

Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali

In Italia non esiste un sistema unitario per determinare le tariffe dell'assistenza residenziale rivolta agli anziani e le regioni si sono organizzate adottando modalità proprie. Il contributo di Franco Pesaresi cerca di fare luce su questo importante aspetto offrendo un quadro analitico dei diversi sistemi di tariffazione utilizzati e degli importi applicati, corredato da riflessioni orientate al miglioramento della qualità del servizio e all'utilizzo ottimale delle risorse.

di [Franco Pesaresi](#) (Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN) e Network Non Autosufficienza)

Come per le [Residenze protette](#) rivolte agli anziani, anche per le Residenze sanitarie assistenziali i sistemi di tariffazione adottati e/o gli importi applicati cambiano da una regione all'altra, con ricadute significative sull'organizzazione dei servizi e sulla qualità delle prestazioni erogate.

I sistemi di tariffazione delle prestazioni residenziali per anziani

I sistemi tariffari usati in Italia nel settore dell'assistenza residenziale per anziani sono due:

- la tariffa per giornata di degenza;
- la tariffa giornaliera per caso trattato.

Ambedue sono tariffe giornaliere dato che nelle strutture residenziali la durata del ricovero è prolungata e variabile per cui il parametro temporale di identificazione della prestazione non potrà essere quello dell'episodio di ricovero, come avviene in ospedale, ma quello della giornata di assistenza.

La **tariffa per giornata di degenza** è il sistema più semplice ed il più usato in Italia. Esso prevede una tariffa uguale per tutti indipendentemente dalle condizioni e dalle necessità assistenziali del paziente. Per questa ragione è considerato il sistema più approssimativo.

Il suo principale pregio va ricercato nella sua semplicità di calcolo e di regolazione dei rapporti tra il pagante e la struttura sociosanitaria. La tariffa, in genere, è onnicomprensiva e viene calcolata semplicemente facendo il rapporto tra spesa complessiva annua prevista e numero di giornate di degenza che si prevede di erogare nell'anno. La tariffa per giornata di degenza, però, non riesce a tener conto della diversa complessità dei casi trattati e conseguentemente del diverso assorbimento di risorse dei pazienti. Per questo il sistema viene spesso utilizzato con alcuni correttivi.

Il correttivo più usato consiste nel prevedere delle tariffe differenziate, non in relazione alle condizioni dei pazienti, ma legate alle diverse tipologie di strutture. In alcune regioni, in sostanza, vengono classificate le strutture per anziani in base alla complessità dei casi che sono in grado di trattare prendendo in considerazione elementi diversi come gli standard assistenziali, soprattutto del personale. Anche così corretto il sistema della tariffa onnicomprensiva si presta a facili critiche. Esso tende a livellare verso il basso la tipologia e la qualità delle prestazioni più complesse e tende ad evitare il ricovero dei casi più complessi dal punto di vista assistenziale.

Il secondo tipo di correttivo consiste nello scorporo dalla tariffa di alcuni costi (che sono fattori di rischio finanziario) quali le prestazioni mediche specialistiche, gli accertamenti diagnostici strumentali, i farmaci e così via, che vengono fatturati

a parte o garantiti direttamente dalle ASL (alle strutture private).

Questa tariffa è sempre composta di due parti: una *parte sanitaria* a carico del Servizio sanitario regionale ed una *parte alberghiera* a carico dell'assistito.

Questo sistema è utilizzato dalle regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano.

Le **tariffe giornaliere per caso trattato**, invece, tengono conto delle condizioni di ogni singolo paziente e del suo effettivo assorbimento di risorse, proprio per questo sono ritenute più eque ed efficaci. Nel mondo sono diversi i sistemi di tariffazione per caso trattato (RUG, RCS, ARCS) mentre in Italia il più noto è il SOSIA che viene utilizzato dalla Regione Lombardia. Questi sistemi, potenzialmente, garantiscono più di altri l'efficienza produttiva e l'equità nella distribuzione delle risorse fra gli erogatori. Si basano infatti sul principio che a fronte di una casistica più complessa e a prestazioni più complesse corrisponde un maggior impegno delle risorse.

