

IPOTESI SCHEMA CALCOLO CASE RESIDENZE ANZIANI ACCREDITATE A GESTORI PUBBLICI O MISTI¹

Ambito distrettuale (codice)	Imola				
Comune	Imola				
Denominazione servizio	CASA RESIDENZA ANZIANI IMOLA. "Fiorella Baroncini" - 2015				
Codice SIPS	Accreditamento Definitivo Sistema Remunerativo Transitorio				
Numero posti letto convenzionati	1504				
	70				
Classificazione ospiti valevole per il 2015	A	B	C	D	Totale
	10	25	22	0	57

Costo del lavoro di riferimento di cui all'allegato A 48,20 48,20 38,80 33,70

Costo di riferimento regionale generale 90,80 90,80 81,55 76,05

Quota FRNA regionale 41,30 41,30 32,05 26,55

Costo di riferimento regionale per il servizio in base al case mix	totale costo	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
	87,23	49,50	37,73
Costo del lavoro da allegato A in base al case mix del	44,57		

Elementi di flessibilità in diminuzione		diminuzione totale	quota diminuzione retta utente	quota diminuzione FRNA
Indicare numero ore settimanali animatore su posti convenzionati	54	0,00	0,00	0,00
fornitura e pagamento nella retta servizi cura della persona (manicure, podologo, pedicure, barbiere, parrucchiere) (da 0=SI proporzionale sino a 1=NO; ad esempio per metà indicare 0,5)	0	0,00	0,00	0,00
% presenza OSS con qualifica =>65% <80% 1=SI 0=NO	0	0,00	0,00	0,00
% presenza OSS con qualifica <65% 1=SI 0=NO	0	0,00	0,00	0,00

In caso di gestioni pubbliche o miste, valutazione del costo del lavoro come elemento di flessibilità in aumento o riduzione. Se costo del lavoro maggiore rispetto a C15 viene indicata la quota aggiuntiva massima riconoscibile da parte del Comitato di dis		aumento totale	quota aumento retta utente	quota aumento FRNA
costo del lavoro rispetto a quanto indicato nell'allegato A (vedi cella C15) ³	52,52	4,00	0,00	4,00

	costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
Costo del servizio rideterminato, se superiore al	91,23	49,50	41,73

Esclusivamente in caso di Nucleo residenziale specializzato per le demenze individuato dalla programmazione		costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
indicare 1=SI ovvero 0=NO	0	0,00	0,00	0,00

IPOTESI SCHEMA CALCOLO CASE RESIDENZE ANZIANI ACCREDITATE A GESTORI PUBBLICI O MISTI¹

Ambito distrettuale (codice)		Imola				
Comune		Imola				
Denominazione servizio		Casa Cassiano Tozzoli - 2015 Accreditamento Definitivo Sistema Remunerativo Transitorio				
Codice SIPS		340				
Numero posti letto convenzionati		44				
Classificazione ospiti valevole per il 2015		A	B	C	D	Totale
		24	5	15	0	44
Costo del lavoro di riferimento di cui all'allegato A		48,20	48,20	38,80	33,70	
Costo di riferimento regionale generale		90,80	90,80	81,55	76,05	
Quota FRNA regionale		41,30	41,30	32,05	26,55	
Costo di riferimento regionale per il servizio in base al case mix		totale costo	quota massima retta utente		quota a carico FRNA	
		87,65	49,50		38,15	
Costo del lavoro da allegato A in base al case mix		45,00				

Elementi di flessibilità in diminuzione		diminuzione totale	quota diminuzione retta utente	quota diminuzione FRNA
Indicare numero ore settimanali animatore su posti convenzionati	30	0,00	0,00	0,00
fornitura e pagamento nella retta servizi cura della persona (manicure, podologo, pedicure, barbiere, parrucchiere) (da 0=SI proporzionale sino a 1=NO; ad esempio per metà indicare 0,5)	0	0,00	0,00	0,00
% presenza OSS con qualifica =>65% <80% 1=SI 0=NO	0	0,00	0,00	0,00
% pres. OSS con qualifica <65% 1=SI 0=NO	0	0,00	0,00	0,00

