



REGOLAMENTO INTERNO DELLA RSA PER DISABILI SITA IN LECCE ALLA VIA CIMAROSA N. 25

**Approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione
dell'ASP I.S.P.E. n. 7 del 28/01/2022.
In vigore dal 01/02/2022**



INDICE

Art. 1 – Oggetto

Art. 2 – Organizzazione

Art. 3 – Prestazioni erogate

Art. 4 – Personale

Art. 5 – Modalità d'accesso in RSA - Proroga

Art. 6 – Domanda di ammissione in RSA e presa in carico

Art. 7 – Consenso informato

Art. 8 – Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Art. 9 – Cartella clinica

Art. 10 – Custodia della documentazione e trattamento dei dati

Art. 11 – Corredo personale

Art. 12 – Posto letto e posto al tavolo

Art. 13 – Personalizzazione della stanza

Art. 14 – Conservazione dei valori

Art. 15 – Visite di familiari, parenti ed amici

Art. 16 – Corrispondenza e comunicazioni telefoniche

Art. 17 – Presenza di animali

Art. 18 – Copertura assicurativa

Art. 19 – Dimissioni

Art. 20 – Assenze temporanee e ricoveri ospedalieri

Art. 21 – Retta a carico dell'ospite

Art. 22 – Deposito cauzionale

Art. 23 – Termini e modalità di restituzione della retta e/o del deposito cauzionale

Art. 24 – Decesso dell'ospite

Art. 25 – Accettazione del regolamento

Art. 26 – Disposizioni finali

Art. 27 – Entrata in vigore

Allegati: Modulistica

- **Moduli A.1 e A.2 – Domanda di ammissione in RSA**
- **Modulo B – Informazione e consenso a prestazione sanitaria**
- **Modulo C - Informativa e consenso al trattamento dei dati personali**
- **Modulo D – D.1 Liberatoria/autorizzazione per la pubblicazione di foto e video – D.2 Informativa e consenso al trattamento dei dati personali**
- **Modulo E - Richiesta di accesso alla cartella clinica**
- **Modulo F – Richiesta restituzione somme**

Art. 1 - Oggetto

Il presente Regolamento disciplina il funzionamento e l'organizzazione della Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili, sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25 (di seguito RSA), gestita dall'ASP I.S.P.E. (di seguito I.S.P.E.) in virtù dell'accordo di collaborazione sottoscritto con il Comune di Lecce il 21 gennaio 2022.

Esso è redatto in armonia con i criteri previsti dalla normativa regionale in materia di RSA, con particolare riferimento al Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n. 5 “*Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili – Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili – Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili*” (B.U.R.P. n. 9 del 25.01.2019).

Art. 2 - Organizzazione

1. La RSA per disabili eroga prestazioni socio-sanitarie, assistenziali, socio-riabilitative e tutelari in favore di persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, in nuclei specializzati (nucleo di assistenza residenziale di mantenimento).
2. Nello specifico, il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento eroga trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità, a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse nei Presidi di Riabilitazione, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.
3. Sono istituite due tipologie di nuclei di assistenza residenziale di mantenimento: **tipo A** e **tipo B**, in considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti.
4. Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di **tipo A** ospita disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare, con trattamenti di mantenimento e lungoassistenza a carico del Servizio sanitario regionale per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.
5. Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di **tipo B** ospita disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare o disabili privi di sostegno familiare, con trattamenti di mantenimento e lungoassistenza a carico del Servizio sanitario regionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.
6. La degenza in RSA è finalizzata al mantenimento clinico-funzionale degli ospiti e la sua durata non è preordinata. L'accesso avviene tramite valutazione da parte dell'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMDI (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità).

Art. 3 - Prestazioni erogate

1. All'interno delle RSA sono garantiti il pieno rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose, la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione dell'ospite.

2. L'organizzazione delle RSA garantisce, inoltre, all'ospite:

- assistenza medica;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto, compatibilmente con le condizioni cliniche dell'ospite;
- consulenza e controllo dietologico;
- assistenza spirituale e religiosa;
- attività di animazione ed occupazionale;
- attività ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine, al fine di favorire le autonomie e la partecipazione familiare e sociale anche utilizzando le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la RSA, comprese le associazioni di volontariato;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- prestazioni per la cura personale (es. barbiere, parrucchiere, lavanderia, etc.) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi.

3. Le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche, di assistenza protesica, di fornitura di dispositivi medici monouso, le visite specialistiche e le prestazioni odontoiatriche, sebbene non erogate dalla struttura, sono assicurate agli ospiti attraverso i servizi della ASL.

4. Un eventuale peggioramento delle condizioni cliniche dell'ospite che determini la necessità di ricovero ospedaliero per acuzie determinerà l'attivazione del servizio territoriale di emergenza.

Art. 4 - Personale

1. All'interno delle RSA, nel rispetto degli standard organizzativi di cui al richiamato R.R. n. 5/2019, operano le seguenti figure professionali in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e di idoneo titolo legalmente riconosciuto:

- medico specialista con funzione di Responsabile Sanitario;
- referente amministrativo;
- assistente sociale;
- infermieri;
- terapisti della riabilitazione;
- educatori professionali/terapisti occupazionali;
- Operatori Socio Sanitari dedicati all'assistenza (che garantiscono la propria presenza h 24).

2. Il personale è riconoscibile dal tesserino identificativo obbligatoriamente esposto che riporta la qualifica dell'operatore ed è formato in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii..

3. All'interno delle RSA è garantito l'accesso di ogni altro specialista dipendente o convenzionato della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze degli ospiti.

Art. 5 – Modalità d'accesso in RSA - Proroga

1. In conformità alla normativa regionale, alla RSA si accede:

- a) con preventiva autorizzazione rilasciata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (*di seguito* UVM) del Distretto Socio Sanitario (*di seguito* DSS) di residenza dell'ospite, previa redazione del Piano di Assistenza Individualizzato (*di seguito* PAI), su prescrizione-proposta:
 - del Medico di Medicina Generale (MMG);
 - del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti o di Riabilitazione e Lungodegenza che dimette il paziente;
- b) per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza dell'ospite su prescrizione-proposta del MMG.

Per la valutazione dell'accesso ai nuclei di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e B per disabili, l'UVM si integra o coordina con il Dipartimento di Riabilitazione della ASL competente per l'elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) al fine della condivisione del percorso riabilitativo dell'ospite.

2. La durata del trattamento residenziale di mantenimento è fissata in base alle condizioni dell'assistito, così come indicato nel PAI redatto dall'UVM, e può essere soggetto a proroga.

3. La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza in RSA deve essere preventivamente autorizzata dall'UVM del DSS nel quale insiste la RSA medesima. A tal fine, il responsabile sanitario e/o il referente amministrativo, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS e all'Area Socio Sanitaria della ASL in cui insiste la struttura e, per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza dell'ospite. L'UVM del DSS in cui insiste la RSA provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla RSA medesima, all'Area Socio Sanitaria della ASL in cui insiste la stessa e, per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza dell'ospite che, a sua volta, comunicherà al DSS di residenza dell'ospite la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga.

Decorso inutilmente il termine di 30 giorni lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

Art. 6 – Domanda di ammissione in RSA e presa in carico

1. Ferma restando la preventiva autorizzazione della UVM del DSS di residenza dell'ospite, il ricovero in RSA è in ogni caso condizionato al consenso dell'interessato e/o di chi lo rappresenta, manifestato mediante la sottoscrizione dell'apposita domanda di ammissione.

2. La domanda di ammissione, che ha natura ed efficacia contrattuale, può essere prodotta:

- a) dall'interessato e da un familiare/altra persona di riferimento, che sarà l'interlocutore principale per tutte le necessità legate al processo di cura; eccezionalmente, la domanda può essere prodotta dal solo interessato che non abbia alcun familiare o altra persona di riferimento¹;
- b) dal tutore/amministratore di sostegno, se nominato²;
- c) da un familiare/altra persona di riferimento, nel caso in cui la persona da ricoverare sia priva di tutore/amministratore di sostegno e versi in condizioni psico-fisiche tali da far ritenere

¹ Utilizzare l'allegato modulo A.1, nonché Modulo B, C, D.

² Utilizzare l'allegato modulo A.2, nonché Modulo B, C, D.

all'équipe multi professionale di struttura, nel corso dell'incontro di cui al successivo comma 5, che la medesima non sia in grado di esprimere compiutamente la propria volont³.

3. Ai fini del ricovero, oltre alla presentazione della domanda di ammissione, che dovr essere sottoscritta e contenere tutte le informazioni richieste nel relativo modulo nonch l'impegno al pagamento della retta a carico di cui al successivo art. 21, gli interessati devono produrre:

- copia della carta di identit, della tessera sanitaria europea e dell'eventuale esenzione ticket della persona da ricoverare;
- copia della carta di identit del firmatario/co-firmatario della domanda nonch, nel caso del tutore/ amministratore di sostegno, copia del provvedimento del Tribunale di nomina;
- copia della documentazione attestante l'eventuale riconoscimento da parte dell'Istituto previdenziale preposto dello stato di invalidit civile, cecit civile, sordit civile, handicap e disabilit;
- copia della documentazione sanitaria relativa alle condizioni psico-fisiche dell'ospite, riportante patologie, eventuali diete speciali, l'assenza di malattie infettive, piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo, motivazioni che ne consigliano l'inserimento in RSA;
- ricevuta di avvenuto versamento del deposito cauzionale di cui al successivo art. 22;
- ricevuta di avvenuto versamento della retta anticipata del mese in corso alla data di ingresso.

4. La presa in carico dell'ospite  concordata con gli interessati e deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, a cura del Responsabile Sanitario e/o del referente amministrativo, all'Area Socio Sanitaria dell'ASL in cui la RSA insiste e, per conoscenza, alla Direzione Sanitaria ed Amministrativa dell'I.S.P.E. nonch, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria dell'ASL e al DSS di residenza del paziente.

