

CENTRO SOCIO
SANITARIO DEL
SACRO CUORE

REGOLAMENTO E
CARTA DEI SERVIZI

NUMERO VERDE 800343678

INDICE

1. Premessa
2. Il Nostro Centro
3. Impegni del Consorzio nel riconoscere i diritti degli ospiti delle strutture gestite
4. Il servizio Sanitario
5. L'alloggio
6. Il vitto
7. Come Contattarci
8. Contratto
9. Modulo Privacy

P R E M E S S A

Lo scopo del nostro Centro è di offrire utili servizi all'Ospite , ponendolo al centro del nostro agire; in quest'ottica l'attività medica, infermieristica, socio-assistenziale non rimane un freddo e distaccato rapporto professionale, ma diventa fraterna assistenza, rispetto della libertà personale, valorizzazione della dignità della persona, accompagnamento, condivisione, affetto stima, comprensione, amicizia. Riteniamo proprio per questo fondamentale il mantenimento delle relazioni famigliari e sociali.

IL NOSTRO CENTRO

A Brugnato, una ridente cittadina della Val Di Vara, inserito nel paese, si trova il nostro Centro Socio Sanitario del Sacro Cuore.

Il centro è facilmente raggiungibile in automobile sia per mezzo della via Aurelia che attraverso il nuovo raccordo autostradale A12 con uscita proprio a due passi dalla nostra struttura costituita da :

Residenza psicogeriatrica e modulo RSA Protesica " Antonio Pagani"
Residenza Sanitaria Assistita Post-acuto e di Mantenimento " Alfredo del Carpio "
Presidio Riabilitativo Disabili " Vittorio Gasparro".

La Residenza psicogeriatrica " Antonio Pagani", che ha una capacità ricettiva di 53 persone, accoglie prevalentemente gli Ospiti non autosufficienti con patologie psichiatriche cronicizzate o pazienti con demenze gravi ed è strutturata su due piani muniti di un ascensore montalettighe;

- Al piano terreno, dal quale si accede tramite un giardino attrezzato per gli anziani, trovano posizione la sala da pranzo , due spazi comuni, l'ambulatorio medico, il Laboratorio dei ricordi, il cinema , la palestra ed il modulo protesico;
- Al primo piano si trovano altre otto camere e una terrazza;
- In mansarda troviamo gli spogliatoi del personale e la cappella.

Obiettivi

Si tratta di un mantenimento a ciclo continuativo nel corso del quale si porta una persona a mantenere il miglior livello di vita possibile sul piano funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, a tal proposito il centro e' aggiornato alle migliori tecniche e attività attualmente in essere (Metodo Gentlecare , Pet Terapy , Dolly Terapy etc..). Il processo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti a lui sono vicini: di conseguenza riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali. Per raggiungere un buon livello di efficacia, qualsiasi progetto , per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l' autonomia mantenibile nei diversi ambiti possa tradursi nel suo complesso in una migliore qualità della vita della persona.

La Residenza Sanitaria assistita Posdt Acuto e di Mantenimento " Alfredo del Carpio " ha una capacità ricettiva complessiva di 85 posti adibiti a RSA di Mantenimento tutti raggiungibili per mezzo di tre ascensori di cui due montalettighe. Tutte camere sono allestite con servizi per disabili servite da accessori ospedalieri (letti articolati , ossigeno e aspiratore) ben allestiti per dare un impronta meno ospedaliera e piu' domestica , a tal proposito dobbiamo segnalare che gli arredi sono stati scelti con cura, personalizzati, per permettere all'ospite di sentirsi inserito in un ambiente familiare e di offrire agli operatori sanitari il massimo aiuto..

Ai piani terra si trovano la cucina, i refettori , le sale comuni , gli uffici, gli ambulatori e le palestre. Tutti i locali sono climatizzati.

Obiettivi

Si tratta di un mantenimento a ciclo continuativo nel corso del quale si porta una persona a mantenere il miglior livello di vita possibile sul piano funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Il processo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti a lui sono vicini: di conseguenza riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali. Per raggiungere un buon livello di efficacia, qualsiasi progetto , per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l'

autonomia mantenibile nei diversi ambiti possa tradursi nel suo complesso in una migliore qualità della vita della persona.