<i>In caso di gestioni pubbliche o miste, valutazione del costo del lavoro come elemento di flessibilità in aumento o riduzione. Se costo del lavoro maggiore rispetto a C15 viene indicata la quota aggiuntiva massima riconoscibile da parte del Comitato di dis</i>		aumento totale	quota aumento retta utente	quota aumento FRNA
costo del lavoro rispetto a quanto indicato nell'allegato A (vedi cella C15) ³	52,91	4,00	0,00	4,00

		costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
Costo del servizio rideterminato, se superiore al costo di riferimento regionale da considerarsi come ipotesi massima da proporre alla valutazione del Comitato di Distretto		91,65	49,50	42,15

<i>Esclusivamente in caso di Nucleo residenziale specializzato per le demenze individuato dalla programmazione</i>		costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
Indicare 1=SI ovvero 0=NO	1	95,86	49,50	46,36

IPOTESI SCHEMA CALCOLO CASE RESIDENZE ANZIANI ACCREDITATE

Ambito distrettuale (codice)	IMOLA				
Comune	MEDICINA				
Denominazione servizio	CRA MEDICINA - GESTIONE ASP- anno 2015 Accreditamento Definitivo Sistema Remunerazione Transitorio				
Codice SIPS	305				
Numero posti letto convenzionati	48				
Classificazione ospiti valevole per il 2015	A	B	C	D	Totale
	11	6	31	0	48

Costo del lavoro di riferimento di cui all'allegato A 48,20 48,20 38,80 33,70

Costo di riferimento regionale generale 90,80 90,80 81,55 76,05

Quota FRNA regionale 41,30 41,30 32,05 26,55

Costo di riferimento regionale per il servizio in base al case mix	totale costo	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
	84,83	49,50	35,33
Costo del lavoro da allegato A in base al case mix del servizio	42,13		

Elementi di flessibilità in diminuzione		diminuzione totale	quota diminuzione retta utente	quota diminuzione FRNA
Indicare numero ore settimanali animatore su posti convenzionati	18	0,00	0,00	0,00
fornitura e pagamento nella retta servizi cura della persona (manicure, podologo, pedicure, barbiere, parrucchiere) (da 0=SI proporzionale sino a 1=NO; ad esempio per metà indicare 0,5)	0	0,00	0,00	0,00
% presenza OSS con qualifica =>65% <80% 1=SI 0=NO	0	0,00	0,00	0,00
% presenza OSS con qualifica <65% 1=SI 0=NO	0	0,00	0,00	0,00

In caso di gestioni pubbliche o miste, valutazione del costo del lavoro come elemento di flessibilità in aumento o riduzione. Se costo del lavoro maggiore rispetto a C15 viene indicata la quota aggiuntiva massima riconoscibile da parte del Comitato di dis		aumento totale	quota aumento retta utente	quota aumento FRNA
costo del lavoro rispetto a quanto indicato nell'allegato A (vedi cella C15) ³	49,72	4,00	0,00	4,00

	costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
Costo del servizio rideterminato, se superiore al costo di riferimento regionale da considerarsi come ipotesi massima da proporre alla valutazione del Comitato di Distretto	88,83	49,50	39,33

Esclusivamente in caso di Nucleo residenziale specializzato per le demenze individuato dalla programmazione		costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
Indicare 1=SI ovvero 0=NO	0	0,00	0,00	0,00