5. Il giorno programmato per il ricovero, alla presenza necessaria di colui che in quella stessa sede firmer/cofirmer la domanda di ammissione in RSA, l'équipe multi professionale di struttura - composta da responsabile sanitario, referente amministrativo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, educatore professionale, un OSS e un infermiere professionale - incontra la persona da accogliere e provvede a:

- raccogliere tutte le informazioni relative alla sua storia di vita, ai suoi bisogni e a quelli dei suoi familiari, utili a facilitare e gestire l'ingresso in struttura;
- fornire agli interessati le informazioni sui servizi della struttura e consegnare copia della Carta dei Servizi e del presente Regolamento interno (esclusi gli allegati);
- fornire le informazioni ed acquisire il consenso alle prestazioni sanitarie;
- fornire le informazioni ed acquisire il consenso al trattamento ed alla conservazione dei dati personali;
- fornire le informazioni ed acquisire il consenso all'uso delle immagini .

Il responsabile sanitario provvede, quindi, ad istituire la cartella clinica personale dell'ospite di cui al successivo art. 9 ed il referente amministrativo iscrive l'ospite in apposito registro per la successiva comunicazione alle competenti autorit nei modi e termini di legge e/o di regolamento.

6. Nei giorni immediatamente successivi al ricovero, l'ospite viene attentamente monitorato al fine di intervenire su eventuali criticit e rilevare ulteriori informazioni utili alla definizione del Piano di assistenza individualizzato di cui al successivo art. 10.

7. Nell'ipotesi di cui al precedente comma 2, lett. c), il familiare/altra persona di riferimento che formula domanda di ammissione in RSA per il proprio congiunto  tenuto ad attivare, entro 30 giorni dal ricovero, le procedure previste dal codice civile per la designazione del tutore/amministratore di sostegno. Nell'ipotesi di cui al precedente comma 2, lett. a), qualora successivamente al ricovero le condizioni psico-fisiche dell'ospite dovessero aggravarsi pregiudicando la capacit del medesimo di

³ Vedi nota 2.

esprimere compiutamente la propria volontà, il co-firmatario della domanda di ammissione, entro 30 giorni dalla comunicazione della RSA, dovrà attivare le procedure previste per la nomina del tutore/amministratore di sostegno. Decorso 30 giorni senza che i soggetti tenuti abbiano provveduto all'attivazione delle procedure previste dal codice civile per la designazione del tutore/amministratore di sostegno, l'Azienda provvederà d'ufficio con successivo recupero delle relative spese.

8. Gli interessati devono tempestivamente informare la struttura di ogni variazione dei dati comunicati all'ingresso e trasmettere copia del provvedimento del Tribunale di nomina del tutore/amministratore di sostegno nei casi di cui al precedente comma nonché in tutti i casi di loro eventuale sostituzione.

9. In tutti i casi di decesso del familiare firmatario/cofirmatario della domanda di ammissione, nomina, decesso o sostituzione del tutore/amministratore di sostegno, acquisita la relativa informazione e/o documentazione, la RSA si attiva tempestivamente per la sottoscrizione della necessaria modulistica da parte del nuovo tutore/amministratore di sostegno o di altro familiare.

10. La modulistica di ingresso deve essere nuovamente compilata e sottoscritta dagli interessati anche in caso di trasferimento dell'ospite dal nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di **tipo A** a quello di **tipo B** presenti nell'ambito della stessa RSA e viceversa.

Art. 7 - Consenso informato

1. In ossequio alla normativa nazionale e regionale e alla convenzioni sottoscritte con le ASL competenti per territorio, il consenso/dissenso all'effettuazione di trattamenti sanitari che si dovessero rendere necessari nell'ambito dell'attività sanitaria espletata dalle RSA è acquisito, al momento dell'ingresso e durante la permanenza in struttura, sulla base di una preventiva informazione fornita dal medico (consenso informato).

2. Il consenso/dissenso ad un trattamento sanitario può essere espresso soltanto dal destinatario del trattamento, ovvero, su sua delega, da un familiare o da una persona di fiducia, ovvero dal tutore/amministratore di sostegno, preventivamente ed adeguatamente informati sulle condizioni di salute, sulle caratteristiche del trattamento proposto, sui suoi rischi, sulle possibilità di successo e sull'esistenza di trattamenti alternativi.

3. Il consenso/dissenso informato è acquisito con le modalità indicate nelle "Linee guida per la gestione del consenso informato" (adottate con deliberazione C.d.A. n. 32/2018 e consultabili sul sito istituzionale) attraverso la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo inserito nella cartella clinica personale dell'ospite⁴.

Art. 8 - Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

1. Per ogni ospite viene formulato il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) che è il progetto di assistenza che scaturisce da un apposito momento valutativo multi-professionale cui concorrono apporti sanitari, assistenziali, riabilitativi e sociali. Attraverso il PAI avviene la pianificazione e la realizzazione di tutte le azioni di cura dell'ospite, poiché ogni figura professionale coinvolta individua un obiettivo specifico, gli interventi necessari e il risultato atteso.

2. Il PAI viene redatto entro un mese dall'ingresso in struttura e ridiscusso con cadenza semestrale, salvo che non vi siano variazioni significative dello stato dell'ospite che richiedono una verifica anticipata.

3. Il PAI è condiviso nelle sue linee fondamentali con i familiari di riferimento e con l'ospite stesso ove possibile.

⁴ Allegato modulo B

Art. 9 - Cartella clinica

1. Per ogni ospite è compilata la cartella clinica in formato elettronico che contiene, tra l'altro:
 - i dati relativi all'ospite medesimo (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale);
 - il PAI;
 - il dettaglio delle attività effettuate da ciascun operatore;
 - i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati;
 - le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma;
 - le eventuali assenze dell'ospite dalla struttura, con la relativa motivazione.
2. Il responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione è il Responsabile sanitario della RSA.
3. La cartella clinica appartiene all'Azienda I.S.P.E. come bene patrimoniale indisponibile, è un documento socio-sanitario coperto dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale ed è sottoposto alla normativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018).
4. Hanno diritto alla consultazione ed al rilascio di copia della cartella clinica:
 - l'ospite stesso che la richiede e ritira personalmente previa esibizione di un documento di identità ovvero persona diversa, delegata al ritiro dall'interessato, munita di documento di riconoscimento proprio e di delega firmata dal delegante corredata dal relativo documento di riconoscimento;
 - il tutore/curatore/amministratore di sostegno, previa esibizione di un documento di identità e produzione di copia dell'atto di nomina (se non già disponibile agli atti);
 - il medico di medicina generale che ne fa richiesta in qualità di medico curante dell'ospite, mediante contestuale presentazione di adeguata documentazione idonea a dimostrare il consenso scritto dell'interessato;
 - in caso di decesso dell'ospite, gli eredi (art. 536 c.c.), previo accertamento del loro stato di erede, da provarsi anche con la dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio attestante la qualità di erede legittimo e la relazione di parentela; in ogni caso, deve essere rispettata la volontà del defunto quando risulti espressa in forma scritta;
 - gli organi giudiziari, su relativa formale richiesta;
 - il patrocinatore legale dell'avente diritto alla documentazione che esibisca procura scritta.
5. Nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali⁵, l'accesso alla cartella clinica da parte di terzi è ammesso solo se sussistono le seguenti condizioni:
 - a) che il documento sia necessario per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello dell'interessato ovvero consistente in un diritto della personalità o altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;
 - b) che il documento sia necessario per tutelare una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o altro diritto o libertà fondamentale.
6. La richiesta di accesso alla cartella clinica deve essere inoltrata all'I.S.P.E. attraverso la compilazione e presentazione di apposito modulo⁶. L'I.S.P.E. provvederà entro i successivi 30 giorni con le modalità previste dalla normativa vigente in materia di accesso agli atti amministrativi e

⁵ Art. 92 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 “Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE”.

⁶ Allegato Modulo E.



sanitari. In ogni caso, il rilascio di copia della cartella clinica è subordinato al pagamento dei costi di ricerca e riproduzione determinati dall'Azienda.

Art. 10 - Custodia della documentazione e trattamento dei dati

Tutta la documentazione amministrativa, sanitaria e assistenziale relativa all'ospite, elaborata in forma cartacea e/o su supporto informatico, è conservata e tutelata in conformità alle disposizioni della normativa vigente in materia di tutela della privacy (GDPR Regolamento UE 2016/679).

Art. 11 - Corredo personale

1. Al momento dell'ingresso in RSA ogni ospite dovrà portare con sé un corredo personale composto da:

- n. 5 capi di vestiario completo;
- n. 4 camicie da notte o pigiama;
- n. 1 paio di scarpe;
- n. 1 paio di pantofole;
- indumenti di biancheria intima in sufficiente quantità.

2. E' facoltà dell'ospite, sotto la propria responsabilità, possedere effetti personali o indumenti oltre a quelli previsti nel presente articolo.

3. Durante la permanenza, il corredo sarà soggetto ad integrazione da parte dei familiari, su richiesta del referente amministrativo o dell'assistente sociale.

4. I capi di vestiario saranno debitamente contrassegnati, con applicazione del contrassegno a cura e spese dei familiari dell'ospite.

5. L'I.S.P.E. declina ogni responsabilità per i capi di biancheria che andassero smarriti a causa della mancanza di contrassegno o sciupati perché troppo logori o per altre cause non dipendenti da responsabilità dell'Azienda.

6. In caso di decesso dell'ospite, il corredo, gli altri effetti ed oggetti personali e gli eventuali valori saranno restituiti ai famigliari/eredi aventi diritto o diversamente destinati conformemente alle volontà eventualmente espresse dal *de cuius* o dagli stessi.

Art. 12 - Posto letto e posto al tavolo

1. Al momento dell'ingresso in RSA, vengono assegnati all'assistito la camera ed il posto al tavolo.

2. Nella camera, unitamente al letto, il residente dispone di un comodino, una sedia, un tavolo ed un armadio porta abiti.

3. L'assegnazione del posto letto viene effettuata dal Responsabile sanitario, in accordo con il referente amministrativo, ponendo particolare attenzione ai bisogni specifici del singolo ospite (stato di salute, sesso, grado di autonomia e capacità di relazione) e tenendo conto della disponibilità della struttura, delle assegnazioni effettuate, delle relazioni tra ospiti.

