



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



**ACCORDO PER L'INSERIMENTO PAZIENTI CONVENZIONATI PRESSO LE
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI: R.S.A "SANTUARIO" O "R.S.A. NOCETI"**

L'anno _____, il mese di _____, il giorno _____

TRA

OPERE SOCIALI SERVIZI S.p.A. Via Paleocapa 4/3 C 17100 SAVONA

E

Il/la Sig./Sig.ra: cognome _____ nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ (____)

residente in _____ (____) CAP _____

via/p.za _____ C.F. _____

(di seguito denominato Contraente)

CHE SI IMPEGNA : per sé in qualità di _____ per l'ospite:

cognome _____ nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ (____)

residente in _____ (____) CAP _____

via/p.za _____

DOCUMENTO ID. _____ RILASCIATO _____

IL _____ DA _____ C.F. _____

Recapiti telefonici: _____

E

Il / la Sig. / Sig.ra _____ nato a _____ il _____ residente in

_____ recapiti tel _____ mail _____

in qualità di garante del corretto adempimento delle obbligazioni contrattuali dell'ospite in solido con lo stesso / stessa.

PREMESSO:

- che il OPERE SOCIALI SERVIZI SPA ha ricevuto formale delega dall'A.S.L. n. 2 "Savonese" per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di tipologia R.S.A. da erogarsi presso le strutture site in Savona, Piazza Santuario 4 per la RSA Santuario, o in Via Alla Stazione per la RSA Noceti;



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona

Telefono: 019 8489849

Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona

Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099

Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



- che le funzioni svolte dalla R.S.A. riguardano, di norma, le prestazioni terapeutiche di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità nei confronti di anziani non autosufficienti;
- che, di norma, sono assistibili presso la R.S.A. anziani non autosufficienti con riduzione della funzione fisica, deficit cognitivi e/o comportamentali ed esiti cronicizzati di polipatologie;
- che l'ammissione presso la R.S.A. "Santuario" viene disposta esclusivamente dall'U.O. Assistenza Anziani dell'A.S.L. n. 2, che ne determina altresì la relativa tipologia e durata;
- che le tipologie di ricovero sono individuate in:
 - riabilitativo / post-acuto fino a 60 giorni;
 - riabilitativo / post-acuto oltre il 61° giorno;
 - mantenimento;
 - sollievo;
- che in relazione alla tipologia di ricovero, l'ospite (**ovvero i civilmente obbligati artt. 433 e ss. Codice Civile**) è tenuto al pagamento del corrispettivo per i servizi attinenti alle funzioni c.d. socio-alberghiere, salvo eventuale intervento contributivo del Comune di residenza in base ai rispettivi regolamenti comunali vigenti;
- Sottoscrivendo il presente contratto il contraente si impegna in solido con l'Ospite alla corresponsione mensile della retta, come fissata da Opere Sociali Servizi SPA, assumendo il ruolo di fideiussore per detto obbligo economico, ai sensi degli artt. 1936 e ss. Codice civile, senza beneficio della preventiva escussione del debitore principale. Egli assume in particolare l'onere del pagamento della retta di degenza.
- che attualmente il succitato corrispettivo è fissato in Euro **44.00** (quarantaquattro/00) giornalieri

Tutto quanto sopra premesso, si conviene quanto segue:

1. Le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente accordo e si intendono integralmente richiamate ed accettate.
2. L'ospite, sopra nominativamente individuato, viene inserito dal ____/____/____ nella R.S.A. "Santuario" con la seguente tipologia:
 - riabilitativo/ post acuto
 - mantenimento
 - sollievo
3. L'ospite è tenuto, fino al giorno della dimissione definitiva dalla struttura, al pagamento del corrispettivo per i servizi attinenti alle funzioni c.d. socio-alberghiere nella misura di Euro 42.00 (quarantadue/00) giornalieri per la tipologia 3.1 e di euro 44,00 (quarantaquattro) per la tipologia 3.2 e 3.3, secondo le modalità di seguito specificate:
 - 3.1 tipologia riabilitativo / post acuto: dopo il 60° giorno dalla data di cui al punto 2.
 - 3.2 tipologia mantenimento: dalla data di ingresso di cui al punto 2.
 - 3.3 tipologia sollievo: dalla data di ingresso di cui al punto 2.
4. **Per i ricoveri nella tipologia di cui al punto 3.1) la durata è stabilita dalla competente ASL ed è riportata nelle lettera di autorizzazione che viene trasmessa all' R.S.A, all' interessato o a suo referente. Allo scadere della prima prognosi (e cioè alla data del...../...../.....) l'ASL si riserva**



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona

Telefono: 019 8489849

Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona

Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099

Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



la facoltà di valutazione dell'ospite attraverso il medico specialista della competente U.V.G. (unità valutativa geriatrica), per autorizzare eventuali proroghe in ossequio ai propri regolamenti. Si precisa che la concessione di periodi di proroga oltre al prima autorizzazione, è esclusiva e insindacabile facoltà dell'ASL 2 Savonese.