¹ in azzurro le sole informazioni che vanno inserite, il resto campi bloccati

² nessuna differenza in più per Iva per la casa residenza per anziani

IPOTESI SCHEMA CALCOLO PER CENTRI DIURNO ANZIANI ACCREDITATI A GESTORI PUBBLICI O MISTI¹

Ambito distrettuale (codice)	IMOLA		
Comune	IMOLA		
Denominazione servizio	CENTRO DIURNO IMOLA - GESTIONE ASP 2015 Accreditamento Definitivo Sistema remunerazione Transitorio		
Codice SIPS	S01505	Numero posti convenzionati	20

Classificazione ospiti valevole per il 2015 in giornate complessive di presenza da PAI (da utilizzarsi in caso di inserimenti multipli sul medesimo posto)	base	dist. comp.	Totale	con domeniche del sollievo
	4397	1288	5685	
Classificazione ospiti valevole per il 2015 (precompilato se utilizzato il criterio delle giornate di presenza di cui al rigo 8)	base	dist. comp.	Totale	
	15,16	4,44	19,60	
n° OSS in base a posti, tipologia utenti e rapporti previsti nell'allegato A ²	2,98	1,40	4,38	
calcolo personale OSS in base al parametro 1:10 ²	2,39	0,70	3,09	
Costo del lavoro di riferimento di cui all'allegato A	28,15		36,25	
Costo di riferimento regionale generale 2010	50,00		58,00	
	51,81			
Quota FRNA regionale 2014 accreditato	21,35		29,35	
	23,16			

Costo del Servizio Regionale	totale costo		quota max retta utente	quota FRNA livello base	quota FRNA disturbi comp.
	base	disturbi Comp			
Costo del lavoro da allegato A in base al case mix del servizio	50,35	58,35	29,00	21,35	29,35
	29,99				

Elementi di flessibilità in diminuzione		diminuzione totale		diminuzione quota utente	diminuzione e FRNA livello base	diminuzione e FRNA disturbi comp.
		base	disturbi Comp			
numero operatori (unità equivalenti) ³	6	0,00		0,00	0,00	0,00
Indicare numero ore settimanali animatore	19,05	0,00		0,00	0,00	0,00
numero ore apertura del servizio: se inferiore a 10 ore giornaliera riduzione proporzionale	10	0,00		0,00	0,00	0,00
% presenza OSS con qualifica =>65% <80% 1=SI 0=NO	0	0,00		0,00	0,00	0,00
% presenza OSS con qualifica <65% 1=SI 0=NO	0	0,00		0,00	0,00	0,00

Con le domeniche del sollievo le ore di animazione vengono aumentate proporzionalmente

In caso di gestioni pubbliche o miste, valutazione del costo del lavoro come elemento di flessibilità in aumento o riduzione. Se costo del lavoro maggiore rispetto a C22 viene indicata la quota aggiuntiva massima riconoscibile da parte del Comitato di dist.		aumento totale		aumento quota utente	aumento FRNA livello base	aumento FRNA disturbi comp.
		base	disturbi Comp			
costo del lavoro rispetto a quanto indicato nell'allegato A (vedi cella C22) ⁴	34,56	2,00		0,00	2,00	2,00

Costo del servizio rideterminato, se superiore al costo di riferimento regionale da considerarsi come ipotesi massima da proporre alla valutazione del Comitato di Distretto	costo di riferimento		quota max utente	FRNA livello base	FRNA disturbi comp.
	base	disturbi Comp			
	52,35	60,35	29,00	23,35	31,35

Esclusivamente in caso di Centro diurno specialistico per le demenze individuato dalla programmazione		costo di riferimento	quota max utente	quota FRNA
Indicare 1=SI ovvero 0=NO	0	0,00	0,00	0,00

Note

¹ In azzurro le sole informazioni che vanno inserite, il resto campi bloccati

² livello indicato per finalità di controllo

³ numero operatori a tempo pieno, nel caso di operatori impiegati a tempo parziale essi vanno riportati ad unità di lavoro a tempo pieno

⁴ l'applicazione della maggiorazione relativa al costo del lavoro va considerata solo se vi sono le condizioni previste dalla DGR 2110/2009