

Allegato A**Contratto per l'acquisto di prestazioni dalle Residenze Sanitarie Assistenziali
PROCEDURE****PREMESSA**

L'Azienda ASL n. 5 ritiene che le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), concorrono alla realizzazione di un sistema organico di servizi socio sanitari, nel sistema assistenziale complessivo del territorio di competenza, in grado di rispondere a specifici bisogni delle persone anziane e di soggetti adulti non autosufficienti, oltre che delle loro famiglie.

La tipologia degli utenti eleggibili all'inserimento in RSA ha subito un continuo mutamento negli anni, da soggetti anziani e non autosufficienti ma clinicamente stabilizzati, a **condizioni di elevata intensità sanitaria** come le post acuzie, gli stati neurovegetativi, insufficienze respiratorie in ventilazione assistita, stati terminali della vita etc.

Sempre più frequentemente vengono inseriti pazienti in **condizioni gravi**, con un **quadro clinico complesso**, nella quasi totalità dei casi si tratta di **dimissioni protette dagli ospedali**; comporta pertanto un impegno sanitario ed assistenziale molto elevato.

PROCEDURE

1. *Inserimento e dimissione*
2. *Dimissione programmata e concordata dai presidi ospedalieri*
3. *Assistenza protesica*
4. *Assistenza specialistica*

1.INSERIMENTO E DIMISSIONE.

Tutte le richieste di presa in carico dei pazienti con bisogno sociosanitario complesso compresi gli inserimenti in RSA provenienti dall'Ospedale e dal Territorio arrivano al PUA e vengono processate secondo quanto definito nelle linee di indirizzo in materia di Residenze Sanitarie Assistenziali DGR 25/6 del 2006, Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con SLA e/o in Ventilazione Assistita DGR 10/43 del 11.02.2009 e nel Format :” Linee guida Aziendali: percorso PUA del paziente con bisogno sociosanitario complesso “ in vigore nella ASL n 5 dal giugno 2013 allegato alla presente

a) Procedure d'accesso

L'invio delle persone non autosufficienti in RSA, è determinato **esclusivamente** dall'Unità di Valutazione Territoriale (U.V.T.). Pertanto la UVT si configura come organismo strumentale di valutazione clinica e relazionale del paziente non autosufficiente, di proposta del Progetto

Assistenziale Individuale breve per l'assegnazione ai servizi della rete socio-sanitaria del Distretto: RSA ,ADI, Centro Diurno Integrato, altra Struttura Residenziale.

L'ammissione in RSA è **dunque sempre subordinata al parere positivo espresso dall'UVT**, che costituisce il presupposto per l'avvio delle procedure di presa in carico dell'assistito, sia da parte **dell'azienda ASL sia da parte del Comune di residenza del paziente**, anche ai fini della eventuale corresponsione da parte di quest'ultimo della quota della retta prevista dal DPCM 14.11.2001, a copertura delle prestazioni di carattere socio assistenziali. Secondo quanto previsto dal protocollo d'intesa ANCI, Sezione Sardegna – Assessorato all'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, di cui alla DGR n.52/12 del 15.12.2004.

Le procedure di inserimento in RSA sono definite nelle Linee guida Aziendali: percorso PUA in vigore nella ASL n 5 dal giugno 2013

La UVT a conclusione della valutazione multidimensionale proporrà un **Piano Assistenziale breve**, che conterrà l'indicazione dei tempi di permanenza in RSA coerente con il piano assistenziale proposto, che comunque non possono superare i 12 mesi consecutivi, salvo i diversi casi previsti dalla normativa regionale in materia. Il Piano Assistenziale proposto dalla UVT conterrà la previsione di massima sul successivo percorso di rete per l'assistito alla dimissione. La UVT individuerà inoltre al suo interno, e lo comunicherà alla RSA, un responsabile del percorso assistenziale (case manager).