PRESIDIO RIABILITATIVO DISABILI VITTORIO GASPARRO

**DFC; 9HHC F-56 =@H5 HJC; 9B9F5 @ D9F =@F97I D9FC "9 @
F-56 =@H5 NCB9 "8 =GC; ; 9HH DCF H5 HCF =8 =8 =G56 =@H5 E
FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI.**

L' intervento riabilitativo nei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa si pone come *end-point* il recupero funzionale (ove possibile) di una competenza andata persa per ragioni patologiche, la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale della malattia degenerativa e infine la possibilità di reperire formule facilitanti alternative.

Obiettivi

Si tratta di una riabilitazione post-acuta, estensiva, a ciclo continuativo: è un processo di *problem solving* e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Il processo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti a lui sono vicini: di conseguenza riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali. Per raggiungere un buon livello di efficacia, qualsiasi progetto riabilitativo, per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l' autonomia raggiungibile nei diversi ambiti possa tradursi in autonomia della persona nel suo complesso e comunque in una migliore qualità della vita della persona.

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

Metodi riabilitativi

L' intervento riabilitativo si basa come substrato metodologico sulla stesura del progetto riabilitativo individuale, ovvero quell' insieme di proposizioni, elaborate dall' équipe riabilitativa pluriprofessionale coordinata dal medico responsabile;

- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità e soprattutto delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali; si avvale quindi di precisi strumenti diagnostici e valutativi ;
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell' équipe curante;
- deve dimostrare la consapevolezza e comprensione, da parte dell' intera équipe riabilitativa, dell' insieme delle problematiche del paziente;

- definisce il ruolo dell' équipe riabilitativa, composta da personale adeguatamente formato, rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti;
- definisce, nelle linee generali, gli obbiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- è comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel processo riabilitativo.

La programmazione della disponibilità e dell' organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura per garantire un' idonea funzione di supporto, finalizzata alla protezione e alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti, deve essere concepita in una logica concettuale, configurando così un vero e proprio progetto di struttura. Il programma riabilitativo, invece, definisce le aree di intervento specifiche, gli obbiettivi a medio termine, i tempi le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.

Si tratta di una attività di riabilitazione di tipo estensivo, caratterizzata cioè da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento. L' impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente di tipo riabilitativo e complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili tra una e tre ore giornaliere.

Un tale assetto progettuale, quindi, oltre che su criteri diagnostici e valutativi suddetti, si basa anche sul contributo di tutte le professionalità coinvolte nel progetto stesso, che in base alle proprie caratteristiche danno il proprio contributo, valutando quindi anche gli aspetti assistenziali ed educativi che entrano quindi nel progetto individualizzato come parte integrante, soprattutto per le ricadute pratiche che questo ha non solo nel caso del singolo individuo, ma anche rispetto all' organizzazione che la struttura intende dotarsi.

IMPEGNI DEL CONSORZIO CAMPO DEL VESCOVO NEL RICONOSCERE I DIRITTI DEGLI OSPITI DELLE STRUTTURE GESTITE:

Ogni ospite ha pari dignità indipendentemente dalla sua razza, religione, credo politico, estrazione sociale o condizione economica.

· DIRITTO ALLA VITA

Ogni persona deve ricevere la tempestiva, necessaria e appropriata assistenza per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali per la vita (alimentazione, idratazione, ventilazione, igiene, protezione ambientale, movimento, evacuazione, riposo, sonno, comunicazione, ecc.);

· DIRITTO DI CURA ED ASSISTENZA

Ogni persona deve essere curata in scienza e coscienza e nel rispetto delle sue volontà;

· DIRITTO DI DIFESA

Ogni persona in condizioni psico-fisiche di inferiorità deve essere difesa da speculazioni e raggiri e/o danni fisici derivanti dagli ambienti circostanti;

· DIRITTO DI PREVENZIONE

Ogni persona, attraverso attività, strumenti, presidi sanitari, informazioni, deve essere posta in condizione di prevenire peggioramenti, danni alla salute, limitazioni alla sua autonomia.