4. Eventuali successivi spostamenti disposti dal Responsabile sanitario per necessità terapeutiche, assistenziali, di socializzazione e logistiche devono essere preventivamente comunicati al residente e/o al familiare di riferimento, al tutore/amministratore di sostegno, in modo da non nuocere all'equilibrio psicofisico dell'assistito.

**Art. 13 - Personalizzazione della stanza**

È possibile, per ogni residente, personalizzare la propria stanza portando oggetti personali come foto, piccoli suppellettili, televisori e personal computer conformi alle normative vigenti in materia di sicurezza.

Art. 14 - Conservazione dei valori

1. Agli ospiti non è consentito portare all'interno della struttura valori (gioielli, preziosi, etc.) né denaro, se non nel limite massimo di € 50,00 per provvedere a piccole spese di natura personale.
2. In caso di violazione del divieto, l'I.S.P.E. non assume alcuna responsabilità in ordine alla loro conservazione ed in caso di loro eventuale smarrimento.
3. Tuttavia, in casi del tutto eccezionali, per oggetti di modico valore e denaro di modesto importo, l'Azienda potrà assumere funzioni di depositario a titolo gratuito ai sensi dell'art. 1766 e ss. c.c. per il tramite del referente amministrativo o assistente sociale, previa motivata istanza scritta dell'ospite o del familiare o del tutore/amministratore di sostegno, ai quali sarà rilasciata ricevuta di quanto consegnato a titolo di deposito.

Art. 15 - Visite di familiari, parenti ed amici

1. All'interno delle RSA vengono promossi e favoriti i rapporti sociali degli ospiti, in particolare con i familiari, parenti e amici ai quali è assicurato l'accesso sia nelle ore antimeridiane che nelle ore pomeridiane, secondo gli orari indicati dalle singole strutture - di norma, dalle ore 10,00 alle ore 11,30 e dalle ore 16,30 alle ore 18,30 - purché vengano garantiti tranquillità, riservatezza e rispetto dei tempi di cura dei residenti.
2. In casi del tutto eccezionali e motivati esclusivamente da esigenze specifiche dell'ospite, possono essere concordati con il Responsabile sanitario ed il referente amministrativo diversi orari di visita.
3. L'accesso è consentito nelle aree dedicate e negli spazi comuni. L'accesso nelle stanze può avvenire in via del tutto eccezionale, per ragioni di salute e/o per altre necessità particolari dell'ospite, previa valutazione e autorizzazione del Responsabile sanitario, d'intesa con il referente amministrativo.
4. Ai visitatori è vietato introdurre bevande e cibi dall'esterno per ovvi motivi di carattere igienico-sanitario.
5. L'Azienda può limitare l'accesso ai visitatori per ragioni di carattere sanitario, di sicurezza e di servizio.

Art. 16 - Corrispondenza e comunicazioni telefoniche

1. Le RSA favoriscono i rapporti degli ospiti con l'ambiente esterno.
2. Ogni ospite può ricevere corrispondenza personale (posta ordinaria, raccomandate, pacchi, etc.) che gli verrà consegnata tempestivamente. Nel caso in cui l'ospite non fosse in grado di ricevere corrispondenza, si provvederà a consegnare quanto pervenuto al familiare di riferimento o al tutore/amministratore di sostegno.
3. I residenti possono effettuare e ricevere telefonate o videochiamate utilizzando la linea telefonica fissa ed i dispositivi messi a disposizione all'interno delle RSA.



Art. 17 - Presenza di animali

1. Le RSA non sono attrezzate per accogliere animali provenienti dall'esterno. Non è pertanto consentita la loro introduzione nelle strutture né da parte degli ospiti né da parte dei loro visitatori.
2. E' possibile l'impiego di animali a scopi terapeutici e riabilitativi ma solo nell'ambito di eventuali specifici progetti definiti dall'Azienda.

Art. 18 - Copertura assicurativa

1. L'I.S.P.E. dispone di polizze assicurative per la copertura di eventuali danni causati a persone e/o a cose derivanti da una responsabilità diretta dell'Azienda.
2. Qualsiasi danno causato a terzi dal residente o da altro soggetto estraneo all'organizzazione, non implica né comporta alcuna responsabilità per l'Azienda.

Art. 19 - Dimissioni

1. Sono consentite, con un preavviso di almeno quindici giorni, le dimissioni volontarie formulate dall'ospite e/o dal familiare o dal tutore/amministratore di sostegno che hanno sottoscritto la domanda di ammissione.
2. In caso di dimissioni volontarie senza che sia stato rispettato il termine di preavviso di cui al precedente comma 1, l'ospite e/o gli obbligati sono tenuti al pagamento di una quota parte di retta corrispondente a quindici giorni di permanenza.
3. Le dimissioni dalla RSA possono essere decise anche dall'Azienda nei seguenti casi:
 - a) accertata impossibilità del rispetto della vita comunitaria da parte dell'ospite;
 - b) accertate gravi violazioni delle norme del presente regolamento e/o delle regole comunitarie da parte dell'ospite e/o del/i familiare/i e/o tutore/amministratore di sostegno;
 - c) mancato pagamento della retta a carico per quattro mensilità consecutive e/o gravi e reiterati ritardi nella corresponsione della stessa.

Il provvedimento è adottato dal Direttore Generale, d'intesa con la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, sulla base di apposita relazione del Responsabile Sanitario, sentita l'équipe multi professionale di struttura, nelle ipotesi di cui alle lettere a) e b) e su segnalazione del Responsabile del Servizio economico finanziario nell'ipotesi di cui alla lettera c). Il provvedimento è, in ogni caso, notificato ai soggetti di cui al precedente comma 1 con un preavviso di almeno trenta giorni.

4. Delle avvenute dimissioni è data comunicazione scritta, entro cinque giorni lavorativi, a cura del Responsabile Sanitario e/o del referente amministrativo, all'Area Socio Sanitaria della ASL nel cui territorio insiste la RSA e, per conoscenza, all'Area Socio Sanitaria dell'ASL e al DSS di residenza del paziente nonché, in caso di dimissioni volontarie, alla Direzione Sanitaria ed Amministrativa dell'I.S.P.E..

Art. 20 - Assenze temporanee e ricoveri ospedalieri

1. Pur essendo preposta all'assistenza tutelare, la RSA non adotta in nessun caso misure coercitive e limitazioni della libertà personale. Pertanto, nel pieno rispetto dell'autodeterminazione e della libertà di movimento, gli ospiti possono recarsi all'esterno delle strutture qualora le condizioni psicofisiche lo consentano, previa autorizzazione del Responsabile sanitario che ne valuta lo stato di salute e senza alcuna responsabilità della RSA e dell'Azienda.
2. Nell'interesse degli ospiti affetti da disorientamento spazio-temporale, sono adottate, a garanzia della loro sicurezza, opportune misure di tutela e controllo. In tali ipotesi, l'uscita dalla struttura può



avvenire solo su apposita istanza del familiare di riferimento/tutore/amministratore di sostegno, con esonero di ogni responsabilità della RSA e dell'Azienda per eventuali danni che possano occorrere all'ospite stesso e/o a persone e/o a cose quando questi non si trovi all'interno della struttura.

3. Nel solo caso di ricovero ospedaliero e fino ad un massimo di venti giorni, l'ospite conserva il posto letto nella RSA.

Art. 21 - Retta a carico dell'ospite

1. La retta a carico dell'ospite comprende le prestazioni di tipo alberghiero ed è dovuta per ogni giorno di permanenza in struttura.

2. L'ammontare giornaliero della retta alberghiera è determinato annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'I.S.P.E. e può subire variazioni in aumento in relazione al costo della vita e/o alla tipologia e qualità dei servizi erogati.

3. La retta va corrisposta mensilmente in via anticipata entro i primi cinque giorni di ogni mese solare.

4. In caso di ricovero ospedaliero o di assenza temporanea dalla struttura non si dà luogo all'interruzione del pagamento della retta a carico dell'ospite. Tuttavia, nel solo caso di ricovero ospedaliero, la retta giornaliera a carico dell'ospite sarà ridotta, a partire dal quarto giorno di assenza, di una quota stabilita annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'I.S.P.E. in sede di programmazione ed in concomitanza della fissazione delle rette. L'importo di tale quota viene determinato sulla base dei costi fissi dei servizi che, in quanto tali, continuano ad essere sostenuti dall'Azienda anche nel caso di mancata fruizione da parte del singolo ospite per temporanea assenza.

5. Qualora l'ospite non sia in grado di far fronte, in tutto o in parte, al pagamento della retta a suo carico, dovrà contribuire il familiare che ha contrattualmente assunto l'impegno di pagamento con la sottoscrizione della domanda di ammissione in struttura di cui al precedente art. 5, fatta salva la facoltà di richiedere, ricorrendone i presupposti, l'integrazione della retta al Comune di residenza dell'ospite, nei casi e con le modalità previste dal Comune medesimo. In quest'ultima ipotesi, l'ospite o il familiare di riferimento dovranno comunicare ad I.S.P.E. l'importo della quota parte di retta che il Comune si è impegnato a corrispondere.

6. Gli ospiti invalidi civili beneficiari per legge di "assegno di accompagnamento" sono tenuti alla corresponsione alla RSA dell'intera quota di detto assegno.

7. Il mancato pagamento della retta per due mensilità consecutive comporta l'attivazione delle procedure legali di recupero coatto, fatto salvo quanto previsto dal precedente art. 19, comma 3, lettera c).

Art. 22 - Deposito cauzionale

1. Al momento dell'ingresso in struttura, oltre all'importo corrispondente alla retta anticipata per il mese in corso a decorrere da quella data (compresa), è dovuto un deposito cauzionale infruttifero pari ad € 900,00 (novecento euro). È in facoltà del Consiglio di Amministrazione dell'I.S.P.E., in sede di programmazione annuale ed in concomitanza della fissazione delle rette, stabilire variazioni al suddetto importo.