I sistemi di tariffazione per caso trattato sono composti da due strumenti: un sistema di classificazione (del *case-mix*) dei pazienti ed una metodologia di pagamento. La classificazione comporta la valutazione degli assistiti per stimare la quantità di cure di cui hanno bisogno e il loro posizionamento in una categoria o in un gruppo basato su bisogni assistenziali simili. La metodologia di pagamento, in genere, consiste nel collegare le tariffe giornaliere al sistema di classificazione dei pazienti.

Questo criterio porta alla necessità di disporre di sistemi di classificazione della casistica trattata che siano contemporaneamente significativi dal punto di vista clinico e capaci di differenziare classi di pazienti omogenee nella complessità assistenziale e nel consumo di risorse.

Nessun sistema tariffario è perfetto ed anche questo sistema può indurre dei comportamenti opportunistici da parte dei fornitori delle prestazioni, come, per esempio, la selezione dei pazienti (per accogliere quelli meno impegnativi) o l'adozione di trattamenti standardizzati per tutti i pazienti, indipendentemente dalla gravità della casistica, con la conseguente riduzione del livello qualitativo medio delle prestazioni erogate (Pesaresi, 2016).

Anche la tariffa giornaliera per caso trattato è sempre composta di due parti: una *parte sanitaria* (che varia in relazione alla complessità del caso trattato) a carico del Servizio sanitario regionale ed una parte alberghiera a carico dell'assistito (che in genere non varia in relazione alla complessità del caso trattato).

Tariffa giornaliera per giornata di degenza

- **Uguale per tutti**, indipendentemente dalle condizioni e dalle necessità assistenziali del paziente.
- Possono esserci tariffe differenziate in base alle tipologie di strutture.
- Si compone di una parte sanitaria a carico del Servizio sanitario regionale ed una parte alberghiera a carico dell'assistito.

Tariffa giornaliera per caso trattato

- **Varia in base alle condizioni** di ogni singolo paziente e del suo effettivo assorbimento di risorse.
- Si basa su un sistema di classificazione che **implica la valutazione degli assistiti** e su un sistema di tariffazione collegato alle diverse classi.
- Si compone di una parte sanitaria variabile in base alla complessità del caso, a carico del Servizio sanitario regionale, e di una parte alberghiera a carico dell'assistito (generalmente slegata dalla complessità del caso).

Box 1 – Le due tipologie di tariffe delle prestazioni residenziali per anziani

Chi decide le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali

Spetta alle regioni approvare le tariffe delle [prestazioni residenziali](#), tanto per la parte sanitaria quanto per quella alberghiera. Vi sono, tuttavia, 2 regioni e 2 province autonome in cui la Giunta regionale/provinciale stabilisce solamente la quota sanitaria della retta giornaliera delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) (tabella 1), mentre la quota alberghiera della tariffa viene stabilita dai gestori delle strutture. In questi casi non ci saranno dunque delle tariffe di riferimento uguali per tutti, ma tariffe differenziate per singola struttura.

Regione	Organo decisore
Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta	Giunta regionale
P.A. di Bolzano, P.A. di Trento	Giunta provinciale (solo quota sanitaria)
Lombardia, Veneto	Giunta regionale (solo quota sanitaria)

Fonte: bibliografia

Tabella 1 – Chi decide le tariffe giornaliere delle RSA

L'importo delle tariffe giornaliere

Le tariffe giornaliere omnicomprensive delle RSA per anziani sono molto diverse fra una regione e l'altra. Si

passa da 82,08 euro al giorno della Basilicata a 167,50 euro della Valle d'Aosta. La cosa è in parte comprensibile data la grande varietà degli standard di personale assistenziale che si registrano nelle diverse regioni. La tariffa media non ponderata¹ è di 112,60 euro al giorno, mentre la mediana², che è più rappresentativa dell'andamento nazionale, è di 107,50 euro al giorno (tabella 2). Da rilevare che la Commissione LEA del Ministero della Salute, nel documento del 2007 sulla riorganizzazione delle "[prestazioni residenziali e semiresidenziali](#)", aveva ipotizzato un costo giornaliero delle RSA proprio di 112 euro.