La documentazione clinico-assistenziale e ogni altra informazione utile, contenuta nella cartella clinica ospedaliera o di altra struttura residenziale di provenienza o del Medico di medicina generale, saranno rese accessibili alla UVT e alla UVI (Unità di Valutazione Interna della RSA) al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale. La condivisione della documentazione attraverso le procedure informatizzate in uso, oltre che garantire tale opportunità offriranno le dovute garanzie per la tutela e la sicurezza dei dati.

b) Proroga dell'inserimento in RSA

Qualora allo scadere dei tempi previsti nel programma d'inserimento si rendesse necessario prolungare la degenza in RSA, l'eventuale proposta di prosecuzione sarà inviata da parte dell'Unità di Valutazione Interna della RSA (UVI), circa quindici giorni prima della scadenza, conterrà l'aggiornamento della valutazione multidimensionale e del Piano Assistenziale Individuale. Su tale richiesta si esprimerà l'UVT almeno tre giorni prima della data di scadenza del termine del Piano di Assistenza.

In quest'ottica le UVT e le UVI s'impegnano a concordare per ogni ospite i percorsi e le procedure necessarie per garantire la continuità dell'assistenza nei percorsi di rete.

L'eventuale proroga di inserimento potrà essere presentata dal Direttore medico della R.S.A anche entro termini inferiori a quelli citati, quando si verificano eventi patologici improvvisi che, pur non richiedendo un ricovero ospedaliero, necessitano di costante monitoraggio o di trattamenti non erogabili a domicilio.

c) Ricovero ospedaliero durante la degenza in RSA

In caso di ricovero ospedaliero, si fa riferimento all'art. 14 dello schema contrattuale di cui alla DGR 37/12 del 06.09.2011 – Allegato 2 :

“Qualora l'ospite, per esigenze imprescindibili di controllo/cura/trattamento oppure per la natura del quadro clinico, debba essere ricoverato temporaneamente, e comunque per un periodo non superiore ai 10 giorni, presso un presidio ospedaliero oppure presso altri centri di diagnosi/cura, ne viene data regolare comunicazione all'Azienda e alla UVT e ai familiari.

In tal caso la Struttura si impegna a garantire la conservazione del posto letto durante la quale verrà applicata una riduzione della tariffa giornaliera del 50%.

Oltre i predetti giorni di ricovero, qualora sia richiesto un nuovo inserimento in RSA/CDI, l'UVT dovrà esprimere il proprio parere di appropriatezza.”

In tali casi la UVT dovrà riformulare la Valutazione Multidimensionale ed un eventuale nuovo profilo assistenziale.

Se il paziente l'undicesimo giorno risultasse ancora ricoverato, l'RSA darà comunicazione di dimissione.

d) Dimissione dalla RSA

La dimissione (art. A.6 DGR 25/6) viene effettuata dal medico di struttura, su proposta dell'UVI in accordo con l'UVT, garantendo il coordinamento con il PUA al fine di favorire le soluzioni assistenziali più appropriate nei confronti del soggetto in dimissione e la continuità del percorso di cura.

Il periodo di inserimento in RSA è indicato nell'autorizzazione del PUA.

Prima di procedere alla dimissione è necessario, ognuno per la parte di propria competenza, garantire:

- a. l'informazione ai familiari dell'assistito ed al Servizio Sociale del Comune di residenza dello stesso;
- b. la verifica congiunta con il Servizio Professionale Sociale del Comune al fine di valutare le risorse assistenziali che possono garantire i familiari, in termini di disponibilità personale ad assistere il proprio congiunto, le risorse che può effettivamente attivare il Comune con propri servizi; le eventuali risorse di servizi presenti nel territorio;
- c. la verifica dei presupposti per attivare l'ADI (rete familiare che offra effettive garanzie di assistenza, disponibilità del MMG dell'assistito, altro);
- d. la data della dimissione onde consentire all'Unità di Valutazione Interna della RSA di formulare un piano terapeutico atto a garantire la continuità assistenziale della persona .
- e. la programmazione dell'intervento ritenuto più idoneo
- f. la prescrizione di ausili e presidi necessari alla continuità assistenziale a domicilio

Qualora vengano a cambiare i presupposti per la dimissione, sia su indicazione dell'UVT che dell'UVI, sarà cura della U.V.T. prorogare i termini dell'inserimento fino a quando non verrà individuata appropriata soluzione alternativa al ricovero.

2.