2. Non sono tenuti al versamento del deposito cauzionale gli ospiti in condizioni economiche disagiate per i quali il Comune di residenza ha riconosciuto l'integrazione della retta.

3. L'importo del deposito cauzionale è restituito al momento dell'uscita (dimissioni/decesso) dell'ospite dalla struttura, al netto di eventuali penali (per esempio, per mancato rispetto del preavviso in caso di dimissioni volontarie) e sempre che sia verificata la regolarità nel pagamento delle mensilità precedenti; in caso contrario, il deposito verrà utilizzato a compensazione totale o parziale dell'eventuale debito maturato dall'ospite verso l'I.S.P.E..

Art. 23 – Termini e modalità di restituzione della retta e/o del deposito cauzionale

1. La richiesta di restituzione della quota parte di retta alberghiera mensile relativa alle giornate non fruite e/o del deposito cauzionale corrisposto all'atto del ricovero è formulata dall'ospite e/o dal familiare di riferimento indicato nella domanda di ammissione che si è impegnato alla corresponsione della retta o dal tutore/amministratore di sostegno o, in assenza, dagli eredi, utilizzando l'apposito modulo indirizzato alla Direzione Amministrativa e trasmesso direttamente a mezzo e-mail/PEC o per il tramite della RSA.
2. Il Servizio economico-finanziario dell'I.S.P.E. provvede al conguaglio delle somme a debito o a credito e all'emissione dell'eventuale mandato di pagamento in favore dell'avente diritto entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta.
3. Ai fini della determinazione delle somme dovute dall'ospite e di quelle dovute dall'I.S.P.E. in restituzione, si tiene conto del giorno dell'ingresso in RSA a prescindere dall'orario e del giorno delle dimissioni o del decesso se intervenuti dopo le ore 9 del mattino.

Art. 24 - Decesso dell'ospite

1. In caso di decesso dell'ospite, entro cinque giorni lavorativi, il Responsabile Sanitario e/o il referente amministrativo ne danno comunicazione scritta all'Area Socio Sanitaria della ASL nel cui territorio insiste la RSA e, per conoscenza, all'Area Socio Sanitaria dell'ASL e al DSS di residenza del paziente nonché alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa dell' I.S.P.E..
2. Le disposizioni relative alle onoranze funebri e le conseguenti spese sono di competenza del familiare di riferimento o del tutore/amministratore di sostegno o, in assenza, degli eredi.
4. Entro sette giorni dalla data del decesso, dovranno essere ritirati tutti gli effetti personali del defunto e quant'altro di sua proprietà.

Art. 25 - Accettazione del regolamento

1. Copia del presente regolamento deve essere consegnata all'ospite, al familiare di riferimento o al tutore/amministratore di sostegno, congiuntamente alla Carta dei Servizi, all'atto dell'ingresso in struttura.
2. La domanda di accoglienza in struttura comporta la piena, completa ed incondizionata accettazione di quanto stabilito nel presente regolamento, le cui disposizioni sono da intendersi ivi trascritte e al pari della medesima assumono efficacia contrattuale.

Art. 26 - Disposizioni finali

Per quanto non previsto dal presente regolamento, si rinvia al contenuto del R.R. n. 5/2019 e alle ulteriori eventuali norme regionali in materia, alle altre disposizioni interne all'Azienda I.S.P.E. e al contenuto degli accordi contrattuali con l'ASL di riferimento.

Art. 27 - Entrata in vigore

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione all'Albo pretorio online della deliberazione con cui il Consiglio di Amministrazione ne dispone l'approvazione.
2. Resta, tuttavia, sospesa, fino al conseguimento dell'accreditamento della RSA ai sensi dei R.R. n. 5/2019 e n. 16/2019, l'efficacia delle disposizioni del presente regolamento che fanno riferimento

alla distinzione tra nuclei di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e di tipo B e ai relativi standard organizzativi o che, comunque, li presuppongono.


MODULO A.1
Domanda di ammissione

Alla Direzione Sanitaria ed Amministrativa
dell'ASP I.S.P.E.

Oggetto: Domanda di ammissione nella RSA per disabili sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____,
 nato/a a _____ (prov. ____) il _____ C.F. _____
 residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n. _____,
 telefono _____, e-mail _____, pec _____
 Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
 rilasciato da _____ in data ____/____/_____, valido fino al _____,

CHIEDE

di essere accolto/a nella RSA in oggetto. A tal fine,

DICHIARA

di essere stato/a informato/a sulle motivazioni del ricovero, come da valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto Socio Sanitario di _____, sulla base della quale è assegnato/a al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di

- Tipo A
 Tipo B

e di esprimere pieno consenso al ricovero medesimo.

INDICA

quale interlocutore principale della RSA per tutte le necessità legate al proprio processo di cura, il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (prov. ____) il _____
 C.F. _____ residente a _____ (prov. ____) cap _____
 in Via/Piazza _____ n. _____,
 telefono _____, e-mail _____, pec _____
 Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
 rilasciato da _____ in data ____/____/_____, valido fino al _____,
 con il/la quale intercorre il seguente rapporto¹: _____

_____,
(Luogo)

_____,
(data)

Firma ospite

¹ Specificare il tipo di rapporto, familiare o di altra natura, con l'ospite (es. marito/moglie, figlio/a, fratello/sorella, nipote, pronipote, genero/nuora, cognato/a, etc., convivenza di fatto, unione civile, amicizia, etc.).

Entrambi i sottoscritti sig./sig.ra _____² e sig./sig.ra _____³

- dichiarano di aver ricevuto tutte le informazioni sui servizi della struttura nonché copia della valutazione dell'UVM, della Carta dei Servizi I.S.P.E. e del regolamento interno della RSA, che integralmente ed incondizionatamente accettano e si impegnano a rispettare;
- si impegnano:
 - a sostenere le spese assistenziali, sanitarie e farmaceutiche che non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a provvedere alla dotazione di corredo personale di cui all'art. 11 del regolamento interno ed a quant'altro necessario alle esigenze personali dell'ospite;
 - a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati comunicati all'ingresso;
- dichiarano che, oltre all'interlocutore principale innanzi indicato, ulteriori familiari/persona di riferimento disponibili all'accompagnamento dell'ospite presso i presidi sanitari sono:
 - 1) Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (prov. ____) il _____
 C.F. _____ residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____, tel. _____, e-mail _____, pec _____
 Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
 rilasciato da _____ in data __/__/____, valido fino al _____,
 - 2) Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (prov. ____) il _____
 C.F. _____ residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____, tel. _____, e-mail _____, pec _____
 Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
 rilasciato da _____ in data __/__/____, valido fino al _____,
- si impegnano a corrispondere, anticipatamente entro il giorno 5 di ogni mese, la retta mensile dovuta per le prestazioni di tipo alberghiero erogate dall'I.S.P.E.; retta determinata moltiplicando la quota giornaliera - stabilita annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'I.S.P.E. e resa nota con la Carta dei Servizi - per il numero effettivo di giorni del mese di riferimento (31, 30, 28 o 29), al netto dell'eventuale integrazione comunale;
- dichiarano di essere stati informati che la retta giornaliera stabilita dal Consiglio di Amministrazione dell'I.S.P.E. per l'anno in corso è pari ad € _____ e di essere a conoscenza e di accettare espressamente che la stessa potrà subire variazioni in aumento in relazione al costo della vita e/o alla tipologia e qualità dei servizi erogati; variazioni che saranno rese note attraverso la Carta dei Servizi;
- dichiarano di essere consapevoli che il mancato pagamento della retta per due mensilità consecutive comporterà l'attivazione delle procedure legali di recupero coatto mentre in caso di mancato pagamento della retta a carico per quattro mensilità consecutive e/o di gravi e reiterati ritardi nella corresponsione della stessa verrà dato avvio al procedimento per le dimissioni d'ufficio dell'ospite dalla RSA (artt. 21, co. 7, e 19, co. 3, del regolamento interno)
- [eventuale. Sbarrare se non interessa] dichiarano:
 - che il Comune di _____ (____) ha riconosciuto l'integrazione della retta per un importo giornaliero/mensile di € _____ per il periodo dal __/__/____ al __/__/____, come da provvedimento in data __/__/____ che si allega alla presente; con impegno a trasmettere le eventuali successive proroghe;
 - di aver richiesto o di voler richiedere l'integrazione della retta da parte del Comune di _____ (____) e di impegnarsi a trasmettere con ogni tempestività il relativo provvedimento di eventuale accoglimento dell'istanza;
- [eventuale. Sbarrare se non interessa] dichiarano che il/la sig./sig.ra _____⁴

² Cognome e nome dell'Ospite.

³ Cognome e nome dell'interlocutore principale innanzi indicato dall'Ospite.

⁴ Cognome e nome dell'Ospite.

- è beneficiario/a di assegno di accompagnamento che verrà interamente corrisposto alla RSA, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno;
- intende richiedere il beneficio dell'assegno di accompagnamento che, se riconosciuto, verrà interamente corrisposto alla RSA, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno;
- producono ricevuta di avvenuto versamento:
 - della retta anticipata del mese in corso dell'importo di € _____ [sempre dovuta];
 - del deposito cauzionale infruttifero dell'importo di € _____ che verrà restituito al momento dell'uscita, alle condizioni e con le modalità di cui all'art. 22 del regolamento interno [non dovuto dagli ospiti in condizioni economiche disagiate per i quali il Comune di residenza ha riconosciuto l'integrazione della retta].

_____, _____
(Luogo) (data)

Firma ospite

Firma interlocutore principale

Il/La sig./sig.ra _____⁵ si impegna, qualora le condizioni psico-fisiche dell'ospite dovessero aggravarsi pregiudicando la sua capacità di esprimere compiutamente la propria volontà, ad attivare, entro 30 giorni dalla comunicazione della RSA, le procedure previste dal codice civile per la nomina del tutore/amministratore di sostegno e di trasmettere tempestivamente alla RSA copia del provvedimento di nomina del Tribunale.

