

CONTRATTO PER LA FORNITURA DI PRESTAZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E LA STRUTTURA PRIVATA OSPEDALIERA "CENTRO CARDINAL FERRARI" DI FONTANELLATO – KOS CARE SRL (PR) PER IL TRIENNIO 2019/2021.

PREMESSO:

- Che l'Accordo Regionale n. 2329/2016 ad oggetto "Approvazione dell'accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Ospedali privati accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018" al punto 4.1 dell'art. 4, con riferimento al Budget 2 "Prestazioni extra USL" dispone che : *"le parti concordano che dall'anno 2017 il budget 2 sia unificato a livello regionale, con compensazioni contabili stabilite dalla Regione per compensare gli esuberi produttivi dei fatturati verso le singole AUSL e che gli Accordi da stipulare, di cui al precedente capoverso (obbligatori al superamento della soglia di € 250.000), abbiano valore solo qualitativo."*
- Che verso la struttura ospedaliera extra aziendale Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato (PR) della società KOS-Care SRL si è registrato un flusso di pazienti modenesi il cui valore economico supera i 250.000,00 – citati, tale da rendere necessario stipulare il presente contratto in ottemperanza a quanto previsto dall'accordo RER/AIOP sopra citato;

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale, con sede in Modena, Via San Giovanni del Cantone n. 23, C.F. 02241850367, in persona del Direttore Generale pro-tempore Dr. Massimo Annicchiario, nato a Taranto il 10/9/1958, nella sua qualità di legale rappresentante

E

L'unità locale "Centro Cardinal Ferrari" della società KOS CARE SRL" di Fontanellato (PR), di seguito denominata anche "Cardinal Ferrari", con sede in via IV Novembre n° 21 e sede legale in Milano in via Durini n.9, C.F. 01148190547, in persona del legale rappresentante dott. Enrico Brizioli nato a Macerata (MC) il 18/11/1960

RICHIAMATI:

- l'art.8 quinquies del D.Lgs 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la Delibera di Giunta n. 426 dell'1/03/2000 concernente le linee guida ed i criteri per la definizione degli accordi e dei contratti tra le Aziende USL e i diversi produttori pubblici e privati accreditati;
- la Deliberazione di Giunta della Regione Emilia-Romagna n.2068/2004 ad oggetto: "Sistema integrato di interventi sanitari e

socio-assistenziali con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni” e s.m.i.;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n.2125/2005 ad oggetto “ Piano sanitario regionale 1999/2001 – Approvazione Linee Guida per l’organizzazione delle rete regionale per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni dell’Emilia-Romagna (Progetto GRACER) secondo il modello HUB AND SPOKE” e s.m.i.;

Dato atto che il presente contratto è redatto in un unico esemplare informatico

CONSIDERATO CHE:

e' in via di conclusione la definizione del nuovo accordo AIOP/RER a cui le parti si atterranno al momento della conclusione

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

ART. 1: REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE

La struttura privata ospedaliera “Cardinal Ferrari”, è legittimata alla stipula del presente contratto in quanto:

- in possesso di autorizzazione sanitaria all’esercizio delle attività contrattate;
- accreditata istituzionalmente ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente;
- ha dichiarato nell’Accordo RER/AIOP e dichiara, con la sottoscrizione del presente contratto, di accettare il sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe regionali vigenti;
- la sua attività è funzionale alle scelte di programmazione regionale (e relativo fabbisogno), secondo quanto disposto dall’Accordo RER/AIOP;
- con la delibera di Giunta Regionale n.2125/2005 “è stata espressamente inserita nella “Rete regionale per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite dell’Emilia Romagna”;

ART. 2: OGGETTO

Il presente contratto, con la finalità specifica di governare i flussi di mobilità sanitaria intercorrenti tra l’Azienda USL di Modena e la struttura privata ospedaliera “Cardinal Ferrari” nonché di rendere appropriati i relativi percorsi assistenziali, disciplina la fornitura delle prestazioni ospedaliere di neuroriabilitazione cod.75 (GRACER) “extra USL” erogate dalla struttura privata ai cittadini residenti nella provincia di Modena, nell’ambito e secondo la disciplina prevista nell’Accordo RER/AIOP vigente in materia di attività extra aziendali.