· DIRITTO DI PAROLA E DI ASCOLTO

Ogni persona deve essere ascoltata e le sue richieste devono essere accolte ed esaudite nei limiti del possibile.

· DIRITTO DI INFORMAZIONE

Ogni persona deve essere informata circa le procedure e le motivazioni che sostengono gli interventi di cui è oggetto.

· DIRITTO DI PARTECIPAZIONE

Ogni persona deve poter partecipare alle prese di decisione che riguardano se stessa.

· DIRITTO DI ACCETTAZIONE

Ogni persona deve essere accettata come individuo portatore di "valori" e non etichettata.

· DIRITTO ALLA CRITICA

Ogni persona può esprimere liberamente il suo pensiero e la sua critica inerente le attività e le disposizioni che la riguardano.

· DIRITTO AL RISPETTO E AL PUDORE

Ogni persona deve essere chiamata con il proprio nome e cognome e deve essere rispettata la sua riservatezza e il concetto di pudore.

· DIRITTO DI RISERVATEZZA

Ogni persona ha diritto al rispetto del segreto su notizie personali da parte di chi eroga direttamente o indirettamente l'assistenza, anche secondo quanto previsto dalla Legge 675/96 e successive modificazioni;

· DIRITTO DI PENSIERO E DI RELIGIONE

Ogni persona deve poter esplicitare le sue ideologie filosofiche, sociali e politiche, nonché praticare la propria confessione religiosa.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA PER L'INGRESSO

Per l'accettazione è necessario inoltrare apposita domanda alla direzione che a sua volta comunicherà quanto prima la disponibilità o meno a ricevere un nuovo ospite.

Al momento dell'ingresso l'ospite dovrà presentare:

relazione del medico curante

esami ematici indicati

documentazione clinica in possesso dell'Ospite

copia di un documento d'identità

codice fiscale

fotocopia libretto pensioni

libretto del s.s.n. con eventuale certificazione di invalidità civile

recapito telefonico di parenti o persone di fiducia reperibili con la massima facilità in caso di bisogno

un elenco di tutti gli indumenti portati avendo cura di applicare il numero assegnato dalla direzione a tutti i capi di vestiario, con l'impegno di integrarli in caso di usura almeno ogni sei mesi.

impegnativa del Comune di residenza a garanzia del pagamento della retta per coloro che sono assistiti dai Comuni.

RETTA BASE

La retta base copre tutti i servizi essenziali: controllo medico, assistenza infermieristica generica, vitto, alloggio, lavanderia, pulizie.

Essa si suddivide in :

Quota a carico del SSN : determinata dalle leggi regionali a seconda della tipologia di ricovero

Quota di compartecipazione : determinata dalle normative regionali a seconda della tipologia di ricovero a carico dell'utente ricoverato o dei comuni.

Quota Alberghiera : Ove prevista , determinata percentualmente a fine anno

La retta puo' essere assoggettata a variazioni per i seguenti motivi :

- 1) Aumenti ISTAT
- 2) Aumenti CCNL

Il Centro si impegna a comunicare agli interessati eventuali aumenti con preavviso di mesi uno.

DECESSI:

In caso di decesso dell'Ospite la Struttura provvede tramite il proprio personale all'igiene della salma; per quanto concerne invece la vestizione e le altre pratiche richieste sarà compito dei famigliari individuare un'agenzia funebre di propria fiducia

IL SERVIZIO SANITARIO

Il nostro Centro Residenziale è accreditato A.S.L.

SERVIZIO MEDICO

La struttura ha propri Medici che si occupano di tutti gli Ospiti presenti. All'interno della struttura sono presenti le seguenti figure specialistiche :

Geriatra

Cardiologo

Neurologo

Chirurgo

Radiologo ecografista

Psicologo psicoterapeuta.

I Sanitari ricevono i famigliari tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 12 alle ore 13 e dalle 16 alle 17 presso le Strutture.

Farmaci:

I farmaci prescritti dal Sanitario della Struttura, compresi nella fascia C, sono a totale carico dell'Ospite anche se ha riconosciuta una invalidità totale. Pertanto i famigliari dovranno compilare, al momento dell'ingresso del loro congiunto, l'apposito questionario nel quale diranno se consentono o meno al pagamento dei sopracitati farmaci.