_____, _____
(Luogo) (data)

Firma interlocutore principale

L'ospite sig./sig.ra _____⁶:

- dichiara che:
 - intende fruire dell'assistenza religiosa, con scelta della religione:
 - cattolica
 - altra confessione: _____
 - NON intende fruire dell'assistenza religiosa;
- dichiara che non indossa valori né conserva nel proprio bagaglio personale valori e/o denaro in importo superiore al limite massimo consentito di € 50,00 (è fatto salvo quanto previsto dall'art. 14, co. 3, del regolamento interno);
- NON acconsente *oppure* acconsente alle uscite nell'ambito delle iniziative a scopo ricreativo/sociale organizzate dalla RSA (gite, visite guidate, etc.), esimendo la stessa e l'Azienda I.S.P.E. da qualsivoglia responsabilità.
- autorizza la RSA ad informare il/la sig./sig.ra _____⁷ sul proprio stato di salute e su ogni trattamento sanitario/terapeutico che si renderà necessario ed autorizza quest'ultimo/a ad esprimere il consenso/dissenso ai trattamenti in questione in tutti i casi di emergenza/urgenza e/o di propria temporanea incapacità;
- autorizza sin d'ora l'I.S.P.E., in caso di proprie dimissioni/decesso, a restituire la somma che sarà eventualmente versata e non dovuta a titolo di retta di soggiorno per l'ultimo mese di degenza e la somma versata a titolo di deposito cauzionale (se dovuta) al/alla sig./sig.ra _____ sul c/c che lo/la stesso/stessa indicherà mediante l'apposito modulo F.

_____, _____
(Luogo) (data)

Firma ospite

⁵ Cognome e nome dell'interlocutore principale innanzi indicato dall'Ospite.

⁶ Cognome e nome dell'Ospite.

⁷ Cognome e nome dell'interlocutore principale innanzi indicato dall'Ospite.



I sottoscritti **Responsabile sanitario** e **referente amministrativo** della RSA danno atto che in data odierna i sigg.ri _____ (ospite) e _____ (interlocutore principale) hanno presentato la su estesa domanda di ammissione in RSA e prodotto la seguente documentazione:

- 1) copia carta d'identità e tessera sanitaria dell'ospite;
- 2) copia carta d'identità dell'interlocutore principale e degli eventuali ulteriori familiari/persona di riferimento;
- 3) ricevuta di avvenuto versamento della retta anticipata del mese in corso;
- 4) copia documentazione sanitaria:

eventuale

- copia esenzione ticket dell'ospite;
- copia documentazione attestante lo stato di invalidità civile dell'ospite ed il beneficio dell'indennità di accompagnamento;
- ricevuta di avvenuto versamento del deposito cauzionale *oppure* copia provvedimento comunale di integrazione retta.

Danno, inoltre, atto di aver sottoposto all'attenzione degli interessati la seguente modulistica e di aver fornito/acquisito agli/dagli stessi l'informativa/il consenso concernente:

- Modulo B – Informazione e consenso a prestazione sanitaria
- Modulo C - Informativa e consenso al trattamento dei dati personali – Modulo C;
- Modulo D – D.1 Liberatoria/autorizzazione per la pubblicazione di foto e video – D.2 Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

17

Eventuali note e/o precisazioni:

_____,
 (Luogo)

_____,
 (data)

 Firma Responsabile Sanitario

 Firma referente amministrativo

MODULO A.2
Domanda di ammissioneAlla Direzione Sanitaria ed Amministrativa
dell'ASP I.S.P.E.**Oggetto: Domanda di ammissione nella RSA per disabili sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25**

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ (prov. ___) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. ___) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____,
telefono _____, e-mail _____, pec _____

Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
rilasciato da _____ in data ___/___/_____, valido fino al _____,
in qualità di:

- Tutore
 Amministratore di sostegno
 Familiare/Persona di riferimento^{1*}: _____

del/della Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ (prov. ___) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. ___) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____,
telefono _____, e-mail _____, pec _____

Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
rilasciato da _____ in data ___/___/_____, valido fino al _____,

- Persona sottoposta a tutela come da provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ del ___/___/_____ che si allega;
 Persona sottoposta ad amministrazione di sostegno come da provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ del ___/___/_____ che si allega;
 Persona priva di tutore o amministratore di sostegno e NON in grado di esprimere compiutamente la propria volontà^{2*};

CHIEDE

Che il/la predetto/a sig./sig.ra _____³ venga accolto/a nella RSA in oggetto.
A tal fine,

DICHIARA

¹ Specificare il tipo di rapporto, familiare o di altra natura, con l'ospite (es. marito/moglie, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a, etc., convivenza di fatto, unione civile, amicizia, etc.).

² In base alla valutazione dell'équipe multiprofessionale nel corso dell'incontro che si svolge nel giorno programmato per il ricovero.

³ Cognome e nome dell'Ospite.

di essere stato/a informato/a sulle motivazioni del ricovero, come da valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto Socio Sanitario di _____, sulla base della quale l'ospite è assegnato/a al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di:

- Tipo A
 Tipo B

e di esprimere pieno consenso al ricovero medesimo.

DICHIARA ALTRESÌ

- di avere informato con idonee modalità delle predette motivazioni e necessità del ricovero il/la Sig./Sig.ra _____⁴ e di averne acquisito con idonee modalità il consenso al ricovero;
- che le condizioni psicofisiche in cui versa il/la Sig./Sig.ra _____⁵ non le consentono di comprendere e di avere piena coscienza e consapevolezza delle predette motivazioni e necessità del ricovero e, conseguentemente, di esprimere un consapevole e valido consenso al ricovero medesimo.

_____, _____
(Luogo) (data)

Firma tutore/amministratore di sostegno/
famigliare-persona di riferimento

* Il/La sig./sig.ra _____ si impegna ad attivare, entro 30 giorni dalla data odierna, le procedure previste dal codice civile per la nomina del tutore/amministratore di sostegno dell'ospite e di trasmettere tempestivamente copia del provvedimento di nomina del Tribunale.

19

_____, _____
(Luogo) (data)

Firma famigliare-persona di riferimento

Il/La sottoscritto/a sig./sig.ra _____⁶

- dichiara di aver ricevuto tutte le informazioni sui servizi della struttura nonché copia della valutazione dell'UVM, della Carta dei Servizi I.S.P.E. e del regolamento interno della R.S.A., che integralmente ed incondizionatamente accettano e si impegnano a rispettare;
- si impegna:
 - a sostenere le spese assistenziali, sanitarie e farmaceutiche che non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a provvedere alla dotazione di corredo personale di cui all'art. 11 del regolamento interno ed a quant'altro necessario alle esigenze personali dell'ospite;
 - a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati comunicati all'ingresso;
- dichiara che ulteriori familiari/persona di riferimento disponibili all'accompagnamento dell'ospite presso i presidi sanitari sono:

1) Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (prov. ___) il _____
C.F. _____ residente a _____ (prov. ___) cap. _____ in Via/Piazza _____ n. _____, tel. _____, e-mail _____, pec _____

⁴ Cognome e nome dell'Ospite.

⁵ Cognome e nome dell'Ospite.

⁶ Cognome e nome del tutore/amministratore di sostegno/famigliare-persona di riferimento.



Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
rilasciato da _____ in data ___/___/_____, valido fino al _____,

2) Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (prov. ___) il _____
C.F. _____ residente a _____ (prov. ___) cap _____ in Via/Piazza
_____ n.____, tel. _____, e-mail _____, pec _____

Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
rilasciato da _____ in data ___/___/_____, valido fino al _____,

- chiede che all'ospite:
 - venga garantita l'assistenza religiosa, con scelta della religione:
 - cattolica altra confessione: _____
 - NON venga garantita l'assistenza religiosa;
- dichiara che l'ospite non indossa valori né conserva nel proprio bagaglio personale valori e/o denaro in importo superiore al limite massimo consentito di € 50,00 (è fatto salvo quanto previsto dall'art. 14, co. 3, del regolamento interno);
- NON autorizza *oppure* autorizza le uscite dell'ospite nell'ambito delle iniziative a scopo ricreativo/sociale organizzate dalla RSA (gite, visite guidate, etc.), esimendo la stessa e l'Azienda I.S.P.E. da qualsivoglia responsabilità;
- si impegna a corrispondere, anticipatamente entro il giorno 5 di ogni mese, la retta mensile dovuta per le prestazioni di tipo alberghiero erogate dall'I.S.P.E.; retta determinata moltiplicando la quota giornaliera - stabilita annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'I.S.P.E. e resa nota con la Carta dei Servizi - per il numero effettivo di giorni del mese di riferimento (31, 30, 28 o 29), al netto dell'eventuale integrazione comunale;
- dichiara di essere stato/a informato/a che la retta giornaliera stabilita dal Consiglio di Amministrazione dell'I.S.P.E. per l'anno in corso è pari ad € _____ e di essere a conoscenza e di accettare espressamente che la stessa potrà subire variazioni in aumento in relazione al costo della vita e/o alla tipologia e qualità dei servizi erogati; variazioni che saranno rese note attraverso la Carta dei Servizi;
- dichiara di essere consapevole che il mancato pagamento della retta per due mensilità consecutive comporterà l'attivazione delle procedure legali di recupero coatto mentre in caso di mancato pagamento della retta a carico per quattro mensilità consecutive e/o di gravi e reiterati ritardi nella corresponsione della stessa verrà dato avvio al procedimento per le dimissioni d'ufficio dell'ospite dalla RSA (artt. 21, co. 7, e 19, co. 3, del regolamento interno)
- [eventuale. Sbarrare se non interessa] dichiara:
 - che il Comune di _____ (____) ha riconosciuto l'integrazione della retta per un importo giornaliero/mensile di € _____ per il periodo dal ___/___/____ al ___/___/____, come da provvedimento in data ___/___/____ che si allega alla presente; con impegno a trasmettere le eventuali successive proroghe;
 - di aver richiesto o di voler richiedere l'integrazione della retta da parte del Comune di _____ (____) e di impegnarsi a trasmettere con ogni tempestività il relativo provvedimento di eventuale accoglimento dell'istanza;
- [eventuale. Sbarrare se non interessa] dichiara che l'ospite
 - è beneficiario/a di assegno di accompagnamento che verrà interamente corrisposto alla RSA, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno;
 - intende richiedere il beneficio dell'assegno di accompagnamento che, se riconosciuto, verrà interamente corrisposto alla RSA, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno;
- produce ricevuta di avvenuto versamento:
 - della retta anticipata del mese in corso dell'importo di € _____ [sempre dovuta];
 - del deposito cauzionale infruttifero dell'importo di € _____ che verrà restituito al momento dell'uscita, alle condizioni e con le modalità di cui all'art. 22 del regolamento interno [non dovuto]



dagli ospiti in condizioni economiche disagiate per i quali il Comune di residenza ha riconosciuto l'integrazione della retta];

- chiede sin d'ora che, in caso di dimissioni o decesso dell'ospite, la somma che sarà eventualmente versata e non dovuta a titolo di retta di soggiorno per l'ultimo mese di degenza e la somma versata a titolo di deposito cauzionale (se dovuta) vengano restituite al/alla sottoscritto/sottoscritta sul c/c che verrà indicato mediante l'apposito modulo F.