DIMISSIONE PROGRAMMATTA E CONCORDATA (DPC) DAI PP. OO PER INSERIMENTI IN RSA

La Dimissione Programmata e Concordata si rende necessaria quando il responsabile delle Unità Operative dei Presidi Ospedalieri ritengono che:

- a. non sia necessario o proficuo per il paziente l'ulteriore prosecuzione del ricovero in Unità Operativa Ospedaliera;
- b. le condizioni sanitarie e sociali che non consentano il rientro a domicilio;
- c. l'ulteriore periodo di cura e di riabilitazione possa essere completato nell'ambito della rete di assistenza territoriale nella forma di assistenza sanitaria, sociale e/o socio-sanitaria ritenuta più appropriata.
- d. Dovrà essere garantita la fattiva collaborazione tra U.O. ospedaliera dimissionaria e la R.S.A.

All'atto della dimissione, sarà cura del Medico dell'UO ospedaliera accompagnare il paziente con:

- Copia della cartella clinica o altra documentazione utile;
- Foglio di dimissione con specifica indicazione della terapia in corso e corrispondente Piano Terapeutico quando previsto (farmaci, O2 terapia)
- Indicazioni sul trattamento consigliato

- Materiale sanitario (farmaci in quantità sufficiente per almeno tre giorni)
- Prescrizione di ausili e presidi (con relativo allegato 1 ospedaliero) necessari per una corretta gestione del paziente, forniti contestualmente all'ingresso in RSA.

Il trasferimento del paziente alla RSA è a carico dell'assistito salvo i casi a totale carico del SSN di cui al punto A.14 della Delibera Regionale n°25/6 del 13/06/2006.

f) Fatturazione e pagamenti

Le prestazioni del presente contratto sono remunerate sulla base delle tariffe relative ai "profili assistenziali" di cui alla Tabella A della DGR 25/6 e della DGR 10/43 e successive modifiche e integrazioni.

Ai fini di meglio precisare contabilmente si considera :

Che per quanto attiene il calcolo dei giorni di presenza (e quindi di pagamento) vale il sistema dei pernottamenti e non si computa il giorno iniziale di inserimento come già stabilito nella nota del DG ASL5 del 28.12.2012.

g) Flussi : invio dei flussi informativi secondo le indicazioni della RSA :

"Disciplinare Tecnico dei flussi informativi " (Gennaio 2010) (Flussi N)

3. ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA

Tutta l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa e specialistica per i pazienti ricoverati nella Struttura per conto dell'ASL n. 5 è regolato dalle Linee Guida emanata dall'Assessorato all'Igiene e Sanità della Regione Sardegna con la DGR n. 25/6 del 13.06.2006.

È compresa nella quota sanitaria della tariffa, e quindi **a totale carico della RSA**, l'erogazione agli ospiti delle classi di ausili, attualmente previste dal D.M. n.332 del 27.08.1999, di seguito indicate:

- | | | |
|----|--|---------------|
| a. | ausili per stomie | codice 09.18; |
| b. | ausili per prevenzione e trattamento lesioni cutanee | codice 09.21; |
| c. | cateteri vescicali ed esterni | codice 09.24, |
| d. | raccoglitori per urina | codice 09.27; |
| e. | ausili assorbenti l'urina | codice 09.30. |

Gli **ausili per il trattamento delle lesioni da decubito**, saranno a carico dell'azienda ASL qualora il paziente entri in RSA con lesioni da decubito di III -IV grado (necrosi a tutto spessore con interessamento del sottocutaneo esclusa la zona sottofasciale -III – od oltre questa, con lesioni anche ossee, tendinee ecc – IV) che dovrà essere obbligatoriamente segnalato da chi fa la proposta , con richiesta personalizzata, e autorizzato dall' UVT.

La restante assistenza protesica e quella integrativa è a carico dell'azienda USL di residenza dell'assistito e l'erogazione avviene secondo le procedure previste dalla normativa nazionale e regionale vigente.

I presidi si intendono concessi alla persona ospite della Struttura e dovranno essere riconsegnati alla dimissione.

La struttura dovrà comunque dotarsi di tutti i presidi non personalizzati necessari per rendere appropriati i Piani Assistenziali Individuali (letto ortopedico, sollevatori, sedie comode, carrozzine, ausili per pulizia personale, etc.)