La tendenza delle tariffe è quella della crescita, seppur non per tutte le regioni. Negli ultimi 4 anni la metà delle regioni ha ritoccato al rialzo le proprie tariffe determinando un aumento costante della tariffa media non ponderata italiana di circa un euro all'anno.

REGIONI	TIPOLOGIA	ANNO DELIB.	TARIFFA GIORNALIERA (EURO)	NOTE
Abruzzo	RSA	2016	77,30; 87,86	Due fasce assistenziali
Basilicata	RSA	2014	1) 82,08; 90,24; 2) 92,34; 101,52; 3) 102,60, 112,80	Tre livelli assistenziali per RSA da 20 e 40 posti letto
P.A. di Bolzano	Centri di degenza	2018	108,80	Tariffa media stanze a due letti (+3% circa stanze a 1 letto) per bisogno assistenziale.
Calabria	RSA	2017	139,91	---
Campania	RSA	2018	121,26 105,83	Adulti alto carico Adulti medio carico
Emilia Romagna	RSA	2016	91,90 livello A e B 82,65 livello C 77,15 livello D	---
Friuli Venezia Giulia	RSA	2015	111,00 134,00 143,00	Livello di assistenza di base Livello di assistenza medio Livello di assistenza riabilitativo
Lazio	Ass. residenziale	2016	144,00	Assistenza residenziale estensiva
Liguria	RSA post acuzie	2012	111,72	RSA post acuzie
	RSA mantenim.	2012	88,24	RSA mantenim.
Lombardia	NAT	2014	Sosia 1 e 2: 113,97; Sosia 3,4,5 e 6: 103,97; Sosia 7 e 8: 93,97	Media. Per la quota sociale a carico dell'utente è stata utilizzata la media fra la media delle rette minime e massime della regione (€ 64,97).
Marche	RSA	2014	123,00	---
Molise	RSA per anziani	2017	96	---
Piemonte	RSA NAT	2013	132,62	---
	RSA alta intens.	2013	104,44	livello incrementato
	Diversi livelli	2013	95,73; 88,00	Alta, medio alta, (i livelli media, medio bassa e bassa intensità non sono inseriti in quanto assimilabili alle residenze protette)
Puglia	RSA	2012	92,90	Riduzione del 10% in presenza di 2 moduli, del 15% in presenza di 3 moduli.
Sardegna	RSA	2017	144,00	---
Sicilia	RSA	2013	111,80 (106,20 dal 61° giorno)	---
Toscana	RSA	2018	106,42 119,75	Modulo base Modulo 2 motorio
P.A. di Trento	RSA	2018	RSA: 128,31; RSA ospedaliera: 156,50; Nucleo sanitario: 167,43;	Tariffe medie. Nel caso delle RSA le tariffe costituiscono la media di 4 diverse quote sanitarie articolate per dimensione della struttura.
Umbria	RSA	2010	87,20	---
Valle d'Aosta	RSA	2014	167,50	Tariffa massima
Veneto	Centri servizi anziani (CSA)	2017	113,00 (media)	---
Italia	Media	---	112,60	Tariffa media (non ponderata)
	Mediana	---	107,5	Tariffa mediana (non ponderata)

Fonte: bibliografia

Tabella 2 – Le tariffe giornaliere delle RSA

Le tariffe giornaliere omnicomprensive dei moduli Alzheimer delle RSA sono sensibilmente più elevate (+13,4% in media) di quelle per gli anziani non autosufficienti perché gli standard assistenziali sono più elevati. Si passa da 95,59

euro al giorno dell'Emilia-Romagna ai 168,26 della Sicilia, con una grande dispersione. La media non ponderata è di 127,71 euro al giorno, sostanzialmente pari alla mediana di 128 euro (tabella3).

Anche in questo caso la tendenza delle tariffe è al graduale aumento. Negli ultimi 4 anni la crescita della tariffa media non ponderata italiana è stata di circa un euro all'anno sostenuta da un terzo delle regioni italiane che hanno ritoccato verso l'alto le tariffe.

