

**ACCORDO PER L'INSERIMENTO PAZIENTI CONVENZIONATI PRESSO LE  
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI RSA Santuario**

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: **D** per sé **D** in qualità di \_\_\_\_\_ per l'ospite:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_

DOCUMENTO ID. \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ 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.

*Sede legale Via Paleocapa n° 4/3 C SAVONA  
Telefono 019 8489849 - Fax 019 8160893  
Iscrizione nel Registro Imprese di Savona,  
Codice Fiscale e Partita IVA: n° 01479280099  
Capitale sociale sottoscritto Euro 490.000,00*

## Opere Sociali Servizi Società per Azioni

O in qualità di amministratore di sostegno o curatore o tutore per l'ospite:

Avv/sig/dott.....

### PREMESSO:

- che 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 la struttura RSA Santuario. sita in Savona, Piazza Santuario 4.
- 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:
  - o riabilitativo / post-acuto fino a 60 giorni;
  - o riabilitativo / post-acuto oltre il 61° giorno;
  - o mantenimento;
  - o 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** ..... 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  
☐ RSA SANTUARIO

con la seguente tipologia di ricovero: **D** riabilitativo/ post acuto **D** mantenimento **D** sollievo

*Sede legale Via Paleocapa n° 4/3 C SAVONA  
Telefono 019 8489849 - Fax 019 8160893  
Iscrizione nel Registro Imprese di Savona,  
Codice Fiscale e Partita IVA: n° 01479280099  
Capitale sociale sottoscritto Euro 490.000,00*

## *Opere Sociali Servizi Società per Azioni*

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 **54,60** (quarantaquattro/60) giornalieri per la tipologia 3.1 e di euro.....per la tipologia 3.2 e 3.3, secondo le modalità di seguito specificate:
  1. **D** tipologia riabilitativo / post acuto: dopo il 60° giorno dalla data di cui al punto 2.
  2. **D** tipologia mantenimento: dalla data di ingresso di cui al punto 2.
  3. **D** 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 nella 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 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 alla 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. 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. 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.

*Sede legale Via Paleocapa n° 4/3 C SAVONA  
Telefono 019 8489849 - Fax 019 8160893  
Iscrizione nel Registro Imprese di Savona,  
Codice Fiscale e Partita IVA: n° 01479280099  
Capitale sociale sottoscritto Euro 490.000,00*

## Opere Sociali Servizi Società per Azioni

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 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 di 15 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 10 giorni il ricevimento della documentazione, 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 spa |
|----------------------|-------------------------------------|
| <hr/>                | <hr/>                               |

*Sede legale Via Paleocapa n° 4/3 C SAVONA  
Telefono 019 8489849 - Fax 019 8160893  
Iscrizione nel Registro Imprese di Savona,  
Codice Fiscale e Partita IVA: n° 01479280099  
Capitale sociale sottoscritto Euro 490.000,00*



## *Opere Sociali Servizi Società per Azioni*



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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo:

Firma:

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo:

Firma:

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo:

Firma:

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo:

Firma:

*Sede legale Via Paleocapa n° 4/3 C SAVONA  
Telefono 019 8489849 - Fax 019 8160893  
Iscrizione nel Registro Imprese di Savona,  
Codice Fiscale e Partita IVA: n° 01479280099  
Capitale sociale sottoscritto Euro 490.000,00*