

PATTO DI AMMISSIONE - RICOVERO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

(In applicazione direttiva Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e disabilità – FVG del 13.06.2019 e della DGR n. 237 del 10.02.2023)

Io Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____

in via _____ C.F. _____

DICHIARO

Di essere stato informato dal mio Medico di Medicina Generale (M.M.G.) e/o dagli operatori del Distretto Sanitario che, date le mie condizioni cliniche e/o socio-assistenziali, è indicato un ricovero temporaneo in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) con:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Livello assistenziale “base” | <input type="checkbox"/> Funzione “sollevio” |
| <input type="checkbox"/> Livello assistenziale “medio” | <input type="checkbox"/> Livello assistenziale “riabilitativo” |

SONO STATO INOLTRE INFORMATO/O CHE:

- Il giudizio sulla adeguatezza del ricovero in R.S.A. spetta esclusivamente **all’Unità di Valutazione Multiprofessionale (U.V.M.)**. L’opzione della struttura residenziale e della durata della degenza da me eventualmente espresse e/o dai miei care giver non è determinante.
- Compete all’U.V.M., in condivisione con gli operatori della R.S.A., l’elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) più adeguato per soddisfare le mie esigenze e bisogni assistenziali
- Durante la degenza il PAI definito in UVM verrà sottoposto a **rivalutazione (modulo e durata della degenza)** sotto la diretta responsabilità del personale della R.S.A. In occasione delle valutazioni intermedie che verranno effettuate, d’intesa con il personale della R.S.A. potrà essere rimodulato il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) stilato al mio ingresso in struttura, per renderlo più adeguato alle mie esigenze e bisogni assistenziali. Qualora l’aggiornamento del P.A.I. implicasse una modifica del livello assistenziale fruito, la degenza verrà conseguentemente riclassificata con computo del periodo di **60** giorni (degenza massima tendenziale per i trattamenti estensivi/completamento programma di cure) che verrà calcolato a decorrere comunque dal giorno del mio ingresso presso la Struttura.
- La durata appropriata della degenza viene stabilita dalla UVM: massimo 30 giorni per il livello “base” e medio e 40 giorni per il “riabilitativo”.
- Nei casi eccezionali in cui le mie condizioni di salute, valutate dall’U.V.M. e dal personale della R.S.A., richiedessero per il completamento del programma di cure (motivi clinico/riabilitativi) 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 in base a quanto previsto dalla normativa vigente.
- Qualora l’UVM certifichi il completamento del programma di cura/riabilitazione dichiarando la mia dimissibilità con disponibilità immediata di una destinazione alternativa al ricovero, ferma restando la necessità di dimissione immediata, la prosecuzione della degenza comporterà la corresponsione da parte mia all’RSA dell’intera tariffa giornaliera (124,00 € /giorno per il livello assistenziale “base” e 150,00 €/giorno per il livello assistenziale “medio”) fino alla data di dimissione (**).
- Qualora l’UVM certifichi il completamento del programma di cura/riabilitazione verificando la necessità di proseguire il ricovero per un bisogno di lungo-assistenza (es. in attesa di inserimento in casa di riposo, di organizzazione dell’assistenza a domicilio), dovrò corrispondere all’RSA una quota pari al 50% della tariffa giornaliera (62,00 €/giorno per il livello “base” e 75,00 €/giorno per il livello “medio”) a partire dal giorno successivo a quello in cui è stato valutato e certificato il mio bisogno e fino al 60° giorno di degenza (*), oltre al

quale (dal 61° giorno) mi sarà addebitata l'intera tariffa giornaliera (124,00 €/giorno di degenza per il livello assistenziale "base" e 150,00€/giorno di degenza per il livello assistenziale "medio") (**).

Livello assistenziale	Quota a carico dell'utente al 100% (**)	Quota di compartecipazione dell'utente al 50% (*) solo residenti FVG
<input type="checkbox"/> "base"	124,00 €./giorno di degenza	62,00 € /giorno di degenza
<input type="checkbox"/> "medio"	150,00 €./giorno di degenza	75,00 € /giorno di degenza
<input type="checkbox"/> "riabilitativo"	160,00 €./giorno di degenza	80,00 €./giorno di degenza

- **Per i soli ricoveri con prevalente "funzione sollievo":** la durata del ricovero in RSA con funzione di sostegno socio-ambientale ("funzione sollievo") non può superare i 30 (trenta) giorni complessivi nell'anno solare, eventualmente frazionabili. 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 (124,00 €/giorno se in livello assistenziale "base" e 150,00€/giorno se in livello assistenziale "medio") 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).
- **per il ricovero in R.S.A (da domicilio) è necessario essere muniti di:**
 1. Tessera sanitaria e documento di identità (in corso di validità)
 2. documentazione clinica relativa alle patologie
 3. farmaci assunti a domicilio con relativi dosaggi, al fine di consentire una corretta valutazione e riconciliazione farmacologica
- **Per i soli assistiti residenti al di fuori del territorio di competenza ASUGI:** fermo restando che il Distretto sanitario, prima del ricovero in R.S.A, dovrà essere in possesso della formalizzazione dell'impegno di spesa da parte dell'Azienda Sanitaria del luogo ove ho la residenza _____, dovrò corrispondere alla Direzione della R.S.A. l'intera retta giornaliera per i giorni di ricovero che non risultassero autorizzati.
- **L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)** e la R.S.A. garantiscono, ognuna per quanto di propria competenza, che i dati personali inerenti la mia salute verranno trattati nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy. L'R.S.A. garantisce, in qualità di titolare autonomo del trattamento, il rispetto delle normative europea e nazionale ovvero del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali (RGPD)" e del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali così come modificato dal D.Lgs. n. 101 dd 10.08.2018". Pertanto, presa visione dell'Informativa privacy (**), autorizzo il trattamento dei miei dati personali con qualunque strumento (anche informatico) da parte degli operatori e dei professionisti socio-sanitari che mi avranno in cura durante il periodo di ricovero e per le attività, necessarie e/o opportune, precedenti e/o successive alla degenza presso l'RSA.

Avendo compreso quanto mi è stato rappresentato ed avendo letto quanto sopra, acconsento al ricovero in R.S.A., accettando i termini e le condizioni sopra specificate.

(luogo) _____, (data) ____/____/____

Firma della persona assistita _____

Firma del rappresentante legale (*) _____

Firma del familiare _____

(*) 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. (**). Ogni RSA predispone la propria informativa sul trattamento dei dati personali.

MATRICE DELLE REVISIONI

REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE	REDAZIONE	DATA	APPROVAZIONE	DATA
0	0	1a emissione	Distretti Area Isontina G. Benedetti; C. De Vuono; P. Platania, F. Verzegnassi, P. Frittitta	01/10/2023	Direzioni Distretti Area Isontina G. Benedetti; C. De Vuono	10/10/2023