

*Aranda*

Fondazione Casa Anziani Giubiasco

# CONTRATTO DI ACCOGLIENZA

*Fondazione  
Casa per Anziani  
Giubiasco*

Giubiasco, ottobre 2020

## CONTRATTO DI ACCOGLIENZA

### Parti al contratto

**Fondazione Casa per Anziani Giubiasco**

(in seguito denominato "Istituto")

e

**Nome:**

\_\_\_\_\_ (in seguito denominato "residente")

**Cognome:**

\_\_\_\_\_

**Data di nascita:**

\_\_\_\_\_

**Domicilio del residente:**

\_\_\_\_\_

oppure, in caso di incapacità di discernimento, in sua rappresentanza:

**Nome:**

\_\_\_\_\_ (in seguito denominato "rappresentante")

**Cognome:**

\_\_\_\_\_

**Data di nascita:**

\_\_\_\_\_

**Domicilio:**

\_\_\_\_\_

**E-mail:**

\_\_\_\_\_

**Tel. rappresentante:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In caso di rappresentanza, il rappresentante si legittima come (*ordine legale, crociare una sola risposta*):

- La persona designata nelle direttive del paziente (residente) o nel mandato precauzionale del residente, *o in sua mancanza,*
- Il curatore del residente con diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici, *o in una sua mancanza,*
- Il coniuge o il partner registrato che vive in comunione domestica con il residente oppure gli presta di persona regolare assistenza, *o in sua mancanza,*
- La persona che vive in comunione domestica (convivente) con il residente e gli presta di persona regolare assistenza, *o in sua mancanza,*
- Il/i discendente/i che presta di persona regolare assistenza al residente, *o in sua mancanza,*
- Il/i genitore/i che presta di persona regolare assistenza al residente, *o in sua mancanza,*
- Il/i fratello/i oppure la/le sorella/e che presta di persona regolare assistenza al residente.

In caso di rappresentanza del residente, all'Istituto dovrà essere fornita la seguente documentazione:

- in caso di mandato precauzionale, l'originale o una copia conforme all'originale del documento reso dalla competente Autorità Regionale di Protezione attestante i poteri conferitigli (*la dimostrazione dell'esistenza di un mandato precauzionale depositato presso il competente Ufficio di stato civile non è sufficiente*);
- negli altri casi tutti i documenti che possano dimostrare i suoi poteri legali di rappresentanza (ad es.: credenziali di curatore, atto di matrimonio, certificato di domicilio, certificato di famiglia, ecc.)

## 1) Dichiarazione di svincolo dal segreto medico in caso di dubbio sulla capacità di discernimento

Alla firma del presente contratto e successivamente una volta firmato il medesimo, in caso di dubbio sulla capacità di discernimento del residente, l'Istituto si riserva di chiedere un certificato al medico curante o al Direttore Sanitario, attestante segnatamente gli eventuali problemi di salute cognitiva del residente.

Con la firma del presente contratto il residente svincola in tal senso dal segreto medico il Direttore Sanitario e i medici indicati nell'allegato 1a.

## 2) Inizio e fine del contratto

Il presente contratto esplica i suoi effetti dalla firma di entrambe le parti.

Esso avrà effetto retroattivo dal momento dell'entrata dell'interessato in Istituto se ciò dovesse avvenire prima della firma.

Il contratto ha una durata indeterminata e non perde di efficacia qualora il residente divenisse nel frattempo incapace di discernimento.

Il contratto potrà essere disdetto mediante comunicazione scritta come segue:

- dall'Istituto al residente (o al suo rappresentante) con un preavviso di un mese per la fine di ogni mese.
- dal residente (o il suo rappresentante) all'Istituto con un preavviso di un mese per la fine di ogni mese.

Nei limiti previsti dalla legge, il contratto potrà inoltre essere disdetto con effetto immediato in caso di gravi motivi (ad es. comportamento gravemente inadeguato del residente o dei suoi famigliari, grave inadeguatezza dell'Istituto rispetto le necessità del residente, ecc.).

Il contratto si ritiene automaticamente estinto al momento del decesso del residente.

### 3) Retta e prestazioni

La retta è commisurata al reddito e alla sostanza del residente. È calcolata in base alla Legislazione Federale e Cantonale e alle Direttive Cantionali emesse dal Dipartimento della Sanità e della Socialità; la retta deve essere pagata **entro 10 giorni** dalla sua ricezione da parte del residente (o del suo rappresentante). L'invio della fattura avviene di regola mensilmente.

L'esatto calcolo della retta risulta in particolare dall'allegato 2.