Si conviene che l’Accordo RER/AIOP, nelle more di adozione del nuovo accordo, funga comunque da intesa quadro per la contrattazione locale, e si intendono, pertanto, richiamate tutte le disposizioni che nel presente contratto non formano oggetto di specifica pattuizione.

ART. 3: TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Il budget regionale (Budget 2) è destinato esclusivamente all'attività di neuroriabilitazione cod.75, richiesta dal fisiatra pubblico, finalizzata al recupero delle gravi cerebrolesioni acquisite (GRACER).

L'attività di riabilitazione intensiva cod. 56 non è ammessa, fatti salvi i casi espressamente autorizzati dall'AUSL di Modena la cui spesa rientra comunque nel tetto previsto a livello regionale: in questa casistica sono compresi anche gli eventuali trasferimenti interni.

ART. 4: PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI A PARTIRE DAL RICOVERO IN HUB/HUB-SPOKE.

Entro 10-15 giorni dall'ingresso del paziente, il "Cardinal Ferrari", comunica alla PEC GDA dell'Azienda USL di Modena (GDA@ausl.mo.pec) l'avvenuta presa in carico in ricovero del paziente e la prima valutazione socio sanitaria (vedi scheda M05, all.1).

L'Unità Territoriale distrettuale dell'AUSL di Modena, composta dal Responsabile dell'Area Fragili e dal Fisiatra, ricevuta la scheda M05 (visualizzata sulla cartella condivisa GDA), contatta il Cardinal Ferrari per fissare un primo incontro in sede di ricovero anche in presenza del paziente e dei familiari, per la definizione e condivisione del progetto individuale. L'incontro sarà effettuato entro 40 gg dall'ingresso nella struttura privata. In tale sede verrà presentata e condivisa la sintesi del progetto riabilitativo (vedi scheda M006, all.2). Nel corso dell'incontro verrà affrontato anche l'eventuale progettazione degli ausili individuali. Nell'incontro verrà compilata la scheda BARTHEL secondo la DGR 2068/2004 e sarà effettuata una pre-valutazione della necessità di attivare l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) per la dimissione protetta. Se si valuta necessaria l'UVM, ne viene stabilita la data durante l'incontro. L'Unità territoriale distrettuale dell'AUSL avrà cura di fornire ai familiari tutte le informazioni utili per la gestione della situazione sia durante la fase di ricovero che in vista della dimissione e si farà carico già in questa fase, quando necessario, di attivare i diversi Servizi della rete a supporto della famiglia (es. S. Sociale, CAAD).

Ogni cambiamento significativo relativo ai tempi/bisogni/evoluzione del progetto che dovesse emergere nel corso del ricovero deve essere tempestivamente comunicato e motivato dal Cardinal Ferrari alla PEC GDA dell'AUSL. Sarà cura dell'Unità territoriale distrettuale dell'AUSL contattare il Cardinal Ferrari e valutare la situazione anche programmando, se necessario, un nuovo accesso in sede.

In sede di UVM di dimissione protetta (allargata a tutti gli operatori territoriali coinvolti o da coinvolgere sul caso), il Cardinal Ferrari consegna la scheda pre-dimissioni (scheda M07, all.3). Alla UVM partecipano sempre anche i familiari ed il paziente, quando in grado. Verrà contestualmente ricompilata la scheda BARTHEL secondo la DGR 2068/2004. In questa fase verrà posta particolare attenzione alla progettazione degli eventuali ausili.

Per le persone per cui non si ritiene necessario attivare la dimissione protetta in UVM, il Cardinal Ferrari si impegna a inviare la scheda modello M07

(all.3) all'indirizzo PEC GDA dell'Azienda almeno 40 gg prima della presumibile data di dimissione.

Il giorno della dimissione il Cardinal Ferrari invia alla PEC GDA dell'AUSL la comunicazione di dimissione (scheda M106, all.4).

In caso di decesso, il Cardinal Ferrari invia alla PEC GDA la comunicazione di decesso (scheda M106D, all.5)

Tenuto conto che la presa in carico territoriale avviene durante il primo incontro in sede, i referenti per il Cardinal Ferrari e per la famiglia durante il periodo di ricovero sono gli operatori dell'Unità Territoriale Distrettuale (Responsabile Area Fragili e Fisiatra), che avranno cura di mantenere i contatti con tutti i professionisti della rete territoriale coinvolti/da coinvolgere nella gestione della situazione e di convocarli all'UVM di dimissione protetta.

