

PATTO DI AMMISSIONE – RICOVERO NELLA RSA IGEA DI TRIESTE

Io Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

confermo quanto già sottoscritto tramite gli operatori del mio Distretto nel Patto di ammissione-ricovero in RSA, con il quale ho preso conoscenza dei miei diritti e doveri, anche in merito 1) alla durata della degenza e ad eventuali compartecipazioni alla spesa; 2) al fatto che questo mio ricovero in R.S.A. avverrà nel livello assistenziale “base” “medio” “riabilitativo” funzione di “sollevio” .

Considerate le informazioni essenziali già da me conosciute e qui ricordate in pronta evidenza e trasparenza:

1. Il giudizio sulla adeguatezza del ricovero in R.S.A. spetta esclusivamente all'Unità di Valutazione Distrettuale (U.V.D.), cui compete, in condivisione con i sanitari di IGEA, l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) o Riabilitativo (P.R.I.) adeguato per soddisfare le mie esigenze e bisogni assistenziali.
2. Durante la degenza verranno attuate le prescrizioni del P.A.I. / P.R.I. concordate in U.V.D., sotto la diretta responsabilità del personale della R.S.A..
3. **La durata della degenza viene disposta esclusivamente dall'U.V.D., a seguito delle indicazioni dei sanitari di IGEA responsabili della mia salute, secondo norma regionale inferiore ai 30 giorni per il livello assistenziale “base” e “medio” e ai 40 giorni per il livello “riabilitativo”, rimanendo questo periodo per me sempre e comunque completamente gratuito.**
4. Nei casi in cui le mie condizioni di salute, valutate dal personale di IGEA e dall'UVD, richiedessero il protrarsi della degenza oltre il 30° giorno (per il livello “base” e “medio”) o il 40° giorno (per il livello “riabilitativo”), la durata della degenza potrà essere prolungata con oneri a totale carico del SSR (quindi per me gratuita) fino a non oltre 60 giorni, oltre i quali la gratuità avviene solo per esigenze particolari, sempre identificate dall'UVD.
5. Qualora l'UVD certifichi la cessazione della necessità al ricovero in RSA in quanto sono stati raggiunti gli obiettivi definiti nel PAI/PRI e la contestuale prosecuzione della permanenza in RSA avvenga per sole esigenze di lungo-assistenza (es. persona in attesa di inserimento in casa di riposo, o di completamento dei preparativi per l'assistenza a domicilio), dovrà corrispondere ad IGEA una quota pari al 50% della tariffa giornaliera, nella misura di 62,00 euro/giorno per il livello “base”, 75,00 euro/ giorno per il livello “medio” e di 80,00 euro/giorno per il livello riabilitativo con decorrenza dal giorno successivo alla decisione dell'UVD, fino al 60° giorno di degenza dalla data di ingresso in RSA. Oltre il 61° giorno mi sarà addebitata l'intera tariffa giornaliera (100%), pari a 124,00 euro al giorno per il livello assistenziale “base”, 150,00 euro per il livello assistenziale “medio” e 160,00 euro per il livello assistenziale “riabilitativo” (vedi tabella successiva). L'intera tariffa mi sarà addebitata anche quando la permanenza avverrà per mia unilaterale decisione, in contrasto con quella del Distretto e dell'UVD.

* NOTA per le persone non appartenenti ad ASUGI - residenti al di fuori della Provincia di Trieste e Gorizia: prima del ricovero in R.S.A, il Distretto sanitario/Azienda sanitaria dove l'ospite ha la residenza dovrà formalmente autorizzare la spesa del ricovero. L'ospite dovrà corrispondere alla Direzione della R.S.A. IGEA l'intera retta giornaliera per i giorni di ricovero che non risultassero autorizzati.

6. Per norma regionale, i ricoveri in RSA avvenuti per “funzione sollievo” non possono avere una durata superiore ai 30 (trenta) giorni complessivi nell’anno solare, eventualmente fruibili in due accessi. Tali ricoveri sono gratuiti (per i cittadini del FVG*) fino al 21° giorno di degenza, mentre sono a carico dell’utente nella misura del 100% della tariffa giornaliera (v. sopra) se si protraggono oltre il 21° giorno e fino al 30° giorno (il computo dei 21 giorni gratuiti e dei 9 giorni a totale carico dell’utente va considerato complessivamente nell’anno solare).

DICHIARO

di aver compreso quanto sopra riportato, per cui rinnovo il mio consenso a questo ricovero in R.S.A. IGEA, accettando i termini e le condizioni sopra illustrate, anche in merito alla durata della degenza e della eventuale gratuità/grado di partecipazione alla spesa del ricovero, salvaguardati i miei diritti e doveri.

INOLTRE, IN MERITO ALL’ATTUALE EPIDEMIA DA CORONAVIRUS, DICHIARO CHE:

- Sono consapevole che attualmente in ogni luogo di cura, e quindi anche in RSA IGEA, esiste la possibilità che circoli il Coronavirus e che esso possa contagiare gli ospiti e gli operatori, con collegato rischio di insorgenza della malattia “COVID-19”, rischio che può essere ridotto da opportune misure di precauzione e prevenzione.
- Sono stato informato che IGEA segue attentamente il flusso di informazioni a riguardo, monitora la situazione al proprio interno, anche con l’effettuazione di periodici controlli virologici su tutto il proprio personale e su ciascun ospite, ed ha messo in atto tutte le misure indicate dalle Autorità, rispettando tutti i Protocolli previsti in materia, ivi compresi quelli di vaccinazione e di sanificazione di tutti gli ambienti della Struttura.
- Ho compreso che così come tutto il personale di IGEA, io stesso ed i miei familiari dobbiamo attenerci con scrupolo alle disposizioni impartite dalla Direzione di IGEA, prime tra tutte il rispetto delle distanze di sicurezza, con distanziamento di almeno un metro, le restrizioni delle visite, l’assenza di contatto da persona a persona e le raccomandazioni di igiene (uso delle mascherine di protezione quando prescritto, igiene/lavaggio frequente delle mani, coprirsi con il braccio il naso in caso di tosse o starnuti, eccetera).
- Sono consapevole che io potrei contrarre il contagio e la malattia in occasione di contatti sociali. Inoltre, so che i test potrebbero non rilevare il virus e/o potrei aver contratto COVID-19 nei giorni successivi al test, oppure prima di entrare in IGEA oppure dopo l’uscita.
- Sono stato reso edotto che qualora la malattia si manifestasse si renderà per me necessario essere sottoposto ad isolamento ed al ricovero in ospedale per ottenere le cure di pertinenza ospedaliera.
- Ho pertanto compreso che l’eventuale insorgenza della malattia da Coronavirus potrà causarmi rischi aggiuntivi, non tutti attualmente noti, oltre a quelli già esistenti legati alle condizioni che hanno causato questo mio ricovero in IGEA, e che questi rischi, pur attenuati dalla vaccinazione e da appropriati comportamenti, non potranno essere in ogni caso del tutto annullati.

Avendo presente tutto quanto sopra illustrato, rinnovo il mio espresso consenso informato al ricovero presso la RSA IGEA.

Trieste, ____/____/____

Firma dell’ospite/persona assistita _____

Firma del rappresentante legale _____

() Se l’assistito è interdetto, inabilitato o assistito da un amministratore di sostegno, allegare fotocopia del decreto e di un documento di riconoscimento del legale rappresentante.*

Firma del familiare _____

NOTA INTEGRATIVA: si informa che, a parte, IGEA fornisce agli ospiti l’informativa privacy ed il modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali, nel rispetto della nuova legge sulla privacy (D.Lgs n.101/2018).