Trasporto in ambulanza:

Qualora si renda necessario il trasporto in ambulanza dell'Ospite per esami o indagini strumentali richiesti dal Sanitario della Struttura vi sono tre possibilità:

- 1) si richiede all'USL l'autorizzazione al trasporto presso il Poliambulatorio di Brugnato o Levanto
- 2) il familiare provvede al pagamento del trasporto in ambulanza
- 3) il familiare provvede al trasporto con i propri mezzi assumendosi tutte le eventuali responsabilità.

SERVIZIO INFERMIERISTICO

All'interno della struttura opera ventiquattro ore su ventiquattro il qualificato personale infermieristico, che presiede a tutte le mansioni di assistenza sanitaria richiesta dagli Ospiti.

SERVIZIO FISIOTERAPICO

Al fine di garantire una qualità della vita migliore per tutti gli Ospiti, sono presenti nella struttura quattro fisioterapisti sei giorni alla settimana.

SERVIZIO ASSISTENZIALE

La cura della persona di ogni Ospite è affidata a personale O.S.S. che si fa carico, con premura, di ogni richiesta. Per offrire una migliore qualità dell'assistenza, ogni ospite ha un operatore "tutor" al quale fare riferimento per ogni sua necessità assistenziale.

SERVIZIO ANIMAZIONE

Al fine di far trascorrere ai nostri Ospiti giornate serene e senza noia, sono svolte, da personale qualificato, attività di animazione. Tali attività sono sia ludiche sia di orientamento alla realtà. Tali attività che hanno lo scopo di mantenere vive le capacità cognitive degli Ospiti, variano in funzione della stagione. Nel periodo invernale sono svolte nelle apposite sale ricreative interne alla struttura, mentre nel periodo estivo sono utilizzati gli ampi spazi verdi a disposizione. Nel programma di orientamento, per offrire un'ulteriore possibilità di svago, sono organizzate brevi gite di gruppo sia a carattere ricreativo sia culturale.

L'ALLOGGIO

Le nostre camere sono tutte dotate di servizi igienici per disabili, e sono di norma a due o quattro letti articolati di tipo ospedaliero e se occorre con materassini antidecubito. Su di ogni testata è presente il campanello di chiamata assistenza collegato all'infermeria, ciò al fine di garantire un tempestivo intervento in caso di richiesta da parte dell'ospite.

IL VITTO

Ruolo fondamentale dell'alimentazione dell'Ospite anziano è quello di mantenere buone condizioni di salute, ciò però non significa monotonia dei menù, che variano ogni settimana. Qualora vi siano delle esigenze dietetiche particolari, il Sanitario di Struttura provvederà alle specifiche prescrizioni.

PROTESI DENTARIE

Il Centro declina **ogni responsabilità in merito allo smarrimento o al danneggiamento** di protesi dentarie di ospiti non autosufficienti e/o disorientati. Il Centro altresì mette a disposizione di tali ospiti pasti adeguatamente adattati all'assunzione senza utilizzo di protesi

TELEFONO CELLULARE

In qualsiasi momento i parenti possono, attraverso il numero telefonico ed il centralino della struttura, mettersi in contatto con i propri cari ricoverati presso di noi.

SU AUTORIZZAZIONE DELLA DIREZIONE, e con gli stessi limiti alla voce "protesi dentarie", si può lasciare all'ospite un telefono cellulare con esclusione per le seguenti tipologie di ricovero:

- 1) Pazienti con patologie psichiatriche anche lievi
- 2) Pazienti interdetti o inabilitati
- 3) Pazienti con dichiarata pericolosità sociale anche pregressa

COME CONTATTARCI

- per mezzo del telefono: 0187/894161
- per mezzo del fax: 0187/894732
- per mezzo della e-mail amministrazione@rsabrugnato.com

DOVERI DELL'OSPITE

L'Ospite che vive nelle strutture di Brugnato deve:

- a) tenere un comportamento corretto, dignitoso verso se stesso e rispettoso verso gli altri, evitando quanto possa screditare le Case o mettere a disagio le persone che lo circondano
- b) osservare le regole d'igiene, curarsi e vestirsi decorosamente
- c) far buon uso di tutto ciò che le Case mettono a loro disposizione, evitando ogni spreco
- d) pagare ogni danno provocato alle cose non di sua proprietà
- e) non tenere nella camera assegnata per i pericoli che ne possono derivare, ferri da stiro, stufe elettriche, ecc.
- f) non tenere sui davanzali vasi di fiori o altri oggetti che possono costituire un pericolo verso gli altri, né stendere alle finestre biancheria

PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI

La Direzione può inoltrare agli organi competenti domanda di allontanamento dell'ospite dalla struttura quando :

- a) tenga una cattiva condotta morale o disciplinare
- b) sia di grave disturbo o danno agli altri ospiti
- c) faccia opera denigratoria a danno della Casa
- d) sia insolvente nel pagamento della retta e/o delle spese accessorie

A disposizione per qualsiasi richiesta di chiarimento si ringrazia anticipatamente per la fiducia riposta

La Direzione

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ di professione _____
nella mia qualità di _____, in relazione all'accoglimento c/o questo centro
del/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
Titolare delle seguenti pensioni _____

MI IMPEGNO

1. Ad accettare il **t gi qro gpvq'lpvgt pq'f gnEgvt q'f c'b g'xkkqpcvq.**
2. Al pagamento della fattura relativa al soggiorno presso la struttura entro i primi 10 giorni del mese in corso nella misura di:
3. _____ Euro Mensili nel caso di ricovero di sollievo o mantenimento
4. _____ Euro Mensili (**ucrkq'f t gupvc| kpg'KUGG**) in caso di inserimento tramite salute mentale o servizio disabili
5. _____ Euro Mensili in caso di ingresso privato. Come previsto dalla normativa regionale.
6. Ad effettuare il pagamento tramite Pos, assegno bancario o bonifico intestato a CONSORZIO CAMPO DEL VESCOVO, IBAN : **IT47U061754972000000560620** specificando nella causale il nome DELL'OSPITE.

"

RTGPFQ'CVVQ'EJ G

1. I pagamenti non potranno essere sospesi o ritardati per alcun motivo se non concordato preventivamente con il Direttore del Centro.
2. Resta convenuto che in caso di ritardato pagamento non concordato, il cliente è tenuto alla corresponsione degli interessi di mora calcolati su base annua pari al tasso ufficiale di riferimento della BCE maggiorato di due punti percentuale oltre le spese di recupero quantificabili sino ad ora in EURO 100,00.
3. Nel caso in cui l'istituto dovesse ricorrere al recupero del credito attraverso vie legali, addebiterà al cliente l'importo totale delle spese sostenute.
4. Il tutto con salvezza di ogni altro diritto da parte di Campo del Vescovo, compreso quello di comunicare immediatamente la morosità agli enti preposti alla risoluzione del caso ivi compresa la richiesta di allontanamento dell'ospite dalla struttura.

CHHGTO Q

Di aver preso visione di quanto sopra e di accettare ogni possibile azione di rivalsa nei confronti del sottoscritto in corso di inadempimento ex art. 1218 C.C. a tutte le richieste di pagamento che dovessero pervenire al soggetto gestore del Centro prima, durante e dopo il ricovero nel Centro del/la Sig./ra _____.

Brugnato, li _____

In fede

TGUV C'P VGUQ'EJ G'EJ G'<

1. **IP" ECUQ" FK' TIEQXGTQ" QURGF CNKGTQ" P QP" UQPQ" RTGXKUVG" TIF W| KQP K' F GNNC" S WQVC**
2. **lp'ecuq'f kf lo kulkpk'ugg| c'r't gcxxluq' hnkmswwq'pqp'¹⁵'vgpwwq'cf "ciewp't lo dqt uq'g'ig'i kqt pcvg'pqp" i qf wq' tct cppq' t cvgpwwg's werg'f gpcrg=**
3. Al termine di ciascun mese verrà emessa a carico di ciascun ospite nota per il rimborso delle seguenti voci accessorie di spesa:

4. - prestazioni di parrucchieri, podologi, assistenza infermieristica particolare richiesta dai famigliari
5. - eventuali medicinali ordinati dal medico e non assimilabili nelle fasce di esenzione (fascia C).
6. - eventuali PANNOLONI eccedenti la quota fornita dal SSNN (attualmente 2 al giorno)
7. - servizi diversi resi dal Centro in caso di necessità, ad esempio trasporto con ambulanza o taxi, visita per esami specialistici, terapie particolari, ecc

Il pagamento del rimborso spese accessorie dovrà essere effettuato entro dieci giorni dalla fine del mese di riferimento.

In caso di impedimento occorre costituire un fondo cassa presso la Direzione.

Dt wi pcvq.'h'aaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

kp'hgf g

CXXIUQ'RGT'KDGP GHEKCTKF GN'EQP VTDWWQ'HKNUG

Si informa che il contributo regionale FILSE cosi' come stabilito dalla DGR845/2014 e successive modificazioni e ribadito piu' volte dalle circolari della REGIONE LIGURIA, e' da ritenersi contributo limitato alle disponibilita' di bilancio della REGIONE, pertanto qualora venisse sospesa la contribuzione regionale , **verg'' r ci co gpvq'cpf t co'ghgwwcvq'f kt gwco gpvg'f cnihpur kg'q'f ckr ct gpvkkddri cvl0**

KN'UQVVQUETKVQ'aaCHHGTO C'F K' CXGT'NGVVQ'G'E QO RTGUQ'N0CXXIUQ'UQRT CFP F KE CVQ''g'f kteeegwct g'bi pkr quklkg'' c| kpg'f kt kcnc 'pgkèqpl t qpvkf gntqwwuet kwq'lp'èqt uq'f klpcf go r lo gpvq'gz'ct v0343: 'E(EOè'' www'lg't lej kgwg'f kr ci co gpvq'èj g'f qxguqt q'r gt xgplk g'ènbqi i gwq'i guwt g'f gnEgpvt q'r t lo c.'' f wt cpvg'g'f qr q'hit leqxt q'pbnEgpvt q'f gnrc 'Uli 0k c'aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa0

Brugnato, li _____

In fede

COPIA PER IL CLIENTE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ di professione _____
nella mia qualità di _____, in relazione all'accoglimento c/o questo centro
del/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
Titolare delle seguenti pensioni _____

MI IMPEGNO

7. Ad accettare il **aggiornamento dell'importo della pensione.**
8. Al pagamento della fattura relativa al soggiorno presso la struttura entro i primi 10 giorni del mese in corso nella misura di:
9. _____ Euro Mensili nel caso di ricovero di sollievo o mantenimento
10. _____ Euro Mensili (**importo della pensione**) in caso di inserimento tramite salute mentale o servizio disabili
11. _____ Euro Mensili in caso di ingresso privato. Come previsto dalla normativa regionale.
12. Ad effettuare il pagamento tramite Pos, assegno bancario o bonifico intestato a CONSORZIO CAMPO DEL VESCOVO, IBAN : **IT47U061754972000000560620** specificando nella causale il nome DELL'OSPITE.

"

RTGPFQ'CVVQ'EJ G

5. I pagamenti non potranno essere sospesi o ritardati per alcun motivo se non concordato preventivamente con il Direttore del Centro.
6. Resta convenuto che in caso di ritardato pagamento non concordato, il cliente è tenuto alla corresponsione degli interessi di mora calcolati su base annua pari al tasso ufficiale di riferimento della BCE maggiorato di due punti percentuale oltre le spese di recupero quantificabili sino ad ora in EURO 100,00.
7. Nel caso in cui l'istituto dovesse ricorrere al recupero del credito attraverso vie legali, addebiterà al cliente l'importo totale delle spese sostenute.
8. Il tutto con salvezza di ogni altro diritto da parte di Campo del Vescovo, compreso quello di comunicare immediatamente la morosità agli enti preposti alla risoluzione del caso ivi compresa la richiesta di allontanamento dell'ospite dalla struttura.