Sarà cura dell'UVT di riferimento dell'assistito, al momento dell'inserimento in RSA, definire nel Piano assistenziale le disposizioni per la fornitura alla Struttura ospitante dei presidi personalizzati necessari all'assistito e accertarsi che la documentazione da allegare sia conforme alle disposizioni di legge.

4. **ASSISTENZA SPECIALISTICA**

L'assistenza specialistica in RSA **compresa nella quota sanitaria della tariffa** si riferisce a:

1. **consulenze specialistiche** (geriatriche, neurologiche, fisiatriche, cardiologiche, ecc.) necessarie **alla formulazione e alla verifica del Piano Assistenziale Individuale** dell'ospite,
2. **consulenze specialistiche** necessarie per la **gestione della patologia di base** dell'ospite, **ossia la patologia per cui è stato richiesto l'inserimento in RSA** (consulenza cardiologica, neurologica, reumatologica, ortopedica, ecc.);
3. **prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio** necessarie al **monitoraggio delle patologie di base correlate all'inserimento dell'assistito nella Struttura** (ECG, RX, emocromo completo, VES, glicemia, azotemia, creatinina, bilirubina totale e frazionata ALT, AST, colinesterasi, gamma GT, LDH, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, proteine totali, elettroforesi proteica, sodio, potassio, calcio, uricemia, urine esame chimico, fisico e microscopico). Gli esami di laboratorio e l'ECG basale devono essere effettuati in relazione alle esigenze del paziente, comunque con una frequenza almeno quadrimestrale per i pazienti ospiti per periodi prolungati. La radiografia standard del torace deve essere effettuata in relazione alle esigenze del paziente.

Sono a carico del SSN, se autorizzate dall'UVT, consulenze specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, che si rendessero necessarie per il monitoraggio e la gestione delle restanti patologie delle quali il paziente è affetto.

Le consulenze specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, che si rendessero necessarie in caso di eventi acuti non correlati alla patologia di base (insorti durante il ricovero in RSA e non compresi nella quota sanitaria) saranno erogate secondo le procedure dell'emergenza / urgenza.

La richiesta deve essere effettuata dal **medico di struttura**, su apposita **modulistica concordata** comunque secondo le norme prescrittive previste in materia di assistenza specialistica, una copia della richiesta deve essere inviata all' UVT che effettuati i necessari controlli emetterà la ricetta rosa per le prestazioni a carico del SSN mentre invierà al Servizio Bilancio le richieste di prestazioni incluse nella tariffa, ai fini della fatturazione nei confronti della RSA.

In casi particolari, previa autorizzazione della Direzione Generale della ASL, potranno essere autorizzati dalla Direzione sanitaria ospedaliera e dalla direzione di distretto, sentita la direzione della Struttura, accessi programmati di specialisti presso quest'ultima per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica non comprese nella quota sanitaria della tariffa.

In tutte queste ipotesi le prestazioni specialistiche erogate in favore di ospiti non residenti nel territorio dell'ASL, dovranno essere inserite nei flussi riguardanti il "FILE C" anche ai fini della eventuale compensazione intra regionale.

Allegato B

ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'Azienda Sanitaria provvederà all'erogazione diretta, in quanto non compresi nella retta sanitaria, delle **specialità medicinali, farmaci generici e prodotti galenici relativi alle patologie presentate dal soggetto ospite.**

I farmaci verranno comunque erogati nel rispetto della normativa vigente.

Tutte le prescrizioni farmaceutiche, sia per la patologia principale che per le comorbidità, sono prescritte ed erogate sulla base del **Prontuario Farmaceutico Aziendale**, mentre **per l'erogazione dei farmaci fuori dal Prontuario sarà necessaria una richiesta Personalizzata e circostanziata.** Tutte le prescrizioni sono validate da Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale

La prescrizione farmaceutica dovrà essere effettuata con riferimento al Prontuario Terapeutico Aziendale ai sensi della delibera della Giunta Regionale n° 658 del 28.07.06 e modificato con delibera n° 778 del 06.10.06.