Le prestazioni speciali, quali in particolare l'Assegno Grande Invalido (AGI), sono considerate in aggiunta alla retta e fatturate mensilmente direttamente dall'Istituto al residente.

Il residente (o il suo rappresentante) è reso attento dell'obbligo di fornire all'Istituto tutte le informazioni e i documenti concernenti la situazione economica del residente, segnatamente redditi e capitali (compreso quelli passati) di qualsiasi natura, sia in Svizzera sia all'estero.

Nella partecipazione ai costi sono comprese le seguenti prestazioni:

#### a) prestazioni generali

- a. vitto (tre pasti principali, incluse le bibite);
- b. alloggio,
- c. attività socio-culturali e ricreative,
- d. prestazioni alberghiere in generale,
- e. le altre prestazioni previste esplicitamente dall'istituto.

#### b) prestazioni contemplate dalle Legge Federale sull'Assicurazione Malattie (LAMal)

- a. prestazioni di cura,
- b. prestazioni terapeutiche, se prescritte dal medico,
- c. prestazioni del podologo, se prescritte dal medico,
- d. medicinali,
- e. materiale sanitario,

il tutto nei limiti di copertura previsti dalla legge.

L'Istituto garantisce al residente (o al suo rappresentante) l'accesso alle informazioni specifiche sulle prestazioni e il loro costo.

Quanto non sopra espressamente menzionato, non è compreso nella retta e rimane a carico del residente.

Non sono in particolare comprese le spese per le seguenti prestazioni:

- cure estetiche (parrucchiere, interventi di pedicure e manicure di natura estetica);
- consumazioni al bar;
- tasse e comunicazioni telefoniche;
- abbonamenti vari (TV, internet, ecc.);
- lavaggio chimico della biancheria personale, etichettatura vestiti, cuciture e riparazioni;
- prodotti per l'igiene personale;
- trasporto e/o accompagnamento al di fuori dell'istituto;
- assistenza medica e prestazioni mediche;
- gestione e spese amministrative;
- le eventuali spese di soggiorno per vacanza o escursioni;
- l'assicurazione di responsabilità civile collettiva.

#### 4) Disposizioni mediche

##### a) Disposizioni mediche in genere

Il residente (o il suo rappresentante) dichiara che:

- esistono delle Direttive del paziente redatte dal residente: le stesse sono in possesso di \_\_\_\_\_;
- non esistono delle Direttive del paziente redatte dal residente;
- non è noto se esistano delle Direttive del paziente redatte dal residente.

È data la possibilità di depositare l'originale o una copia autentica di tali Direttive presso la Direzione dell'Istituto.

Il residente (o il suo rappresentante):

- Si dichiara d'accordo di depositare e dunque deposita presso la Direzione dell'Istituto le Direttive del paziente;
- Non è d'accordo di depositare presso la Direzione dell'Istituto le Direttive del paziente, le quali saranno conservate da:

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

#### **b) Scelta dal medico curante**

La libera scelta del medico è garantita dalla legge; sono riservati i motivi gravi (urgenze, difficoltà d'intervento del medico curante, ecc.).

Il residente (o il suo rappresentante in caso di accertata incapacità di discernimento del residente) indica nell'allegato 1a il nominativo del/dei medico/i curante/i.

#### **c) Svincolo dal segreto professionale**

Con la firma dell'allegato 1b, il residente (o il suo rappresentante terapeutico in caso di accertata incapacità di discernimento del residente), svincola dal segreto medico il medico curante, il Direttore sanitario, nonché il personale sanitario dell'istituto.

### **5) Dichiarazione in merito agli allegati**

Il residente (o il suo rappresentante) dichiara che prima della firma del presente contratto gli è stato consegnato quanto segue:

- allegato 1a: nominativo del/dei medico/i curante/i;

- allegato 1b: svincolo dal segreto medico
- allegato 2: modulo per il calcolo della retta;
- allegato 3: dichiarazione relativa alla sostanza;
- allegato 4: regolamento interno degli ospiti.

In particolare gli allegati 1a, 1b e 2 sopra menzionati possono essere modificati in ogni momento a dipendenza delle necessità (ad. es. modifica del medico curante, cambiamento del calcolo della retta, ecc.).