CHHGTO Q

Di aver preso visione di quanto sopra e di accettare ogni possibile azione di rivalsa nei confronti del sottoscritto in corso di inadempimento ex art. 1218 C.C. a tutte le richieste di pagamento che dovessero pervenire al soggetto gestore del Centro prima, durante e dopo il ricovero nel Centro del/la Sig./ra _____.

Brugnato, li _____

In fede

TGUVC'RPVQUQ'EJ G'EJ G'<

8. **IP " ECUQ" FK' TFEQXGTQ" QURGF CNKGTQ" P QP " UQP Q" RTGXKUVG" TFW W KQP K' F GNNC" S WQVC**
9. **lp'ecuq'f kf ko kulkpk'ugp| c'r t gcxxluq'hkmlswvq'pqp' s 'vgpww'cf "ciewp't lo dqtuq'g'ig'i kqtpcvg'pqp" i qf wv'letcppq'tcwgppwg's weng't gpcrg=**
10. Al termine di ciascun mese verrà emessa a carico di ciascun ospite nota per il rimborso delle seguenti voci accessorie di spesa:
11. - prestazioni di parrucchieri, podologi, assistenza infermieristica particolare richiesta dai famigliari
12. - eventuali medicinali ordinati dal medico e non assimilabili nelle fasce di esenzione (fascia C).
13. - eventuali PANNOLONI eccedenti la quota fornita dal SSNN (attualmente 2 al giorno)
14. - servizi diversi resi dal Centro in caso di necessità, ad esempio trasporto con ambulanza o taxi, visita per esami specialistici, terapie particolari, ecc

Il pagamento del rimborso spese accessorie dovrà essere effettuato entro dieci giorni dalla fine del mese di riferimento.

In caso di impedimento occorre costituire un fondo cassa presso la Direzione.

Dt wi pcvq.'h'aaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

kp'hgf g

CXXKUQ'RGT'KDGP GHEKCTKF GN'EQP VTKDWWQ'HKNUG

Si informa che il contributo regionale FILSE cosi' come stabilito dalla DGR845/2014 e successive modificazioni e ribadito piu' volte dalle circolari della REGIONE LIGURIA, e' da ritenersi contributo limitato alle disponibilita' di bilancio della REGIONE, pertanto qualora venisse sospesa la contribuzione regionale , **wvrg'' r ci co gpvq'c p f t c o' ghgwvvcvq'f kt gwco gpvq'f c n h q u r k g ' q ' f c k t c t g p v k d d r i c v l o**

KN'UQVVQUETKVVQ'aaaCHHGTO C'F K' CXGT'NGVVQ'G'EQO RTGUQ'NoCXXKUQ'UQRTCKP F KE CVQ" g'f k'ceegwct g'bi p'kt quidk'g' c| k'pg'f kt k'cnc 'p'gk'eqpl' q'p'kf g'it'q'w'q'et' l'w'q'lp'eqt' u'q'f k'lp'cf go r lo gpvq'gz'et v0343: 'E(E0t'' wv'g'ig't lej kgv'g'f k' ci co gpvq'ej g'f qxgu'gt q'f gt xgpl'g'c'ribqi i gwq'i gu'qt g'f g'it'E'gpvt q'f' t lo c." f vt cpv'g'f q' r q'hit k'eqx'gt q'p'g'it'E'gpvt q'f g'it'c' Uli 0t c'aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa0

Brugnato, li _____

In fede

DF =J 5 7 M bcH]bZfa Uhj U'

Ai sensi del Dlgs n°196/2003, la informiamo che i dati personali già acquisiti e quelli che saranno raccolti dagli Uffici Amministrativi e Sanitari-Assistenziali sono oggetto di trattamento per finalità e secondo modalità connesse alle attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza e socializzazione del Centro Socio Sanitario del Sacro Cuore.

In particolare il trattamento dei dati è finalizzato alla gestione ed al monitoraggio del Progetto Assistenziale Individualizzato dell'Ospite, alla gestione del rapporto tra l'Ospite e/o suo rappresentante e l'Amministrazione, tra l'Amministrazione, l'Ospite e/o suo rappresentante e gli Istituti di Credito per il pagamento delle rette dovute, tra l'Amministrazione e gli organi Socio-Sanitari territoriali.