La **prescrizione dei farmaci** dovrà derivare dalle indicazioni fornite per ogni ospite dalla cartella clinica e **dovrà essere effettuata dal Medico di struttura .**

Per le **specialità stupefacenti e psicotrope**, da ritirare nelle farmacie convenzionate, il medico di struttura dovrà dotarsi di **ricettario apposito** (legge 12/2001 e DM 10/03/2006) fornito direttamente dal Servizio farmaceutico territoriale della ASL.

Le richieste di fornitura farmaci devono essere programmate e concordate (ad intervalli di 30 giorni) ed inoltrate via fax al **Servizio Farmaceutico Distrettuale di pertinenza (Ghilarza/Ales), per l'approvvigionamento mensile salvo diverse direttive, mentre per le urgenze saranno erogati presso la farmacia Territoriale di Oristano salvo diverse direttive.**

Le richieste per **nuovi inserimenti o estemporanee per urgenze o modifiche terapia**, dovranno essere inviate con le stesse modalità al **Servizio Farmaceutico Distrettuale di pertinenza (Oristano/Ales).**

Distribuzione e somministrazione

La distribuzione diretta dei farmaci in favore degli ospiti delle RSA è esclusiva competenza del Servizio Farmaceutico territoriale del Distretto.

La somministrazione è sotto la diretta responsabilità del personale sanitario autorizzato operante nella RSA.

La Struttura provvederà all'erogazione in proprio, in quanto compresi nella retta sanitaria, **dei dispositivi e del materiale sanitario di consumo necessario alla somministrazione dei medicinali (deflussori, aghi a farfalla, cerotti, cotone, garza, etc), necessari alla cura ed alla assistenza del soggetto ospite, (Vedi pag. 4)**

Si sottolinea che il medico di medicina generale non può in nessun caso effettuare prescrizioni di farmaci sul ricettario del SSN nei confronti dei pazienti ricoverati in RSA, a meno di specifiche ed eccezionali autorizzazioni da parte dell'Azienda Sanitaria.

Per quanto riguarda i pazienti ricoverati nella Struttura non residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria, i dati relativi all'erogazione dei farmaci saranno inseriti, a cura della Struttura, nei flussi riguardanti il "FILE F", ai fini della compensazione intraregionale e interregionale.

Assistenza Residenziale in fase avanzata

L'esigenza di formulare linee di indirizzo sulle malattie neurologiche ad alta intensità assistenziale sanitaria, come la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), e sulla assistenza e cura alle persone in ventilazione assistita si inquadra secondo le indicazioni della DGR n. 10/43 del 11/02/2009.

Nella fase avanzata della malattia, qualora il domicilio non fosse il luogo più appropriato per la cura e l'assistenza della persona e della famiglia, il PUA tramite la UVT valuta l'opportunità in accordo con la famiglia, di procedere ad un programma di assistenza territoriale in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), secondo le modalità e i percorsi previsti dalla normativa di cui sopra.

La residenzialità può essere temporanea o definitiva secondo quanto prevede il Progetto personalizzato formulato dalla UVT del PUA.

Le RSA che organizzano l'ospitalità per persone con SLA devono provvedere a:

- a. adattare alcuni posti letto con le infrastrutture e la logistica funzionali alla gestione della ospitalità per le persone con SLA;
- b. dotarsi delle figure specialistiche necessarie alla gestione della malattia specifica: Neurologo, Nutrizionista, Pneumologo, Fisiatra, Psicologo, Rianimatore;
- c. formulare un Piano formativo specifico per il personale di cura e assistenza;
- d. adeguare il numero di operatori (Infermieri –OSS-ASA) per assicurare una assistenza sulle 24 ore e sufficiente alla gestione completa della persona con SLA in relazione ai livelli di non autosufficienza e alla eventuale dipendenza da apparecchiature;
- e. garantire la perfetta funzionalità della strumentazione nelle 24 ore;
- f. formulare un PAI di residenzialità personalizzato con particolare attenzione alla vita di relazione e socializzazione della persona, perfettamente cosciente e lucida, consapevole della propria malattia e alla relazione con la propria famiglia;
- g. assicurare una adeguata formazione specifica di tutto il personale.

