

**MODULO DI ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI E DEI TERMINI DI RICOVERO  
IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)**

Io Sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a 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:

- Livello assistenziale “base” - “funzione sollievo”       livello assistenziale “riabilitativo”  
 Livello assistenziale “medio”

**SONO STATO INOLTRE INFORMATO CHE:**

- Il giudizio sulla adeguatezza del ricovero in R.S.A. spetta esclusivamente all’Unità di Valutazione Distrettuale (U.V.D.). 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.D., 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 verrà attuato il programma assistenziale e di cura personalizzato sotto la diretta responsabilità del personale della R.S.A., in osservanza delle prescrizioni del P.A.I. concordato con l’U.V.D..
- In caso di scelte diagnostiche o terapeutiche urgenti provvederà il personale sanitario della R.S.A..
- La durata della degenza viene disposta dall’U.V.D. d’intesa con il personale della R.S.A. Il primo periodo di ricovero presso la R.S.A. -30 gg. per le degenze di livello assistenziale “base” e “medio”, 40 gg. per quelle di livello assistenziale “riabilitativo”- sono a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.
- Se le mie condizioni di salute, valutate dall’U.V.D. e dal personale della R.S.A., richiedessero il protrarsi della degenza oltre il 30° giorno o, nel caso di ricovero di livello assistenziale riabilitativo, oltre il 40° giorno, dovrò corrispondere alla Direzione della R.S.A., a partire dal 31° (trentunesimo) o dal 41° (quarantunesimo – per i ricoveri di l.a.riabilitativo) giorno di degenza e fino alla data di dimissione, una quota di compartecipazione alla spesa pari al 50% dell’intero valore della tariffa giornaliera di ricovero in ragione del livello assistenziale fruito:

<b>Livello assistenziale</b>	<b>Quota di compartecipazione a carico dell'utente dal 31° giorno di degenza e fino alla data di dimissione</b> <i>(in applicazione della normativa statale dei LEA socio-sanitari e, per i soli cittadini residenti nel F.V.G., della D. G. R. - FVG n. 2151 del 29.10.2015)</i>
<input type="checkbox"/> "base"	<b>55,50 E./giorno di degenza</b>
<input type="checkbox"/> "medio"	<b>67,00 E./giorno di degenza</b>
<input type="checkbox"/> "riabilitativo"	<b>71,50 E./giorno di degenza</b>

- *Per i soli ricoveri con prevalente "funzione sollevio":* La durata del ricovero in R.S.A. con prevalente funzione di sostegno socio-ambientale ("funzione sollievo") non può superare i 30 (trenta) giorni complessivi all'anno, eventualmente fruibili in due accessi. Nel/i periodo/i di degenza autorizzata dall'U.V.D., la retta, pari a quella del livello assistenziale "base", viene sostenuta integralmente dal Servizio Sanitario Regionale.
- In occasione delle valutazioni intermedie, che verranno effettuate durante il mio ricovero in R.S.A., gli operatori dell'U.V.D. d'intesa con il personale della R.S.A. potranno rimodulare il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) stilato al mio ingresso nella 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 applicazione della tariffa correlata a decorrere dalla data della riclassificazione (dalla data del verbale dell'U.V.D.). In tal caso il periodo di 30 giorni (per i livelli assistenziali "base" e "medio") o di 40 giorni (per il livello assistenziale "riabilitativo") con oneri ad esclusivo carico del Servizio Sanitario Regionale decorrerà comunque dal giorno del mio ingresso presso la Struttura.
- La dimissione è disposta dall'U.V.D. d'intesa con la R.S.A.. Qualora intendessi protrarre volontariamente la degenza in R.S.A. oltre la data di dimissione disposta dall'U.V.D., mi sarà addebitata da parte della Direzione della R.S.A. l'intera tariffa giornaliera per livello di assistenza (pari a 111,00 E./giorno per il livello assistenziale di "base" e per i ricoveri con "funzione sollievo", 134,00 E./giorno per il livello assistenziale "medio" e 143,00 E./giorno per il livello assistenziale "riabilitativo") a partire dal giorno in cui sono stato dichiarato dimissibile dalla R.S.A. (D.G.R. n. 2151 29.10.2015).
- *Per i soli assistiti residenti al di fuori della Provincia di Trieste:* 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 Integrata di Trieste (ASUITS) e la R.S.A. garantiscono che i dati personali inerenti la mia salute verranno trattati secondo le disposizioni del D.Lgs.n. 196/2003 e ss.mm.ii. (Codice privacy) e pertanto ne autorizzo il trattamento, con qualunque strumento, anche informatico, e la diffusione tra gli operatori e professionisti socio-sanitari che mi avranno in cura durante il periodo di ricovero e per l'attività, necessaria e/o opportuna, propedeutica e successiva alla degenza presso la residenza sanitaria assistenziale.

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.

Trieste, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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.