REGIONI	TIPOLOGIA	ANNO DELIB.	TARIFFA GIORNALIERA (EURO)	NOTE
Abruzzo	RSA Alzheimer	2016	100,22; 108,18	2 fasce assistenziali
Campania	Demenze	2018	147,00	---
Emilia Romagna	Demenze	2014	95,59	---
Lazio	Dist. Cognitivo comportamentali	2016	153,00	Assistenza residenziale per disturbi cognitivo comportamentali gravi
Liguria	Alzheimer	2012	99,02	---
Lombardia	Alzheimer	2014	116,97	Per la quota sociale a carico dell'utente è stata utilizzata la media fra la media delle rette minime e massime della regione (€ 64,97).
Marche	RSA demenze	2015	128,00	---
Molise	Nuclei Alzheimer	2017	113,00	---
Piemonte	Nucleo Alzheimer	2009	137,15	---
Sardegna	R3D Demenza	2017	144,00	---
Sicilia	Alzheimer	2013	168,26	---
Toscana	Modulo Alzheimer	2012	120,69 (media)	Solo quota sanitaria 68,53
P.A. di Trento	RSA demenze	2018	155,31	Tariffa media
Valle d'Aosta	Nuclei residenziali trattamento demenze	2018	152,00 128,00	Trattamenti estensivi Trattamenti lungo-assistenziali
Veneto	Sezioni alta protezione Alzheimer	2014	128,00	Tariffa massima
Italia	Media	---	127,71	Tariffa media (non ponderata)
	Mediana	---	128,00	Tariffa mediana (non ponderata)

Fonte: bibliografia

Tabella 3 – Le tariffe giornaliere omnicomprensive delle RSA Alzheimer

Nella valutazione e comparazione delle tariffe occorre tener conto che **non tutte prevedono le medesime prestazioni sanitarie**. In alcune regioni, infatti, talune prestazioni come i farmaci e l'assistenza specialistica sono previste all'interno della retta ed in altri casi sono escluse. Nella tabella 4 sono elencati i costi sanitari che sono forniti alle RSA direttamente dalle ASL e che non sono conteggiate nella determinazione della tariffa.

Regioni	Personale medico	Farmaci	Prestazioni specialistiche
P.A. di Bolzano	---	ASL	ASL
Calabria	---	ASL	ASL
Campania	ASL	ASL	ASL
Friuli Venezia Giulia	ASL	ASL	ASL
Lazio	ASL (MMG)	ASL	ASL
Liguria	---	ASL	ASL
Lombardia	---	---	ASL
Marche	ASL (in alcuni casi)	ASL	ASL
Piemonte	ASL (MMG)	ASL	ASL
Puglia	MMG	ASL (fascia A e H)	ASL
Sardegna	ASL (MMG)	ASL	ASL
Sicilia	---	ASL	---
Toscana	ASL (MMG)	ASL	ASL
P.A. di Trento	Remunerato a parte	ASL	ASL
Umbria	ASL	ASL	ASL
Valle d'Aosta	---	ASL	ASL
Veneto	---	ASL	ASL

Nota: in Sardegna oltre ai MMG si aggiungono i medici della RSA il cui costo è ricompreso nella tariffa. Nella Provincia di Bolzano il personale infermieristico e riabilitativo viene fornito dalla ASL.

Fonte: Morandi et al. (2009); Puglia DGR 1797/2014; Pesaresi (2016).

Tabella 4 – Prestazioni sanitarie fornite direttamente dalle ASL e non comprese nelle tariffe delle RSA

Quest'ultimo aspetto relativo alla fornitura diretta di beni e servizi extra tariffa non riesce però a spiegare le ampie differenze che esistono fra le tariffe. Ci sono, evidentemente, anche altre ragioni. Parliamo dei **diversi requisiti richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture** con particolare con riferimento soprattutto ai requisiti strutturali ed organizzativi (standard di personale) che possono determinare costi di produzione differenti.