ART. 5: REQUISITI DI QUALITA'.

La struttura privata dovrà svolgere la propria attività nel rispetto dei criteri di accesso, efficacia ed appropriatezza clinico-organizzativa previsti dalla normativa nazionale e regionale, impegnandosi altresì a rispettare i requisiti prescritti in materia igienico-sanitaria, protezionistica, di sicurezza strutturale, ambientale, tecnologica, di professionalità e di qualità globale. L'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze professionali, tecnologiche o strumentali che possano pregiudicare la sicurezza degli assistiti.

La struttura privata garantisce in particolare:

- il rispetto della normativa di legge in merito alla compilazione e alla regolare tenuta della documentazione sanitaria, con particolare riferimento ad una completa, chiara e corretta compilazione della cartella clinica in ogni sua parte: diario clinico, diario infermieristico, registro operatorio, scheda di terapia, lettera di dimissione, al fine di attestare l'iter diagnostico-terapeutico del paziente;
- la corretta e completa compilazione della SDO, assicurando la congruità con i dati presenti nella cartella clinica, con particolare riferimento alla codifica delle diagnosi e delle prestazioni sanitarie. Tale codifica dovrà opportunamente e doverosamente conformarsi ai criteri normativi regionali (Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della SDO e successivi aggiornamenti) al fine di evitare una errata valorizzazione economica delle prestazioni erogate;
- la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi;
- la corretta informazione ai soggetti che ne hanno diritto sui percorsi diagnostici e/o terapeutici relativi alle patologie trattate oltre che sulle modalità e i riflessi amministrativi delle prestazioni;
- la formazione continua dei propri dipendenti ed operatori, sia per gli aspetti tecnico-professionali che per gli aspetti di umanizzazione e di corretta relazione con il paziente, che per ogni aspetto inerente la gestione della documentazione clinica ed amministrativa, oltre che

per ogni ulteriore aspetto inerente la rilevazione informativa, il monitoraggio ed il controllo del presente contratto.

ART. 6: NORMATIVA PROTEZIONE DATI

Ai fini della corretta gestione dei dati personali oggetto del contratto, l'Azienda USL di Modena, Titolare del trattamento dei dati, provvede a nominare la struttura privata "Responsabile del trattamento" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (c.d. GDPR - General Data Protection Regulation n 679/2016).

La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del GDPR.

La struttura privata, Responsabile del trattamento, deve pertanto garantire di adottare le misure tecniche e organizzative adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla Azienda USL di Modena sia conforme ai requisiti del GDPR, e idonee a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla Azienda stessa.

ART. 7: TARIFFE, FATTURAZIONE E PAGAMENTI.

In materia di tariffe, fatturazione e pagamenti, si intendono qui riportate le direttive regionali in materia.

Tutti i ricoveri dovranno essere rendicontati nella Banca dati SDO e saranno remunerati sulla base delle tariffe validate dalla Regione e nel rispetto dei tetti regionali fissati di anno in anno dalla Regione per il cd. Budget 2, così come previsto nell'Accordo Regione – AIOP in tema di ricoveri della rete ospedaliera privata accreditata.

ART.8: CONTROLLI SANITARI

I controlli sono effettuati in coerenza con la normativa vigente con specifico riferimento alla DGR 354/2012 ed al Piano Annuale Controlli (PAC) predisposto dalla Regione di cui alla determina n. 8104 del 29.5.2018.

I controlli esterni vengono effettuati dal Nucleo Aziendale Controlli (NAC) che svolge un ruolo di "governance" dell'intero sistema di controllo dei ricoveri mirato a garantire la corrispondenza con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli (PAC) e con quanto previsto negli accordi di fornitura locali.

Gli obiettivi principali da perseguire sono:

- fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo anti economico o opportunistico delle risorse;
- concentrare l'attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa;
- avvio di un confronto coordinato tra i servizi di committenza delle aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private del territorio.