La tariffa giornaliera onnicomprensiva a totale carico del SSR da corrispondere alla RSA per l'assistenza nelle 24 ore di malati di SLA in ventilazione meccanica è stabilita in euro 190,00.

La fornitura delle apparecchiature elettromedicali per l'assistenza respiratoria invasiva e nutrizionale deve avvenire nel rispetto delle indicazioni fornite dalla U.O. di rianimazione che ha gestito il programma di transito dell'assistenza alla ventilazione assistita.

Fornitura materiale di consumo per assistenza respiratoria e monitoraggio

Dovrà essere garantita dall'Azienda Sanitaria la Fornitura materiale di consumo idonei a qualsiasi tipo di ventilazione meccanica. Andrà garantito inoltre, un elevato livello di quantità e qualità necessarie, come specificato nelle prescrizioni medico specialistiche, in particolar modo:

1. sondini di broncoaspirazione a punta smussa di tutte le misure;
2. collegamenti di raccordo tra aspiratore e sondino, varie tipologie;
3. collegamenti raccordo tra catether mount e sondino sterile in guaina protetta;
4. catether mount a più snodi;
5. meccanismi antirebreathing;
6. camere umidificatrici;
7. metalline medicate;
8. filtri antibatterici umidificati e non;

9. cerotti per medicazione di tutti i tipi e misure compresi gli anallergici;
10. kit bottone per nutrizione enterale di varie misure;
11. set prolunga per kit bottone;
12. sacche per alimentazione enterale;
13. cateteri vescicali di tutte le misure in silicone
14. buste per raccolta urine comprensive di scarico;
15. reggibusta raccolta urine;
16. sonde rettali.

Assistenza da garantire da parte della Struttura

- a. fornitura di tutto il materiale di consumo impiegato (deflussori, aghi a farfalla, cerotti, cotone e garze);
- b. prestazioni riabilitative o di mantenimento delle funzioni motorie attive e passive (prevenzione delle anchilosi) consistenti in mobilizzazione, rieducazione funzionale motoria e logopedica;
- c. educazione e training del caregiver e degli operatori sanitari che deve essere avviata nel corso del ricovero che ha condotto alla transizione dell'assistenza in ventilazione meccanica e deve essere mantenuta e costantemente verificata, in vista di una parziale autonomizzazione nella gestione a lungo termine del paziente e della sua famiglia;
- d. supporto psicologico al paziente;
- e. supporto psicologico alla famiglia;

Assistenza da garantire da parte dell'ASL

- a. servizio di nutrizione enterale. L'azienda fornisce ai pazienti residenti portatori di PEG o sondino a permanenza arruolati in RSA in Nuclei ad alta intensità: pompe, deflussori, sacche e prodotti dietetici per la nutrizione. L'erogazione avviene secondo le procedure previste nella normativa nazionale e regionale vigente.

Disposizione finale

Eventuali questioni interpretative in merito all'applicazione del presente Allegato saranno risolte con atto del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, previo accordo con la RSA di riferimento, fatte salve differenti determinazioni derivanti da disposizioni dell'Assessore Regionale alla Sanità.

Tabella Riepilogativa

Fascia	Profilo assist.	Composizione profilo assistenziale sulla base dei livelli di assistenza sanitaria e sociale
Retta € 128	1	Livello sanitario medio / livello sociale alto
	2	Livello sanitario medio / livello sociale medio-alto
	3	Livello sanitario medio / livello sociale medio
	4	Livello sanitario moderato / livello sociale alto
	5	Livello sanitario moderato / livello sociale medio-alto
Retta € 118	6	Livello sanitario moderato / livello sociale medio
	7	Livello sanitario basso / livello sociale alto
	8	Livello sanitario basso / livello sociale medio-alto
	9	Livello sanitario basso / livello sociale medio
Retta € 138	A 14	Livello sanitario alto: malati terminali e pazienti che richiedono un alto livello di assistenza sanitaria con instabilità clinica (classe = > 3 scala Bernardini)
Retta € 190	V	Livello sanitario alto: pazienti affetti da SLA e/o in ventilazione assistita, pazienti ventilati dimessi dalla Rianimazione che necessitano di assistenza h 24.


Il Presidente della RSA

Il Direttore Generale ASL 5