_____,
 (Luogo)

_____,
 (data)

 Firma tutore/amministratore di sostegno/
 familiare-persona di riferimento

I sottoscritti Responsabile sanitario e referente amministrativo della RSA danno atto che in data odierna il/la sig./sig.ra _____ in qualità di

- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Familiare/Persona di riferimento

del/della sig./sig.ra _____ ha presentato la su estesa domanda di ammissione in RSA e prodotto la seguente documentazione:

- 3) copia carta d'identità e tessera sanitaria dell'ospite;
- 4) copia carta d'identità dell'interlocutore principale e degli eventuali (ulteriori) familiari/persone di riferimento;
- 5) ricevuta di avvenuto versamento della retta anticipata del mese in corso;
- 6) copia documentazione sanitaria:

eventuale

- copia esenzione ticket dell'ospite;
- copia documentazione attestante lo stato di invalidità civile dell'ospite ed il beneficio dell'indennità di accompagnamento;
- ricevuta di avvenuto versamento del deposito cauzionale *oppure* copia provvedimento comunale di integrazione retta.

Danno, inoltre, atto di aver sottoposto all'attenzione degli interessati la seguente modulistica e di aver fornito/acquisito agli/dagli stessi l'informativa/il consenso concernente:

- Modulo B – Informazione e consenso a prestazione sanitaria
- Modulo C - Informativa e consenso al trattamento dei dati personali – Modulo C;
- Modulo D – D.1 Liberatoria/autorizzazione per la pubblicazione di foto e video – D.2 Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Eventuali note e/o precisazioni:

_____,
 (Luogo)

_____,
 (data)

 Firma Responsabile Sanitario

 Firma referente amministrativo



INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA

RSA PER DISABILI SITA IN LECCE IN VIA CIMAROSA N. 25	
RESPONSABILE SANITARIO/ MEDICO DI STRUTTURA	

A. Dichiarazione resa dall'ospite, se capace ed in grado di esprimere compiutamente la propria volontà

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
ospite della su indicata RSA dal _____

dichiaro

A.1) di accettare di ricevere informazioni sulle mie condizioni di salute e di esprimere consenso/dissenso ad eventuali trattamenti sanitari e/o terapeutici;

ovvero, in alternativa

A.2) di rifiutare di ricevere informazioni sulle mie condizioni di salute ed **indico** il/la sig./sig.ra _____ (*nome e cognome*) quale persona di mia fiducia **incaricata** di ricevere le informazioni sulle mie condizioni di salute, nonché di esprimere il consenso/dissenso in mia vece ad eventuali trattamenti sanitari/terapeutici.

_____, _____
(Luogo) (data) Firma ospite

22

B.

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente in _____ alla via _____ n. _____, in qualità di:

ospite della su indicata RSA

incaricato/a dal/dalla sig./sig.ra _____, ospite della su indicata RSA, come da dichiarazione di cui al precedente punto A.2

tutore¹ del/della sig./sig.ra _____, ospite della su indicata RSA

amministratore di sostegno² del/della sig./sig.ra _____, ospite della su indicata RSA

fiduciario ex art. 4 L. n. 219/2017 del/della sig./sig.ra _____, ospite della su indicata RSA

¹ "Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, **sentito l'interdetto ove possibile**, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità" Art. 3, comma 3, L. n. 219/2017.

² "... Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato **anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere**" Art. 3, comma 4, L. n. 219/2017.

dichiaro

1. di essere stato/a informato/a sulla necessità di procedere al seguente trattamento sanitario/terapeutico _____ con le seguenti modalità _____;
2. di avere ricevuto al riguardo le informazioni dettagliate e approfondite di seguito indicate dal Responsabile sanitario/medico di struttura e dal medico curante, che sottoscrivono il presente modulo a conferma del contenuto delle informazioni di cui al precedente punto 1 e al presente punto 2 :
 - **natura e scopo del trattamento** _____
 - **rischio/inconvenienti** _____
 - **modalità di intervento e/o alternative possibili (con l'indicazione per ciascuna dei rischi, dei vantaggi e degli effetti indesiderati)** _____
 - **conseguenze del mancato trattamento** _____
 - **durata del trattamento** _____
 - **comportamenti da tenere per evitare complicazioni successive al trattamento** _____
 - _____
 - _____
 - **possibilità di ritirare il consenso in qualsiasi momento.**

dichiaro, inoltre:

3. di **aver compreso** i termini e le modalità del trattamento proposto e di cui innanzi, nonché i prevedibili vantaggi, i rischi connessi e gli eventuali effetti indesiderati;
4. che prima di esprimere il *consenso/dissenso* ho avuto il **tempo necessario per decidere** e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un medico di fiducia;
5. che tutte le domande poste hanno avuto risposte **soddisfacenti**.

Tanto premesso, **dichiaro** (precisare il caso specifico barrando la relativa casella):

- di acconsentire** al trattamento sanitario/terapeutico illustrato e indicato in premessa;
- di NON acconsentire** al trattamento sanitario/terapeutico illustrato ed indicato in premessa e di **esonerare totalmente** il personale medico ed infermieristico, nonché l'intera équipe sanitaria operante nella suddetta RSA e l'Azienda I.S.P.E. da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

Eventuali osservazioni del dichiarante in ordine al percorso per l'acquisizione del consenso:

_____,
(Luogo)

_____,
(data)

Firma del dichiarante

Firma dei testimoni - solo nel caso in cui siano intervenuti



Firma del Responsabile sanitario/medico di struttura _____

Firma del medico curante _____

ATTIVITA' DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA

I Sanitari della Struttura in accordo con il MMG procederanno agli **atti sanitari quotidiani** previsti al fine di garantire una condizione di relativa stabilità clinica e svolti secondo **procedure scientificamente validate o che godano di una legittimazione clinico-scientifica.**

Invece, per prestazioni sanitarie particolari, di seguito elencate, **il consenso si acquisirà di volta in volta compilando il presente modulo di "Informazione e consenso a prestazione sanitaria":**

1. posizionamento di sondino nasogastrico (SNG), gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), cateteri venosi centrali (CVC);
2. nutrizione parenterale mediante sacca nutrizionale e/o idratazione parenterale sostitutiva a lungo termine;
3. emotrasfusioni;
4. vaccinazioni;
5. esecuzione di terapie fisiche (laserterapia, ultrasuoni etc.);
6. curretage di piaghe da decubito;
7. terapie (e.v., i.m., per os, s.c.) che richiedano particolare cautela in quanto responsabili di rischi **prevedibili**;
8. eventuali misure di protezione/contenzione;
9. invio presso altre strutture sanitarie per indagini diagnostiche e strumentali e/o ricoveri.

RSA PER DISABILI sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Sig./Sig.ra _____¹,

desideriamo informarLa che il trattamento dei Suoi dati personali ovvero dei dati personali del/della Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a saranno trattati nel pieno rispetto della normativa nazionale ed europea in materia.

In particolare, è nostra premura fornirLe tutte le informazioni al riguardo, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti dell'utenza è parte fondante della nostra attività.

Al fine di agevolareLa nella lettura di quanto segue, abbiamo provveduto a schematizzare le informazioni più rilevanti.

A conclusione delle informazioni che seguono, Le verrà richiesto, mediante sottoscrizione del presente modulo, di prestare il proprio consenso affinché l'Azienda e la RSA possano trattare i Suoi dati personali ovvero i dati personali del/della Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a per lo svolgimento dell'attività di assistenza socio-sanitaria.

Le segnaliamo sin d'ora che laddove dovesse ritenere di non prestare il proprio consenso, l'Azienda e la RSA si ritroveranno nell'oggettiva impossibilità ovvero nella grave difficoltà di poter erogare a Lei ovvero al/alla Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a le prestazioni necessarie per garantire un'adeguata assistenza socio-sanitaria.

Titolare del trattamento
Soggetto che stabilisce il fine e il modo di utilizzo dei Suoi dati personali. Il titolare del trattamento è a Sua disposizione per fornirLe ogni informazione in merito all'uso dei Suoi dati.
<i>I.S.P.E. – Istituto per i Servizi alla Persona per l'Europa Via San Lazzaro, 15 – 73100 Lecce LE, IT</i>
Responsabile della protezione dei dati personali
Soggetto che verifica il corretto trattamento dei Suoi dati personali, fornisce consulenza al titolare del trattamento e accerta che il medesimo trattamento sia conforme a quanto stabilito dalle norme nazionali ed europee.
<i>SVIC Srl - Viale Rossini 1/C, Lecce – tel 0832/345777 – e-mail: svic@svic.it</i>
Finalità del trattamento e base giuridica
Si tratta del motivo per il quale i Suoi dati vengono raccolti e utilizzati dal Titolare del trattamento o da figura da esso delegata. La base giuridica è la norma legislativa, nazionale o europea, o costituzionale in base alla quale il trattamento dei Suoi dati personali si rivela fondamentale per garantire la qualità e l'adeguatezza del servizio reso.