Un'altra ragione deriva dal **diverso sistema di calcolo delle tariffe**. Contrariamente a quanto previsto dalla normativa (d.lgs. n. 502/1992 e decreto Ministro Sanità 15/4/1994) poche regioni hanno adottato strumenti analitici di rilevazione dei costi di produzione per la determinazione delle tariffe e quasi nessuna regione ha indicato il metodo di calcolo della tariffa giornaliera (calcolo dei costi di produzione). La norma prevede infatti che le tariffe siano determinate sulla base della rilevazione dei costi standard di produzione di un campione rappresentativo di soggetti erogatori pubblici e privati. E quando viene indicato, ci sono differenze nel metodo fra una regione e l'altra. Differenze si riscontrano nella valutazione del costo dell'immobile, degli oneri finanziari e fiscali e del costo del personale. Per esempio, i costi relativi all'ammortamento dell'immobile in alcuni casi vengono considerati ed in altri no (Pesaresi, 2016).

Qualche valutazione

Le regioni italiane preferiscono largamente utilizzare il sistema della tariffa per giornata di degenza, che prevede una tariffa giornaliera omnicomprensiva per ogni giornata di degenza. Ben 16 regioni lo utilizzano; in un

terzo dei casi sono presenti più tariffe di RSA per anziani legate alle caratteristiche delle strutture residenziali ospitanti, organizzate per erogare differenti livelli assistenziali. La selezione dei pazienti, però, non avviene con l'utilizzo di uno strumento di classificazione oggettivo. Questo sistema tariffario, molto semplice, si è dimostrato poco efficace nel perseguire gli obiettivi di qualificazione e di miglioramento gestionale. Anzi, possiamo dire che il settore dell'assistenza residenziale è in ritardo più di altri settori sanitari e sociosanitari per quel che riguarda l'evoluzione del sistema tariffario delle prestazioni.

Le altre 5 regioni e province autonome, invece, utilizzano la tariffa giornaliera per caso trattato, legata alle condizioni del paziente e alle sue necessità assistenziali. Questo comporta la disponibilità di un sistema di classificazione in grado di selezionare i pazienti per classi di assorbimento di risorse assistenziali a cui legare le tariffe. In questo caso ogni singola struttura è potenzialmente in grado di ospitare ogni tipo di paziente garantendo un'assistenza personalizzata in relazione alle sue necessità. Le cinque regioni utilizzano, però, sistemi di classificazione dei pazienti delle RSA diversi l'una dall'altra e spesso con un sistema molto semplificato e quindi poco efficace.

In futuro, il quadro epidemiologico italiano porterà sempre più ad un incremento delle prestazioni residenziali e ad una loro ulteriore specializzazione per cui le regioni dovranno necessariamente migliorare i propri sistemi di remunerazione delle RSA al fine di utilizzare in modo ottimale le risorse, di incentivare le strutture che si fanno carico dei pazienti più complessi e di puntare al miglioramento continuo della qualità del servizio.

Come abbiamo visto, la tariffa media giornaliera delle Residenze sanitarie assistenziali è di 112,60 euro mentre quella della RSA Alzheimer/demenze è di 127,71 euro, con variazioni enormi fra una regione e l'altra non sempre giustificate dai diversi standard assistenziali del personale adottati. Pesa l'assenza di modelli organizzativi di riferimento a cui le regioni potrebbero far riferimento. Di fatto ogni regione è andata per suo conto definendo standard e requisiti di riferimento diversi gli uni dagli altri e, conseguentemente, anche tariffe estremamente diverse. **Queste grandi differenze regionali**, a quasi 30 anni dalla introduzione delle RSA nel sistema sanitario italiano, **non hanno più alcuna giustificazione**. Un lavoro di omogeneizzazione e semplificazione è assolutamente necessario, purché parta dalla scelta di uno o più modelli organizzativi di riferimento e dalla necessità che la determinazione delle tariffe venga calcolata sulla base di una rigorosa valutazione analitica dei costi. Un lavoro nazionale di ricerca organizzativa ed economica svolto da importanti agenzie sanitarie nazionali dovrebbe accompagnare questo **percorso di ottimizzazione dell'uso delle risorse e di qualità dell'assistenza erogata**.