In merito ai controlli interni, ai sensi della normativa citata, la struttura privata si impegna a sottoporre a controllo ogni aspetto inerente ai seguenti punti:

- la qualità e completezza della documentazione sanitaria mediante l'utilizzo delle indicazioni, degli strumenti e delle metodologie previste dalla DGR 1706/2009;

- corretta codifica della SDO mediante applicazione delle Linee guida SDO nazionali approvate in Conferenza Stato Regioni con rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010 e delle Linee Guida SDO regionali approvate con successive determinazioni;

- appropriatezza organizzativa secondo i volumi e le tipologie previste dal Piano Annuale Controlli Regionali con impegno a mettere a disposizione del NAC provinciale i dati analitici relativi ai controlli effettuati a cadenza semestrale secondo quanto già previsto nel protocollo provinciale controlli;

- appropriatezza clinica.

In caso di accertata inappropriata clinico-organizzativa delle prestazioni contestate, alla struttura privata non verrà rimborsato il valore delle relative prestazioni.

La struttura privata svolgerà ulteriori controlli interni previsti dalla normativa vigente, con particolare riferimento ai seguenti ambiti: accessibilità, continuità assistenziale, qualità dell'assistenza percepita dall'utente, osservanza delle indicazioni contenute nella Carta dei Servizi, alla regolare registrazione delle prenotazioni di ricovero e delle liste di attesa a norma dell'art. 3 comma 8 della L.724/94.

Qualora emergessero eventuali divergenze rispetto agli obiettivi prefissati in sede di stesura del contratto e/o particolari situazioni che segnalino carenze tecnico-organizzative e/o assistenziali di comprovata gravità, l'Azienda USL si riserva, inoltre, ogni attività di ispezione e controllo riferita dalla legislazione vigente alla propria competenza e inerente alla regolare esecuzione del contratto.

ART.9: EFFICACIA E VALIDITÀ

La validità del presente contratto è stabilita in tre anni e decorre dal 01/06/2019 al 31/12/2021, fatta salva la necessità di procedere a modifiche concordate, anche in corso d'anno, in conseguenza di nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche, nazionali, regionali o locali.

Si intendono applicate di diritto le disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto con particolare riferimento al nuovo accordo regionale in materia.

La validità dell'accordo è condizionata dalla permanenza dei presupposti di accreditamento della struttura.

ART.10: REGISTRAZIONE E REGIME FISCALE

Il presente contratto viene sottoscritto con firma digitale giusta la previsione di cui all'art. 6, co. 6 del D.L. 145/2013 convertito con L. 9/2014. L'imposta di bollo sull'originale informatico, di cui all'art. 2 della Tabella Allegato A – Tariffa Parte I del D.P.R. n. 642/1972, è assolta dall'AUSL di Modena; le spese di bollo sono a carico della parte privata.

Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 131/86. Le spese di registrazione sono a carico esclusivo della parte che la richiede.

ART.11: FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie inerenti l'interpretazione e l'esecuzione del presente contratto è competente il Foro di Modena. Le parti si impegnano ad esperire preventivamente una bonaria composizione.

ART. 12: NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si rinvia alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile, penale e agli accordi regionali e locali in vigore precisando che verranno applicate di diritto tutte le disposizioni normative, nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso di esecuzione del contratto.

ART. 13: CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e seguenti del codice civile, la parte dichiara di avere preso attenta visione e di accettare espressamente la clausola riferita al Foro Competente del presente contratto.

La parte contraente che accetta la deroga relativa al foro competente: (firma della parte privata).....

Letto e sottoscritto

Il Direttore Generale
Azienda USL di Modena
Dott. Massimo Annichiarico

Il Direttore Generale
Centro Cardinal Ferrari KOS CARE
Dott. Enrico Brizioli

Imposta di bollo assolta come documento informatico, ai sensi del DMEF

17 Giugno 2014.

Importo bollo € 96,00

Alla cortese attenzione di
scrivere: Team GDA – Azienda USL di Modena

.....
Sede INAIL di competenza
.....
.....
.....

AVVENUTA PRESA IN CARICO PAZIENTE
VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

Cognome Nome Data di nascita

Residenza

ASL di appartenenza Distretto

Data dell'evento lesivo

Data di ricovero

Accolto nell'Unità Operativa:

Area Intensiva

U.O. Gravi cerebrolesioni acquisite

Unità Spinale

U.O. Degenze Specialistiche

Diagnosi di ingresso

.....
.....

Origine della lesione

Traumatica

Non Traumatica

Dati sociali essenziali

Cittadinanza:.....

Situazione abitativa al momento dell'ingresso

Adeguata

Da adeguare

Da verificare

Altre informazioni.....

