel tempo, sia per intervenute variazioni a carattere socio-sanitario-assistenziale.

In questo caso la struttura si comporterà come indicato al punto 11.1.2.

6.2 Comunicazioni per variazione

In funzione di ciò la Struttura si comporterà con queste modalità comunicando le variazioni alle U.V.G.: mediante:

6.2.1 inserimento, da parte del Direttore Sanitario, dei dati a carattere socio sanitario nelle schede Flussi FAR di cui alla DGR 13/2013, che sono inviati in via telematica all'Ente Regionale preposto, il quale valuta le condizioni e stabilisce il livello di intensità assistenziale da applicarsi, comunicando alla struttura le eventuali variazioni di intensità assistenziale rilevate.

6.2.2 il documento DSA 39 inviato alla UVG della ASL competente: il documento con la richiesta viene inviato solo nel caso in cui si rilevasse una mancata presa in carico della variazione della Intensità Assistenziale.



Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	SENIOR RESIDENCE ASL, CONSORZI E OSPITI RAPPORTI ECONOMICI	Cod. PR 31
		Rev. 04
		Pagina 7 di 10

6.3 Ospiti in regime privato

In caso di variazione di intensità assistenziale verranno seguite le medesime procedure di cui ai precedenti punti 11.1.1, 11.1.2, 11.1.3, con l'unica differenza che le variazioni verranno comunicate agli Ospiti e/o Tutori e Delegati

7. VALORIZZAZIONE DELLE RETTE IN FUNZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE

7.1 Rette di degenza

La città di Torino, con cadenza annuale ed ai sensi della D.G.R. 64/2009, provvede con Determinazione Dirigenziale alla definizione delle valorizzazioni delle rette in funzione delle Intensità Assistenziali

7.2 Valorizzazione economica delle rette di degenza

7.1.1 Retta base

Il Piano tariffario in vigore è definito dalla DGR 85/2013, ed è in vigore dal 01 ott 2013.

Il piano è provvisorio a seguito delle sentenze del TAR Piemonte, abrogative della DGR 85/2013.

Le direzioni delle ASL hanno formalmente comunicato tale provvisorietà.

7.1.2 Quota assistenziale integrativa

Definita ai sensi del par. 7 della DGR 85/2013, per la quale è stata inviata formale comunicazione all'Ente accreditante.

8 FATTURAZIONE RETTA DI DEGENZA

8.1 Modalità di fatturazione Retta di degenza

Per la definizione delle giornate di retta da fatturare, l'Ufficio Amministrativo si atterrà a quanto previsto nella Carta dei Servizi, ai punti:

- Modalità di ammissione, permanenza, e fine rapporto
Come definito al par. 3 Carta dei Servizi
- Corrispettivi e modalità di pagamento
Come definito all'art. 6 URP 12.2
Come definito al par. 13 Carta dei Servizi
- Modalità di fatturazione agli EE.PP.
Come definito nella Convenzione con le ASL ed il comune di Torino

8.2 Fatturazione in regime di convenzione sanitaria

La fatturazione verrà effettuata applicando le tariffe relative alla valutazione assistenziale definita con le modalità di cui al punto 9, e aggiornate con le modalità di cui al punto 11.

La fatturazione delle prestazioni agli Enti Pubblici avviene alla fine del mese di competenza, secondo le modalità previste dalla "Convenzione", con suddivisione della retta in più fatture e/o pagatori:

8.2.1 Quota sanitaria alla A.S.L. di competenza

8.2.2 Quota assistenziale parte all'ospite, e in parte all'EE.PP., (di cui al punto 9.)

Le quote saranno esclusivamente quelle indicate nei documenti di cui ai punti 8 e 9

8.3 Fatturazione in regime di privato

La fatturazione verrà effettuata applicando le tariffe relative alla prestazione assistenziale assimilata alla Alta intensità, incrementata di una quota fissa per tener conto dell' *"incremento ai servizi assistenziali ed alberghieri previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza di cui alla D.G.R.45/2012"*.

La fatturazione delle prestazioni agli ospiti in regime privato avviene all'inizio del mese di competenza, secondo le modalità previste dal Contratto di Servizio, con suddivisione della retta in più fatture e/o pagatori:

8.3.1 Quota sanitaria all'Ospite o persona designata/pagante

8.3.2 Quota assistenziale all'Ospite,

Le quote saranno esclusivamente quelle indicate nei documenti contrattuali

9 FATTURAZIONE ACCESSORI E SERVIZI

9.1 Altre attività alberghiere e/o di servizio alla persona non incluse nella tariffa base

Le Altre attività alberghiere e/o di servizio alla persona non incluse nella tariffa residenziale, e pertanto a totale carico dell'Ospite, sono elencate nell'art. 7 Carta dei Servizi,

Qui di seguito vengono regolate in dettaglio le tipologie di prestazioni più frequenti, con particolare riferimento alle modalità di rimborso.