**Quanto non espressamente menzionato dal presente contratto è regolamentato dalle norme sul mandato (art. 394 e segg. Codice delle Obbligazioni Svizzero).**

**Le parti contraenti convengono in caso di divergenze il foro è quello del luogo in cui si trova l'Istituto e il diritto applicabile è quello svizzero.**

Le parti si danno atto che il presente contratto è firmato in due esemplari originali e consta di **8 (otto) pagine** complessive.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il Direttore  
B. Cariboni

.....  
*Firma del residente*  
*(o del suo rappresentante)*

.....  
*Fondazione Casa per Anziani*  
*Giubiasco*



*CONTRATTO DI ACCOGLIENZA*

# *ALLEGATO 1a/1b*

*FONDAZIONE CASA PER ANZIANI*

*GIUBIASCO*

**Allegato 1a**

Richiamo il contratto di accoglienza in data ....., il/la sottoscritto/a:

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Indica qui di seguito i dati dei propri medici curanti:

1) Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo medico: \_\_\_\_\_

2) Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo medico: \_\_\_\_\_

3) Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo medico: \_\_\_\_\_

## Allegato 1b

## SVINCOLO DAL SEGRETO MEDICO

Gentile residente,

Entrando nella nostra casa per anziani lei beneficia di cure mediche sicure ed efficaci, garantite da diverse figure professionali che lavorano in team. Questo team curante registra il suo lavoro nella cartella sanitaria, un "diario" nel quale troviamo le informazioni sul suo stato di salute, utili per curarla bene. Di notte e nei giorni festivi capita che intervenga, al bisogno, un medico di picchetto: anch'egli avrà accesso a queste informazioni, così come il medico direttore sanitario che coordina e vigila sulle cure.

Tutto il team curante è comunque tenuto al rispetto del segreto medico nei confronti di terzi non coinvolti nelle cure, anche nei confronti di parenti, se lo desidera.

Restiamo a sua completa disposizione per qualsiasi domanda a proposito.

Il direttore sanitario  
Dr. Fabio Mondin

Nome		Data di nascita	
Cognome		Domicilio	

Dichiaro di aver letto e compreso le regole di accesso e di gestione delle informazioni sul mio stato di salute, che trovano il mio consenso. Svincolo parimenti i medici e il team curante di questa casa a informare e/o trasmettere i miei dati sanitari, proporzionalmente al bisogno di cure, a futuri medici (ospedalieri o ambulatoriali) che si occuperanno altrove di me. Questo svincolo ha validità fino alla sua revoca.

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

Firma: \_\_\_\_\_

*CONTRATTO DI ACCOGLIENZA*

# ALLEGATO 2

*FONDAZIONE CASA PER ANZIANI*

*GIUBIASCO*



Repubblica e Cantone Ticino  
Dipartimento della sanità e della socialità  
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie  
Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio  
Viale Officina 6  
6501 Bellinzona

Telefono +41 91 814 70 21

## Modulo per il calcolo della retta

Istituto:  
Anno di validità della retta:  
Data di inoltro della documentazione:

Cognome e nome:  
Domicilio:  
Numero d'assicurato AVS:  
Moltiplicatore d'imposta comunale:

### Reddito lordo

Rendita AVS  
Rendita AI  
Pensione del lavoro  
Vitalizi/altre rendite o pensioni (1)  
Reddito della sostanza (2)  
1/10 della sostanza (3)  
Altri redditi

### Totale reddito lordo annuale

### Deduzioni annuali

Imposte (4)  
Premi cassa malati e altri premi (4) e (5)  
Quote AVS/AI (4)  
Spillatico (6)  
Altre deduzioni

### Totale deduzioni annuali

Importo disponibile per retta

### Retta teorica giornaliera, arrotondata per ospite (7)

Prestazioni speciali da fatturare in aggiunta alla retta (8)

### Approvazione (timbro e firma)

### Redamo

Contro il presente calcolo è data facoltà di reclamo entro 15 giorni dalla data di intimazione da parte dell'Istituto all'interessato. Il reclamo dev'essere inoltrato a:  
Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, Viale Officina 6, 6501 Bellinzona.

- (1) Indicare quali.
- (2) In base alla notifica di tassazione di riferimento (vedi punto 2.1 delle Direttive).
- (3) Esente fr. 25'000.- per persona sola e fr. 40'000.- per coniugi, considerate anche sostanze oggetto di donazioni successive all'entrata in vigore della presente regolamentazione.
- (4) Importi relativi all'anno della notifica di tassazione di riferimento.
- (5) Assicurazioni vita e infortuni.
- (6) 15% del reddito lordo annuale.
- (7) Importo disponibile / 365.
- (8) In base al punto 4 delle Direttive.

*CONTRATTO DI ACCOGLIENZA*

# *ALLEGATO 3*

*FONDAZIONE CASA PER ANZIANI*

*GIUBIASCO*

*CONTRATTO DI ACCOGLIENZA*

# *ALLEGATO 4*

*FONDAZIONE CASA PER ANZIANI*

*GIUBIASCO*