.....

Composizione del nucleo familiare

Coniuge/Partner

Genitori

Persone non della famiglia

Fratelli/sorelle

Altri parenti

Nessuno

Figli/figlie

Non ancora noti

Presentata istanza Amm.

Presentata Istanza Inval.

Sostegno

civile/L. 104

Previsioni sulla posizione Assicurativa

Invalido civile

I.N.A.I.L.

Logo Hub / H/S

Causa di servizio

Altro (specificare)

Nominativo Medico referente

Nominativo Case Manager Riabilitativo referente

e-mail@.....

Nominativo Case Manager Infermieristico referente

e-mail@.....

L'Ospedale è a disposizione per fornire tutte le informazioni aggiuntive per voi utili.

L'Operatore addetto all'Accettazione/Accoglienza

.....

Data:

Per informazioni:

Ufficio Accettazione/Accoglienza

Tel.

Fax.

E-Mail

ALLEGATO 2

Alla cortese attenzione di
[scrivere: Team GDA AUSL di Modena]

.....
altri riferimenti individuati
.....

.....
Sede INAIL di competenza
.....

AVVENUTA PRESA IN CARICO PAZIENTE - VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

Cognome Nome Data di nascita

Residenza

Cittadinanza:.....

ASL di appartenenza Distretto

Data dell'evento lesivo

Data di ricovero.....

Accolto nell'Unità Operativa:

- Area Intensiva
- Unità Spinale
- U.O. Gravi cerebrolesioni acquisite
- U.O. Degenze Specialistiche

Diagnosi di ingresso

.....
.....

Origine della lesione: Traumatica Non Traumatica

Dati sociali:

Stato civile

- celibe/nubile
- convivente
- coniugato/a
- separato/a
- divorziato/a
- vedovo/a

Titolo di studio

- non scolarizzato
- licenza elementare
- licenza media
- diploma di scuola media superiore
- laurea
- altro

Professione

- casalinga
- pensionato/a
- operaio
- lavoratore autonomo
- studente
- impiegato
- libero professionista
- altro.....

Settore occupazione

- industria
- agricolo
- commerciale
- III settore
- altro

Composizione del nucleo familiare

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coniuge/Partner <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> Figli/figlie | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Altri parenti | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Persone non della famiglia <input type="checkbox"/> Nessuno |
|--|---|---|

Situazione familiare

- famiglia non presente
- famiglia non disponibile
- famiglia collaborante
- famiglia che necessita di supporto
- altro.....

Situazione abitativa al momento dell'ingresso

- Adeguata
 - Da adeguare
 - Da verificare
 - Altre informazioni.....
-

Valutazione del domicilio

- da programmare non necessaria

Previsioni sulla posizione Assicurativa

- Invalido civile
- I.N.A.I.L.
- Causa di servizio
- Altro (specificare)

Familiare di riferimento

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____ TEL. _____

Individuazione del care giver

- non necessario da identificare identificato:

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____ TEL. _____

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____ TEL. _____

Addestramento del care giver

- concluso avviato da programmare

Si allega sintesi del progetto riabilitativo condiviso con il paziente e con i suoi familiari, affinché sia possibile attivare tempestivamente ogni percorso utile.

Durata ipotetica del ricovero

Nominativo Medico referente

Nominativo Case Manager Riabilitativo referente

e-mail@.....

Nominativo Case Manager Infermieristico referente

e-mail@.....

L'Ospedale è a disposizione per fornire tutte le informazioni aggiuntive per voi utili.

L'Operatore

.....

Data:

Per informazioni:

Assistenti Sociali:

.....
.....

E-Mail:

Telefono:

- Il paziente ha autorizzato l'attivazione della procedura nonché il trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa sulla privacy (D.Lg 196 del 30 giugno 2003)
- Le informazioni vengono fornite in forma anonima perché il paziente NON ha autorizzato l'attivazione della procedura nonché il trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa sulla privacy (D.Lg 196 del 30 giugno 2003)

Alla cortese attenzione di
[scrivere: Team GDA Azienda USL di Modena]

.....
altri riferimenti individuati

.....
Sede INAIL di competenza

SCHEDA PRE-DIMISSIONI

Con riferimento alla situazione del paziente qui ricoverato:

Cognome e nome

Con riferimento alle nostre comunicazioni del:

.....