¹ Indicare cognome e nome dell'ospite firmatario del modulo A.1 ovvero nome e cognome del firmatario del modulo A.2 (tutore/amministratore di sostegno/familiare-persona di riferimento)

Finalità: Il trattamento ha per oggetto le **attività di assistenza socio-sanitaria dei pazienti all'interno della struttura sanitaria**, effettuato da operatori socio sanitari specializzati. Oggetto delle attività specifiche da parte degli operatori è la **cura degli ospiti in conformità ai bisogni e alla situazione, secondo il piano di cura definito dal medico responsabile del paziente**, considerate anche le abitudini connesse ad età, cultura, religione. Sono comprese le attività di sostegno nella cura autonoma del corpo, il controllo dei segni vitali nonché la supervisione all'assunzione di farmaci.

Base giuridica: Il trattamento risulta essere necessario all'esecuzione del contratto di assistenza socio-sanitaria di cui l'interessato è parte.

Destinatari dei dati personali

Si tratta dei soggetti cui i dati da Lei forniti saranno comunicati al fine di garantire l'adeguatezza del servizio reso.

Cooperative sociali ed altri Enti, organismi sanitari, personale medico e paramedico, società e imprese, altre amministrazioni pubbliche.

Periodo di conservazione dei dati personali

Si tratta del periodo nel quale i Suoi dati saranno conservati al fine di adempiere agli obblighi di legge imposti.

I Suoi dati personali saranno conservati per 10 anni dalla data in cui Lei o il Suo congiunto/rappresentato non usufruirà più dei servizi socio-assistenziali ovvero dalla data in cui si è verificato l'ultimo atto interruttivo della prescrizione dell'eventuale responsabilità dell'Azienda che sarà contestata.

Diritti del titolare del trattamento

Si tratta dei diritti che Lei ha relativamente ai Suoi dati personali.

Lei ha il diritto di:

- a. ottenere l'**accesso** ai Suoi dati personali (art. 15 regolamento UE 2016/679);
- b. ottenere la **rettifica** dei Suoi dati personali inesatti senza ritardo (art. 16 regolamento UE 2016/679);
- c. ottenere la **cancellazione** dei Suoi dati personali quando non più necessari rispetto alla finalità per cui erano destinati ovvero quando siano stati trattati illecitamente (art. 17 regolamento UE 2016/679);
- d. disporre la **revoca** del consenso ove i Suoi dati non siano più necessari rispetto alla finalità per cui erano stati raccolti (art. 17 regolamento UE 2016/679);
- e. ottenere la **limitazione** del trattamento quando l'interessato contesti l'esattezza dei dati personali, quando il trattamento risulti illecito ovvero quando i dati, pur non essendo più necessari alla Struttura, siano utili rispetto all'accertamento, all'esercizio o alla difesa di un diritto in sede giudiziaria (art. 17 regolamento UE 2016/679)
- f. **opporsi** al trattamento dei Suoi dati personali, fermo restando che la finalità per cui i dati sono stati raccolti presuppone l'esistenza di un interesse della Struttura prevalente rispetto al diritto dell'interessato, se esercitato in tal senso (art. 21 regolamento UE 2016/679);
- g. di **proporre reclamo** al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it) laddove ritenga che il trattamento dei Suoi dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea (art. 77 regolamento UE 2016/679);
- h. di **proporre un'azione giurisdizionale** innanzi al Tribunale civile competente per territorio laddove ritenga che il trattamento dei Suoi dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea (art. 79 regolamento UE 2016/679).



Consapevole delle informazioni innanzi forniteLe, Le chiediamo, quindi, di prestare il consenso al trattamento dei Suoi dati personali ovvero dei dati personali del/la Suo/a congiunto/a o rappresentato/a,

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____² in qualità di

- Ospite** della RSA in intestazione
- Tutore** del/della sig./sig.ra _____, ospite della RSA in intestazione
- Amministratore di sostegno** del/della sig./sig.ra _____, ospite della RSA in intestazione
- Famigliare/Persona di riferimento** del/della sig./sig.ra _____, ospite della RSA in intestazione

acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e di cui all'art. 13 del regolamento UE 2016/679, acconsento al trattamento

- dei miei dati personali
- dei dati personali del/della mio/mia congiunto/a - rappresentato/a

e dichiaro di avere avuto, in particolare, conoscenza che i suddetti dati rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa citata.

_____, _____
 (Luogo) (data)

 Firma³

² Indicare cognome e nome dell'ospite firmatario del modulo A.1 ovvero nome e cognome del firmatario del modulo A.2 (tutore/amministratore di sostegno/familiare-persona di riferimento)

³ Firma del soggetto intestatario del modulo di cui alla nota 1

RSA PER DISABILI sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25**LIBERATORIA/AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E VIDEO,
INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**Gentile Sig./Sig.ra _____¹,

con la presente intendiamo essere autorizzati all'utilizzo della Sua immagine ovvero dell'immagine del/della Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a, che potrà essere ripresa durante lo svolgimento delle attività ricreative organizzate e/o promosse dalla nostra Azienda, e, contestualmente, desideriamo informarLa dei diritti di riservatezza collegati all'uso dell'immagine.

Nelle pagine che seguono, quindi, dovrà, se lo ritiene opportuno:

- da un lato, autorizzare l'Azienda all'utilizzo della Sua immagine ovvero dell'immagine del/della Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a, per gli scopi che saranno segnalati;
- dall'altro lato, prestare il consenso all'utilizzo della medesima immagine, in conformità a quanto previsto dalle norme in materia di riservatezza nel trattamento dei dati personali.

In particolare, è nostra premura fornirLe tutte le informazioni al riguardo, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti dell'utenza è parte fondante della nostra attività.

Al fine di agevolareLa nella lettura di quanto segue, abbiamo provveduto a schematizzare le informazioni più rilevanti.

A conclusione delle informazioni che seguono, Le verrà richiesto di prestare il consenso in favore di questa Azienda, mediante sottoscrizione del presente modulo, affinché possa trattare i Suoi dati personali o quelli del/della Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a.

Le segnaliamo, sin d'ora, che:

- laddove non intenda autorizzare questa Azienda all'uso dell'immagine, Sua o del/della Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a, potrà non sottoscrivere la seguente liberatoria/autorizzazione;
- una volta, invece, autorizzata l'Azienda all'utilizzo della predetta immagine dovrà, necessariamente, prestare il Suo consenso al trattamento dei dati, poiché, in caso contrario, l'immagine non potrà essere utilizzata.

Le rappresentiamo, infine, che laddove ritenesse di non autorizzare l'uso dell'immagine, Sua o del/della Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a, l'Azienda potrebbe utilizzare, comunque, il materiale fotografico e videografico che ritrae Lei o il/la Suo/Sua congiunto/a o rappresentato/a, mediante l'utilizzo di speciali accorgimenti tecnici che ne impediscano il riconoscimento.

D.1) LIBERATORIA/AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E VIDEOIo sottoscritto _____² in qualità di

- Ospite** della RSA in intestazione
- Tutore** del/della sig./sig.ra _____, ospite della RSA in intestazione
- Amministratore di sostegno** del/della sig./sig.ra _____, ospite della RSA in intestazione
- Famigliare/Persona di riferimento** del/della sig./sig.ra _____, ospite della RSA in intestazione

¹ Indicare cognome e nome dell'ospite firmatario del modulo A.1 ovvero nome e cognome del firmatario del modulo A.2 (tutore/amministratore di sostegno/familiare-persona di riferimento)

² Indicare cognome e nome dell'ospite firmatario del modulo A.1 ovvero nome e cognome del firmatario del modulo A.2 (tutore/amministratore di sostegno/familiare-persona di riferimento)

- AUTORIZZO**
 NON AUTORIZZO

l'ASP I.S.P.E. – Istituto per i Servizi alla Persona per l'Europa:

- a fotografare e riprendere
 - la mia persona/ritratto
 - la persona/ritratto del/della mio/mia congiunto/a - rappresentato/a, nell'ambito delle attività istituzionali della struttura medesima, a titolo gratuito, ai sensi e per gli effetti degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, e in conformità ai limiti stabiliti dall'art. 10 c.c.;
- ad utilizzare le suddette immagini in formato cartaceo o digitale;
- a conservare le foto e i video stessi nei propri archivi informatici;

AVENDO AUTORIZZATO, PRENDO ATTO

- che la finalità di tale utilizzo ha carattere promozionale delle attività della RSA e dell'Azienda I.S.P.E.;
- che la presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da consegnare direttamente in RSA o inviare via e-mail/PEC ai seguenti indirizzi: _____.

_____,
(Luogo)

_____,
(data)

Firma³

³ Firma del soggetto intestatario del modulo di cui alla note 1 e 2.

D.2) INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

N.B. Informativa da rendere e consenso da acquisire necessariamente solo nel caso di rilascio della liberatoria/autorizzazione di cui al precedente punto D.1)

Titolare del trattamento
Soggetto che stabilisce il fine e il modo di utilizzo dei Suoi dati personali. Il titolare del trattamento è a Sua disposizione per fornirLe ogni informazione in merito all'uso dei Suoi dati.
<i>I.S.P.E. – Istituto per i Servizi alla Persona per l'Europa Via San Lazzaro, 15 – 73100 Lecce LE, IT</i>
Responsabile della protezione dei dati personali
Soggetto che verifica il corretto trattamento dei Suoi dati personali, fornisce consulenza al titolare del trattamento e accerta che il medesimo trattamento sia conforme a quanto stabilito dalle norme nazionali ed europee
<i>SVIC Srl - Viale Rossini 1/C, Lecce – tel 0832/345777 – e-mail: svic@svic.it</i>
Finalità del trattamento e base giuridica
Si tratta del motivo per il quale i Suoi dati vengono raccolti e utilizzati dal Titolare del trattamento o da figura da esso delegata. La base giuridica è la norma legislativa, nazionale o europea, o costituzionale in base alla quale il trattamento dei Suoi dati personali si rivela fondamentale per garantire la qualità e l'adeguatezza del servizio reso.
<i>Finalità: Il trattamento ha per oggetto l'utilizzo della Sua immagine che potrà essere ritratta durante lo svolgimento di attività ricreative organizzate e/o promosse dalla Struttura. L'utilizzo della Sua immagine ha la finalità di promuovere l'attività della Struttura e la stessa potrà essere utilizzata all'interno dei locali dell'Ente, tanto in formato digitale, mediante l'utilizzo in video o foto promozionali che saranno proiettati negli ambienti comuni delle Strutture riferibili all'Ente, tanto in formato cartaceo, mediante la stampa di fotografie che potranno essere affisse sempre negli ambienti comuni delle Strutture dell'Ente. Base giuridica: Alla base del trattamento vi è il Suo consenso espresso all'utilizzo della Sua immagine.</i>
Destinatari dei dati personali
Si tratta dei soggetti cui i dati da Lei forniti saranno comunicati al fine di garantire l'adeguatezza del servizio reso.
<i>Soggetti che frequentano gli ambienti comuni della RSA ove le immagini, sotto forma di riproduzione fotografica o videografica, potranno essere trasmessi e/o pubblicati.</i>
Periodo di conservazione dei dati personali
Si tratta del periodo nel quale i Suoi dati saranno conservati dalla Struttura al fine di adempiere agli obblighi di legge imposti.
<i>Le Sue immagini saranno utilizzate dalla Struttura fino a quando la stessa riterrà opportuno il relativo utilizzo, salva la revoca del consenso, secondo le modalità di seguito indicate.</i>

Diritti del titolare del trattamento

Si tratta dei diritti che Lei ha relativamente ai Suoi dati personali.