Foto di [Nattanan Kanchanaprat](#) da [Pixabay](#)

Note

1. Calcolata come media fra le diverse tariffe delle regioni. La non ponderazione si riferisce al fatto che ogni regione conta per uno anche se c'è, per esempio, una regione che da sola gestisce la maggioranza delle RSA italiane.
2. La mediana indica l'importo al di sotto del quale si colloca la metà delle tariffe regionali.

Bibliografia

FNP CISL Lombardia (2019), *Non autosufficienza e RSA*, Informa, n. 1, giugno.

Ministero della Salute – Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza 2007), *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, documento approvato il 30 maggio.

Morandi I., Tavini G., Di Domenico S. (2009), *Assistenza agli anziani in regime residenziale extraospedaliero nelle regioni: variabilità dei costi e dei livelli di copertura della popolazione*, Roma, Agenas.

Pesaresi F. (2016), *Quanto costa l’RSA?*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.

Pesaresi F. (2018), *Le tariffe delle Residenze protette per anziani*, I luoghi della cura online, n. 2.

Normativa regionale

Abruzzo – Decreto Commissario ad Acta n. 93 del 12/8/2016: *Quote di compartecipazione relative all’assistenza territoriale residenziale per anziani non autosufficienti, disabili e pazienti Alzheimer e demenze in fase di lungodegenza e mantenimento*.

Calabria – Decreto Commissario ad Acta n. 118 del 14/9/2017: *Residenze assistenziali sanitarie (RSA) – nuovi requisiti minimi per l’autorizzazione e l’accreditamento e definizione della nuova tariffa massima regionale per le RSA*.

Campania – Decreto Commissario ad Acta n. 97 del 16/11/2018: *Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017*.

Emilia-Romagna – D.G.R. 29/2/2016, n. 273: *Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente*.

Friuli Venezia Giulia – D.G.R. 29/10/2015, n. 2151: *L.R. 17/2014, art. 23. DGR 2673/2014. Linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali*.

Lazio – Decreto Commissario ad Acta n. 60 del 3/3/2016: *Modifica del decreto del commissario ad acta n. 9/2016 avente ad oggetto ‘Definizione delle tariffe per l’assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane’*.

Liguria – D.G.R. 9/7/2012, n. 941: *Integrazioni e parziali modifiche alla DGR 15 luglio 2011 n. 862 e ss.mm. ii. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria*.

Molise – Decreto Commissario ad Acta n. 60 del 16/11/2017: *DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Provvedimenti*.

Puglia – D.G.R. 6/8/2014, n. 1797: *DGR 8 marzo 2011, n. 359 – Modifiche schema tipo di accordo contrattuale per l’erogazione e l’acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio Sanitarie Assistenziali*.

Sardegna – D.G.R. 3/5/2017, n. 22/24: *Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei centri diurni integrati. Aggiornamento delle ‘Linee di indirizzo in materia di RSA e di CDI’. Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le RSA*.

Toscana – D.G.R. 21/12/2018, n. 1481: *Adeguamento dal 1° gennaio 2019 della quota sanitaria del modulo per la non autosufficienza stabilizzata, tipologia base, all’interno delle residenze sanitarie assistenziali (RSA)*.

Veneto – DGR 16 agosto 2017 n. 1336: *Indicazioni alle Aziende ULSS della Regione del Veneto sui criteri e modalità con cui garantire l’assistenza medica nelle strutture residenziali in attuazione alla riorganizzazione avviata con L.R. n. 23/2012 (Piano Socio Sanitario regionale 2012-2016) e con L.R. n. 19/2016*.

P.A. di Trento – DGP 27/12/2018, n. 2481: *Approvazione delle 'Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2019 e relativo finanziamento'.*

Valle d'Aosta – DGR 12 marzo 2018 n. 267: *Approvazione delle direttive all'AUSL per l'istituzione della rete di servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza e dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitarie nei nuclei residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle persone affette da demenza, e delle relative tariffe. Modificazioni alla DGR 495/2017, parziale revoca delle DGR 2050/2011 e 876/2013 e revoca delle DGR 2419/2006, 1030/2007 e 3745/2007.*