

CONTRATTO PER LA PROGRAMMAZIONE DELLA FORNITURA DI PRESTAZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA TRA L'AZIENDA USL DI MODENA E LA STRUTTURA OSPEDALIERA MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE S.P.A DI IMOLA PER IL TRIENNIO 2019-2021.

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

La struttura ospedaliera "Montecatone Rehabilitation Institute S.P.A", di seguito denominata anche struttura ospedaliera, con sede legale in Imola (Bo) – Via Montecatone n. 37 – codice fiscale 01789031208, nella persona del Direttore Generale dott. Ing. Mario Tubertini nato a Castel San Pietro dell'Emilia (BO) il 23/09/1955 e residente per la carica in Imola (BO) presso la Montecatone Rehabilitation Institute.

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 deliberazione della 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" che individua le funzioni e le modalità organizzative della rete per la riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni e s.m.i.;
- la deliberazione n.136/2008 avente ad oggetto "Approvazione Linee guida per la organizzazione della Rete regionale per la riabilitazione delle Gravi Mielolesioni dell'Emilia Romagna", che individua le funzioni e le modalità organizzative della rete per la riabilitazione delle Gravi Mielolesioni e s.m.i.;

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

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

ART. 1: REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE

La struttura ospedaliera “Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. di Imola”, 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;
- 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”;
- con la delibera di Giunta Regionale n. 136/2008 viene identificata come centro Hub, ovvero come struttura complessa di alta specialità di medicina riabilitativa intensiva –cod.28 per la riabilitazione delle Gravi Mielolesioni.

ART. 2: OGGETTO E TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI

Il presente contratto, con la finalità specifica di governare i flussi di mobilità sanitaria intercorrenti tra l’Azienda USL di Modena e la struttura ospedaliera “Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. di Imola ” nonché di garantire l’appropriatezza dei relativi percorsi assistenziali, disciplina la fornitura delle prestazioni ospedaliere di neuroriabilitazione cod.75 (GRACER) e le prestazioni ospedaliere afferenti alla Unità Spinale cod. 28 “extra USL”, prescritte dal fisiatra pubblico, erogate da Montecatone R.I. ai cittadini residenti nella provincia di Modena.

L’attività di riabilitazione intensiva cod. 56, ordinaria e day hospital, non è ammessa, fatti salvi i casi espressamente autorizzati dai fisiatri che hanno in carico il paziente presso l’AUSL di Modena la cui spesa dovrà comunque rientrare nei flussi di mobilità sanitaria e sarà remunerata secondo le regole regionali disciplinanti la materia: in questa casistica rientrano 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, la struttura ospedaliera “Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.”, comunica alla PEC GDA dell’AUSL 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 (all.1) (visualizzata sulla cartella condivisa GDA), contatta la struttura ospedaliera “Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A” per fissare un primo incontro in sede di ricovero anche in presenza del paziente e dei famigliari, per la definizione e condivisione del progetto individuale. L’incontro sarà effettuato entro 40 gg dall’ingresso nella struttura ospedaliera. 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 2068/2014 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 dalla struttura ospedaliera "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A" alla PEC GDA dell'AUSL. Sarà cura dell'Unità territoriale distrettuale dell'AUSL contattare la struttura ospedaliera 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), la struttura ospedaliera 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, la struttura ospedaliera "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A" 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 la struttura ospedaliera "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A" invia alla PEC GDA dell'AUSL la comunicazione di dimissione (scheda M106, all.4).

In caso di decesso, la struttura ospedaliera 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 "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A" 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 ospedaliera "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A." 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 ospedaliera 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 ospedaliera "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A." 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 ospedaliera, 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 E REMUNERAZIONE.

In materia di tariffe e remunerazione 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 secondo le regole disciplinanti gli scambi di mobilità infraregionale.

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 ospedaliera 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 determine;

- 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 ospedaliera non verrà rimborsato il valore delle relative prestazioni.

La struttura ospedaliera “Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.” 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.

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

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 struttura ospedaliera "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A."

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 struttura ospedaliera)

Letto e sottoscritto

Il Direttore Generale
Azienda USL di Modena
Dott. Massimo Annichiarico

Il Direttore Generale
Montecatone R.I.
Dott. Ing. Mario Tubertini

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 Nessuno Non ancora noti
Fratelli/sorelle	Altri parenti	
Figli/figlie		
Presentata istanza Amm. Sostegno	Presentata Istanza Inval. 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

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge/Partner | <input type="checkbox"/> Genitori | <input type="checkbox"/> Persone non della famiglia | |
| <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle | <input type="checkbox"/> Altri parenti | | <input type="checkbox"/> Nessuno |
| <input type="checkbox"/> Figli/figlie | | | |

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:.....

.....

.....

.....

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

.....