Lei ha il diritto di:

- a.** ottenere l'**accesso** ai Suoi dati personali (art. 15 regolamento UE 2016/679);
- b.** ottenere la **rettifica** dei Suoi dati personali inesatti senza ritardo (art. 16 regolamento UE 2016/679);
- c.** disporre la **revoca** del consenso laddove ritenga di non voler più consentire l'utilizzo della Sua immagine per le finalità divulgative rappresentate, ferma restando la liceità dell'utilizzo della Sua immagine sino all'intervenuta revoca (art. 17 regolamento UE 2016/679);
- d.** ottenere la **cancellazione** dei Suoi dati personali quando siano stati trattati illecitamente ovvero quando abbia revocato il consenso all'utilizzo della Sua immagine, fermo restando che quanto già divulgato sarà cancellato nei limiti in cui ciò si riveli possibile, tenuto conto delle tecnologie disponibili e dei relativi costi di attuazione (art. 17 regolamento UE 2016/679);
- e.** ottenere la **limitazione** del trattamento quando il trattamento risulti illecito (art. 18 regolamento UE 2016/679)
- f. opporsi** al trattamento dei Suoi dati personali allorché ritenga di voler revocare il Suo consenso al relativo trattamento (art. 21 regolamento UE 2016/679);
- g.** di **proporre reclamo** al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it) laddove ritenga che il trattamento dei Suoi dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea (art. 77 regolamento UE 2016/679);
- h.** di **proporre un'azione giurisdizionale** innanzi al Tribunale civile competente per territorio laddove ritenga che il trattamento dei Suoi dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea (art. 79 regolamento UE 2016/679).

Consapevole delle informazioni forniteLe, Le chiediamo, quindi, di prestare il consenso al trattamento

- dei Suoi dati personali
- dei dati personali del/della Suo/Sua congiunto/a - rappresentato/a

31

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del regolamento UE 2016/679, acconsento al trattamento

- dei miei dati personali
- dei dati personali del/della mio/mia congiunto/a - rappresentato/a.

(Luogo)

(data)

Firma⁴

⁴ Firma del soggetto intestatario del modulo di cui alla note 1 e 2.

MODULO E
Richiesta cartella clinica

All'ASP I.S.P.E.
Via San Lazzaro, 15
73100 Lecce

Oggetto: Richiesta di accesso alla cartella clinica

E.1. Richiedente intestatario della cartella clinica (allegare copia del documento di identità)	
Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____,	
nato/a a _____ (prov. ____) il _____ C.F. _____	
residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____,	
telefono _____, e-mail _____, pec _____	
Documento di riconoscimento: _____, n. _____,	
rilasciato da _____ in data __/__/_____, valido fino al _____,	
ospite della RSA per disabili sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25 dal __/__/_____ al __/__/_____	
CHIEDE	
di accedere alla propria cartella clinica personale relativa al periodo di ricovero presso l'indicata RSA ed il rilascio di copia conforme della medesima, previo pagamento dei relativi costi di ricerca e riproduzione secondo le indicazioni di codesta Azienda.	
Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679), autorizzo l'ASP I.S.P.E. al trattamento dei dati forniti nell'ambito della presente richiesta.	
Luogo e data	Firma
.....
E.2. Richiedente persona diversa dall'intestatario	
Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____,	
nato/a a _____ (prov. ____) il _____ C.F. _____	
residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____,	
telefono _____, e-mail _____, pec _____	
Documento di riconoscimento: _____, n. _____,	
rilasciato da _____ in data __/__/_____, valido fino al _____,	
in qualità di _____	



- DELEGATO**¹
- TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**²
- EREDE**³
- ALTRO:**⁴ (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____,

nato/a a _____ (prov. ___) il _____ C.F. _____

ospite della RSA per disabili sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25 dal ___/___/_____ al ___/___/_____

CHIEDE

di accedere alla cartella clinica personale del/della Sig./Sig.ra _____ relativa al predetto periodo di ricovero del/della medesimo/medesima presso l'indicata RSA ed il rilascio di copia conforme della cartella clinica in questione, previo pagamento dei relativi costi di ricerca e riproduzione secondo le indicazioni di codesta Azienda, per la seguente motivazione:

- USO PERSONALE**
- USO MEDICO**
- USO ASSICURATIVO**
- USO PENSIONISTICO**
- INVALIDITA'**
- LEGALE:** (specificare) _____
- ALTRO:** (specificare) _____

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679), autorizzo l'ASP I.S.P.E. al trattamento dei dati forniti nell'ambito della presente richiesta.

Luogo e data

Firma

.....

.....

Indicare la modalità di ritiro:

- PRESSO LA SEDE DELLA RSA I.S.P.E.
- PRESSO LA SEDE LEGALE ED AMMINISTRATIVA DELL'ASP I.S.P.E.
- SPEDIZIONE A MEZZO POSTA RACCOMANDATA A.R. CON SPESE A CARICO DEL DESTINATARIO AL SEGUENTE INDIRIZZO _____

previo pagamento dei costi di ricerca e riproduzione.

Luogo e data

Firma

.....

.....

¹ Allegare atto di delega e copia del documento di identità del delegante e del delegato.

² Allegare provvedimento di nomina e copia del documento di identità del tutore/amministratore di sostegno.

³ Allegare copia del documento di identità e idonea documentazione attestante lo status di erede.

⁴ Specificare la qualità ed allegare copia del documento di identità del richiedente e valida documentazione attestante la legittimazione alla formulazione della richiesta.

VERBALE DI AVVENUTA CONSEGNA

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nella
mia qualità innanzi dichiarata,

dichiaro

di aver ricevuto copia della seguente documentazione:

- 1) Cartella clinica composta da n. _____ fasciate;
- 2) _____
- 3) _____
- 4)

Luogo e data

Firma

.....

.....

Si attesta che il/la sig./sig.ra _____ ha provveduto al versamento della somma di
€ _____ per costi di ricerca e di riproduzione.

Luogo e data

Firma addetto I.S.P.E

.....

.....



MODULO F
Richiesta restituzione somme

All'ASP I.S.P.E.
Via San Lazzaro, 15
73100 Lecce

Oggetto: Richiesta di restituzione somme

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ (prov. ____) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____,
telefono _____, e-mail _____, pec _____
Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
rilasciato da _____ in data __/__/____, valido fino al _____,
già ospite della RSA per disabili sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25 dal __/__/____ al __/__/____

ovvero

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ (prov. ____) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____,
telefono _____, e-mail _____, pec _____
Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
rilasciato da _____ in data __/__/____, valido fino al _____,
e
Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ (prov. ____) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. ____) cap _____ in Via/Piazza _____ n.____,
telefono _____, e-mail _____, pec _____
Documento di riconoscimento: _____, n. _____,
rilasciato da _____ in data __/__/____, valido fino al _____,
in qualità di _____¹ del/della Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ (prov. ____) il _____ C.F. _____
già ospite della RSA per disabili sita in Lecce alla Via Cimarosa n. 25 dal __/__/____ al __/__/____
 deceduto/a in data __/__/____ *ovvero* dimesso/a in data __/__/____

35

¹ Nell'ipotesi di **dimissione**: familiare firmatario del modulo A.1 o A.2, tutore o amministratore di sostegno. Nell'ipotesi di **decesso**: tutore o amministratore di sostegno autorizzato dal Giudice Tutelare, familiare firmatario del modulo A.1 o A.2 o eredi che dovranno allegare certificato storico di famiglia o dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia storico e fotocopia carte di identità.

**CHIEDE/CHIEDONO**

la restituzione della somma versata e non dovuta a titolo di retta di soggiorno per il _____
(*indicare mese e anno*) e/o della somma versata a titolo di deposito cauzionale, tramite bonifico sul seguente
conto corrente bancario/postale:

Banca/Poste _____

IBAN _____

Intestato a _____ residente a _____

in Via/Piazza _____ n _____ C.F. _____.

Il/I sottoscritto/i dichiara/dichiarano che, con il pagamento della/delle somma/somme di cui innanzi da parte
dell'ASP I.S.P.E., non avranno da questa più nulla a pretendere e manleva/manlevano sin da ora l'ASP I.S.P.E.
per eventuali future richieste di restituzione somme da parte di altri soggetti.

Allegati:

_____, _____

(Luogo)

(data)

Firma del richiedente

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DELLO STATO DI FAMIGLIA STORICO
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a _____

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

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. citato circa la decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

D I C H I A R A

che la famiglia di origine di _____

decedut___ nel Comune di _____ in data ____ / ____ / ____

abitante in vita in _____ in via _____ n. _____

era così composta:

n. ord.	Relaz. Parent.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Luogo e data di morte

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del DGPR 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego copia documento di riconoscimento: _____

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000)

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.