I dati personali possono essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: medici sostituti, laboratori analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende sanitarie ed ospedaliere, anche per finalità statistiche, servizi sociali territoriali, case di cura, commercialisti e fiscalisti.

Il trattamento dei predetti dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I dati richiesti sono necessari per ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

8 7 < =5 F 5 NCB9 '8 =7 CBG9BGC'

I sottoscritt_ _____ nella qualità di _____

del/della Sig/Sig.ra _____ dichiara di essere stato informato relativamente:

- la finalità e le modalità di trattamento dei dati;
- i soggetti e le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati;
- la necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

I sottoscritt_ autorizza ed acconsente espressamente ai sensi del Dlgs n°196/2003, a che i dati raccolti, ed in particolare quelli considerati sensibili, possano costituire oggetto di trattamento per le finalità della corretta gestione del rapporto e degli obblighi di legge da parte del Centro Socio Sanitario del Sacro Cuore.

I sottoscritt_ esprime inoltre il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini di diagnosi e cura.

Qualora i dati personali costituiscano oggetto di comunicazione a terzi, _I_ sottoscritt_ acconsente altresì, ai sensi del Dlgs n°196/2003, alla comunicazione stessa, laddove non sia già richiesta dalla legge.

_ sottoscritt_ _____ nella qualità di _____

del/della Sig/Sig.ra _____ dichiara che eventuali notizie

sullo stato di salute del ricoverato debbano essere esclusivamente comunicate alle seguenti persone :

-
-
-
-

_____, ____/____/____ (Firma)

Eqr lc 't gt 'klf ct gpw

DF =J 5 7 M **bc hU]b Zcfa Uhj U'**

Ai sensi del Dlgs n°196/2003, la informiamo che i dati personali già acquisiti e quelli che saranno raccolti dagli Uffici Amministrativi e Sanitari-Assistenziali sono oggetto di trattamento per finalità e secondo modalità connesse alle attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza e socializzazione del Centro Socio Sanitario del Sacro Cuore.

In particolare il trattamento dei dati è finalizzato alla gestione ed al monitoraggio del Progetto Assistenziale Individualizzato dell'Ospite, alla gestione del rapporto tra l'Ospite e/o suo rappresentante e l'Amministrazione, tra l'Amministrazione, l'Ospite e/o suo rappresentante e gli Istituti di Credito per il pagamento delle rette dovute, tra l'Amministrazione e gli organi Socio-Sanitari territoriali.

I dati personali possono essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: medici sostituti, laboratori analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende sanitarie ed ospedaliere, anche per finalità statistiche, servizi sociali territoriali, case di cura, commercialisti e fiscalisti.

Il trattamento dei predetti dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I dati richiesti sono necessari per ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

8 7 < =5 F 5 N C B 9 ' 8 =7 C B G 9 B G C '

I sottoscritt_ _____ nella qualità di _____

del/della Sig/Sig.ra _____ dichiara di essere stato informato relativamente:

- la finalità e le modalità di trattamento dei dati;
- i soggetti e le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati;
- la necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

I sottoscritt_ autorizza ed acconsente espressamente ai sensi del Dlgs n°196/2003, a che i dati raccolti, ed in particolare quelli considerati sensibili, possano costituire oggetto di trattamento per le finalità della corretta gestione del rapporto e degli obblighi di legge da parte del Centro Socio Sanitario del Sacro Cuore.

I sottoscritt_ esprime inoltre il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini di diagnosi e cura.

Qualora i dati personali costituiscano oggetto di comunicazione a terzi, _I_ sottoscritt_ acconsente altresì, ai sensi del Dlgs n°196/2003, alla comunicazione stessa, laddove non sia già richiesta dalla legge.

_ sottoscritt_ _____ nella qualità di _____

del/della Sig/Sig.ra _____ dichiara che eventuali notizie sullo stato di salute del ricoverato debbano essere esclusivamente comunicate alle seguenti persone :

-
-
-
-

_____, ____/____/____

(Firma)

Eqr k'f gt 'lc'nt wwwt c'f c'let 'lt o ct g