9.1.1 Farmaci

La struttura provvede ad approvvigionare e gestire i farmaci per conto degli Ospiti, come da protocollo PR 03.

L'Ospite può scegliere se acquistare i farmaci direttamente o incaricare dell'acquisto la struttura (URP 12).

Nel caso di acquisto dei suddetti farmaci tramite la Struttura, all'atto del rimborso viene consegnato all'Ospite l'originale della ricetta medica e l'originale dello scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia.

9.1.2 Pannoloni e Ausili per l'incontinenza

La struttura effettua l'approvvigionamento e la gestione dei pannoloni e ausili per la incontinenza per conto degli Ospiti, come da protocollo PR 09.

Nel caso in cui l'Ospite richieda espressamente consumi superiori alla fornitura ASL, lo stesso potrà provvedere direttamente all'acquisto o delegare a ciò la struttura.

Nel caso di acquisto tramite la struttura, all'atto del rimborso verrà consegnata all'Ospite l'originale dello scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia, o dal fornitore, senza ulteriore altro onere

9.1.3 Trasporti

Le prestazioni relative ai trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale, sono garantiti dalla ASL per gli utenti in convenzione con integrazione tariffaria da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio assistenziali; coloro che non fruiscono di detta integrazione tariffaria provvedono in proprio al pagamento del costo del trasferimento.

9.1.4 Podologo

Il servizio di taglio delle unghie viene effettuato dal personale OSS e/o infermieristico della struttura, ed è compreso nella retta.

Nel caso in cui la Direzione Sanitaria, su proposta del M.M.G. e per motivi sanitari, ritenga necessario l'intervento del podologo specialista, non verrà richiesto alcun rimborso.

Nel caso in cui l'Ospite chieda espressamente e senza le motivazioni sanitarie di cui sopra, l'intervento del podologo professionale esterno, tale servizio sarà addebitato a pagamento, con emissione di ricevuta fiscale diretta all'Ospite da parte del professionista, con anticipo di pagamento da parte della struttura e successiva richiesta di rimborso in sede di fatturazione.

9.1.5 Parrucchiere

Nella retta è compreso n° 1 servizio mensile di taglio e piega.

Nel caso in cui l'Ospite richieda ulteriori servizi, gli stessi verranno eseguiti con successiva emissione di ricevuta fiscale nominativa da parte del professionista, con pagamento da parte della struttura e successiva richiesta di rimborso in sede di fatturazione.

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	ASL, CONSORZI E OSPITI RAPPORTI ECONOMICI	Cod. PR 31
		Rev. 04
		Pagina 10 di 10

9.1.6 Bar e ristorante

Tutte le prestazioni saranno soggette:

- alla emissione dello scontrino fiscale, se pagate immediatamente
- alla fatturazione riepilogativa fine mese, se pagate in differita

i prezzi delle prestazioni e dei servizi sono esposti presso la reception

9.1.7 Lavanderia

Il servizio lavanderia è compreso nella retta di degenza, purchè riguardi capi di vestiario lavabili in lavatrice a 60°C

Il lavaggio dei capi non compresi sarà effettuato direttamente dal Delegato dell'Ospite.

9.1.8 Pagamenti anticipati dalla Struttura

In tutti i casi in cui l'Ospite richieda alla Struttura di effettuare e/o gestire a suo nome e conto i servizi sopra indicati, nessun aggravio o spesa sarà a carico dell'Ospite.

Tali attività saranno effettuate gratuitamente dalla Struttura che si limiterà a chiedere all'Ospite il rimborso delle sole spese anticipate, come da giustificativo fiscale.

10 REVISIONI DEL DOCUMENTO

Il presente documento sarà aggiornato in caso di variazione delle disposizioni normative, dei rapporti con gli EE.PP. e/o delle modalità di prestazione dei servizi.

11 VALIDITA' E APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è applicabile sino a revoca o a modifiche/integrazioni effettuate per iscritto.

data	Emesso	Controllato	Approvato
31/12/2021	R.G.Q.	D.G.E.	D.G.E.