Si informa che la dimissione è prevista per il giorno

Diagnosi

.....

.....

Valutazione del domicilio

da programmare non necessaria già effettuata

Familiare di riferimento

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____ TEL. _____

Individuazione del care giver

non necessario da identificare identificato:

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____ TEL. _____

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____ TEL. _____

Addestramento del care giver

concluso avviato da programmare

Posizione assicurativa

Visita per accertamento di invalidità civile per rogatoria richiesta all'Azienda Usl di Imola

effettuata il

non ancora effettuata

INAIL

Ausili:

Ausili per la degenza

	<u>Previsto</u>	<u>Prescritto</u>	<u>Fornito</u>	<u>Collaudato</u>
• Carrozzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cuscino antidecubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro

Ausili per il domicilio

	<u>Consigliato</u>	<u>Prescritto</u>
• Carrozzina elettrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Materasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sollevatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Montascale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sedia WC-doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausili per incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausili respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Standing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro

Note: si suggerisce.....

.....

.....

Autonomie:

Mobilità

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> deambula autonomamente | <input type="checkbox"/> utilizza la carrozzina |
| <input type="checkbox"/> deambula con ausilio | <input type="checkbox"/> allettamento |

Altre informazioni per la dimissione:

Comunicazione/interazione

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orientato | <input type="checkbox"/> disorientato |
| <input type="checkbox"/> collaborante | <input type="checkbox"/> non collaborante |
| <input type="checkbox"/> afasico | <input type="checkbox"/> disturbi cognitivi comportamentali |
| <input type="checkbox"/> sa esprimere i propri bisogni | <input type="checkbox"/> non sa esprimere i propri bisogni |

Note:.....

.....

.....

.....

Alimentazione

- si alimenta autonomamente
- necessita di assistenza/supervisione
- nutrizione artificiale: SNG PEG

Note:

.....

.....

Respirazione

- respiro spontaneo ventilazione meccanica assistita
- O₂-terapia cannula tracheostomica

Note:.....

.....

Lesioni da pressione

- assenti
- LDD → Sede Grado.....
- Sede Grado.....
- Sede Grado.....

Note:.....

- Altre ferite o lesioni da medicare:
- Sede Tipo di ferita
- Sede Tipo di ferita

Note:.....

.....

	Autonoma	Necessita di Assistenza Totale	Necessita di Assistenza
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestione delle funzioni autonome

	Autonoma	Necessita di Assistenza
Vescica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Necessita di ausili per l'incontinenza SI NO

Note:

.....

.....

.....

Azione attivate nell'ambito del Programma Abilitazione e Vita Indipendente

- Scuola in Ospedale
- Laboratori
- Uscite riabilitative
- Informazioni sull'acquisizione della patente di guida adattata
- Accesso alla Consulenza alla pari
- Altro

Problematiche particolari da segnalare

.....
.....
.....

Riformulazione del progetto riabilitativo: segue allegato

Nominativo Medico Referente

Nominativo Case Manager Riabilitativo Referente

E-mail

Nominativo Case Manager Infermieristico Referente

E-mail

Data

Il Compilatore

Cognome e Nome

Qualifica

Firma

-
- Il paziente ha autorizzato l'attivazione della procedura nonché il trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa sulla privacy (D.Lg 196 del 30 giugno 2003)
 - Le informazioni vengono fornite in forma anonima perché il paziente NON ha autorizzato l'attivazione della procedura nonché il trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa sulla privacy (D.Lg 196 del 30 giugno 2003)

Alla cortese attenzione di

[scrivere: Team GDA Azienda USL di Modena]

.....
Sede INAIL di competenza
.....
.....
.....
.....
.....

COMUNICAZIONE DI DIMISSIONE

Con riferimento alla situazione del paziente qui ricoverato

Cognome Nome

di cui alle nostre del.....

Si comunica che la dimissione è prevista per il GIORNO

la scheda infermieristica di dimissione sarà allegata alla lettera di dimissione

Nominativo Medico Referente

Il Case manager Infermieristico di riferimento, che potrete contattare per qualsiasi informazione sul paziente, è
telefonomail.....

L’Ospedale è a disposizione per fornire tutte le informazioni aggiuntive per voi utili.

Data

L’Operatore addetto all’Accettazione/Accoglienza

.....