5. Nel caso di cui al punto 3.1, il Contraente provvederà a versare, allo scadere del 60° giorno di ricovero e cioè dal ____/____/_____, il corrispettivo calcolato per i restanti giorni del mese, ovvero per tutta la durata della proroga.
6. Nei casi di cui ai punti 3.2 e 3.3, il Contraente versa, al momento dell'ingresso di cui al punto 2, la somma di Euro _____, quale corrispettivo dovuto per il periodo dal ____/____/_____ al ____/____/_____ (gg. ____).
7. A decorrere dal mese successivo, il corrispettivo dovuto per i servizi attinenti alle funzioni c.d. socio-alberghiere relativo al mese intero (retta mensile), dovrà essere versato dal Contraente entro il giorno 10 (dieci) di ogni mese.
8. In caso di ricovero ospedaliero, dopo il 15° giorno, alla quota Socio Alberghiera verrà applicato una riduzione pari al 50%, fino al 30° giorno di ricovero. Dal 31° giorno in poi la retta tornerà nuovamente intera. Nel caso in cui sia previsto l'intervento del Comune di residenza, la quota sarà stabilita per differenza dall'Amministrazione di provenienza.
9. Si precisa che, in presenza di disposizioni successive alla data del presente accordo che modifichino l'importo del corrispettivo di cui al punto 3, il OPERE SOCIALI SERVIZI SPA provvederà ad adeguare il corrispettivo medesimo in base alle succitate disposizioni, dandone comunicazione al Contraente, che si impegnerà, come si impegna fin d'ora, a provvedere ai pagamenti secondo la nuova tariffa.
10. Il corrispettivo a carico dell'ospite è comprensivo del normale servizio di tipo alberghiero con trattamento completo di vitto e alloggio, dell'assistenza tutelare, dell'attività di animazione. Eventuali prestazioni/servizi aggiuntivi richiesti ed esclusi dal normale servizio di tipo alberghiero e/o non previsti nel corrispettivo base, saranno posti a carico dell'ospite, ivi compresi i trasporti di qualsivoglia natura.
11. Il pagamento della retta dovrà avvenire tramite bonifico bancario permanente, di cui consegnare poi copia al Coordinatore della struttura; altre forme di pagamento potranno eventualmente essere concordate con il Coordinatore.
12. Il Ritardo nel pagamento della retta mensile da parte dell'ospite, determinerà, senza necessità di sollecito e preavviso di inadempimento da parte del creditore, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento, la corresponsione di interessi moratori al tasso legale maggiorato di 3 punti percentuali".
13. Nel rispetto della vigente normativa antifumo, è fatto assoluto divieto di fumo all'interno della struttura, sia da parte degli ospiti che da parte dei parenti e/o visitatori.
14. La Rsa non risponde ed è esonerata da ogni responsabilità in ordine allo smarrimento di beni, oggetti preziosi che non siano stati depositati e consegnati alla Direzione previo inventario. La struttura non è altresì responsabile nel caso di rottura o perdita di protesi dentarie o di apparecchi acustici o di occhiali da parte dell'ospite, fermo restando l'obbligo degli addetti di farne tempestiva comunicazione ai familiari, e sempre che la perdita o la rottura non sia da fatto o da operato degli operatori medesimi.
15. Essendo necessario per motivi igienico- sanitari effettuare il lavaggio della biancheria degli ospiti ad



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona

Telefono: 019 8489849

Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona

Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099

Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



altissime temperature, non siamo responsabili dell'usura degli indumenti che ci vengono affidati per il lavaggio interno.

16. In caso di decesso o uscita dalla struttura dell'ospite (ad eccezione dei passaggi interni nelle strutture di Opere Sociali Servizi), la retta dovuta sarà conteggiata compreso il giorno dell'uscita stessa o del decesso.
17. In caso di uscita dalla struttura l'ospite è tenuto a comunicare la volontà di dimissioni con un preavviso non inferiore a 7 giorni e la quota dovrà essere versata entro e non oltre il giorno di uscita dalla struttura.
18. In caso si renda necessario da parte di OSS, la restituzione di retta non dovuta, è necessaria la compilazione del modulo "dichiarazione sostitutiva eredi" da richiedere presso la segreteria della struttura. Si fa presente che la restituzione di quanto sopra avverrà dopo il 15 del mese successivo all'evento, tramite bonifico.
19. Per ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del presente contratto sarà competente territorialmente esclusivamente ed inderogabilmente il foro di Savona.

Letto, approvato e sottoscritto

Savona, _____

Firma del contraente

Firma per Opere Sociali Servizi S.p.a.

Note aggiuntive successive (aumenti retta, variazioni, etc.)

Data: ____/____/____

Motivo _____



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



Firma: _____
Note aggiuntive (aumenti retta, variazioni, etc.)

Data: ____/____/____

Motivo _____

Firma: _____

Note aggiuntive (aumenti retta, variazioni, etc.)

Data: ____/____/____

Motivo _____

Firma: _____

Note aggiuntive (aumenti retta, variazioni, etc.)

Data: ____/____/____

Motivo _____

Firma: _____