

**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 (PR) –  
KOS CARE S.R.L. PER IL TRIENNIO 2022 - 2024.**

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 Dott. Antonio Brambilla,  
nato a Cologno Monzese (MI) il 26.12.1954, nella sua qualità di legale rappresentante

E

L'unità locale "Centro Cardinal Ferrari" della società KOS CARE S.R.L., di  
Fontanellato (PR), di seguito denominata anche "la Struttura Privata" 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 Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992 (D. lgs.502/92)  
e successive modificazioni ed integrazioni;

- 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";

- il Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana  
Ospedalità Privata (AIOP) - Sezione Emilia-Romagna - sottoscritto il 20 novembre  
2019 - per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni

ospedaliera (Prot. N. RP/2019/630 del 21.11.2019), con cui è stato prorogato sino al

31 dicembre 2019 l'Accordo Regionale di cui alla DGR 2329/16, sopra citato e sono

state definite le linee di indirizzo dell'Accordo quadro per il successivo triennio;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1541 del 09.11.2020,

a oggetto l'approvazione del "Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e

l'Associazione Italiana di Ospedalità privata (AIOP) – sezione Emilia-Romagna per la

regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere –

2020";

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna. n. 426 dell'1.03.2000

concernente le linee guida e i criteri per la definizione degli accordi e dei contratti tra

le Aziende USL e i diversi produttori pubblici e privati accreditati;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 2068 del 18.10.2004,

a oggetto: "Sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali con gravissime

disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni" e ss.mm.ii;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 2125 del 19.12.2005,

a oggetto l'approvazione del documento "Rete regionale per la riabilitazione delle

gravi cerebrolesioni acquisite dell'Emilia-Romagna (progetto GRACER)", recante

linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle Gravi

Cerebrolesioni Acquisite dell'Emilia-Romagna secondo il modello "HUB e SPOKE" e

ss.mm.ii;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 53 del 21.01.2013 a

oggetto "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in

materia di accreditamento" le successive Delibere (n. 624/2013, n. 865/2014, n.

1311/2014, n. 1314/2015 e n. 1604/2015) che hanno apportato modifiche alla stessa

e che si intendono qui richiamate;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1943 del 04.12.2017

“Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 973 del 18.06.2019

“Aggiornamento indirizzi di programmazione regionale in tema di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e ulteriori disposizioni in materia”;

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 466 del 06.04.2021

“Aggiornamento indirizzi di programmazione regionale in tema di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private”;

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

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

#### ART. 1: REQUISITI DI LEGITTIMAZIONE CONTRATTUALE

La Struttura Privata è legittimata alla stipula del presente contratto in quanto:

- in possesso di autorizzazione sanitaria all’esercizio delle attività contrattate;
- accreditata istituzionalmente con determinazioni del Direttore Generale Cura

della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 3326 del 05.04.2013 e n. 5150 del 04.04.2016 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 della Regione Emilia Romagna n. 2125 del 19.12.2005, sopra richiamata, 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 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 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: 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 Privata 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 la Struttura Privata 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 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 personalizzati.

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'Azienda USL avrà cura di fornire ai familiari tutte le informazioni utili per la gestione del percorso clinico assistenziale 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 socio sanitaria 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 Privata alla PEC GDA dell'Azienda USL di Modena. Sarà cura dell'Unità territoriale distrettuale dell'AUSL contattare la Struttura Privata 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 Privata consegna la scheda pre-dimissioni (scheda M07, all.3). Alla UVM partecipano sempre anche i famigliari 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. Resta inteso fin d'ora che l'erogazione dell'ausilio individuale dovrà essere effettuata da un fornitore sito in prossimità della residenza del paziente. Per le persone per cui non si ritiene necessario attivare la dimissione protetta in UVM, la Struttura Privata si impegna a inviare la scheda modello M07 (all.3) - previamente condivisa con i competenti uffici dell'Azienda USL di Modena - all'indirizzo PEC GDA dell'Azienda almeno 40 gg prima della presumibile data di dimissione. Il giorno della dimissione la Struttura Privata invia alla PEC GDA dell'AUSL la comunicazione di dimissione (scheda M106, all.4). In caso di decesso,

la Struttura Privata invia tempestiva comunicazione alla PEC GDA. Tenuto conto che la presa in carico territoriale avviene durante il primo incontro in sede, i referenti per la Struttura Privata 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 socio sanitaria coinvolti/da coinvolgere nella gestione del percorso clinico socio assistenziale e di convocarli all'UVM di dimissione protetta. Resta fin d'ora inteso che, nel precipuo interesse del paziente, nel corso della degenza dello stesso presso la Struttura Privata, l'equipe territoriale potrebbe liberamente adire a valutazione del paziente al fine di monitorarne l'evoluzione clinica, in condivisione con i professionisti della Struttura Privata che ha in carico il paziente.

#### ART. 4: 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.

In particolare, la Struttura Privata garantisce:

- 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. 5: NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L'Azienda Usl di Modena e la Struttura Privata, si danno reciprocamente atto che ciascuna parte resta Titolare autonomo del trattamento dei dati dei pazienti, impegnandosi al rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR e D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.) e in particolare dei principi di liceità e di minimalizzazione del trattamento. Ciascuna parte si impegna altresì ad adottare le misure tecniche e organizzative più opportune per garantire l'integrità e la sicurezza dei dati e per facilitare lo scambio delle informazioni e del materiale documentale utile alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie,

nei limiti e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di flussi informativi. Le parti concordano inoltre che ciascuna sarà responsabile della corretta applicazione della citata normativa, manlevando sin da ora l'altra parte da qualsiasi e qualsivoglia conseguenza negativa, anche indiretta (ivi compresi eventuali danni di immagine), che dovesse derivare da un parziale o mancato adeguamento alla normativa stessa.

#### ART. 6: 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. 7: CONTROLLI SANITARI

I controlli sono effettuati tramite analisi delle banche dati e verifiche dei percorsi di cura da parte dei fisiatri del territorio di appartenenza dei pazienti. In caso di anomalie rilevate dall'analisi della casistica o di specifiche segnalazioni i controlli su cartelle cliniche chiuse verranno effettuati in coerenza con la normativa vigente con specifico riferimento alla Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 354 del 26.03.2012 ed al Piano Annuale Controlli (PAC) predisposto dalla Regione di cui alla determina n.16605 del 28.09.2020.

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, mediante controlli sulla corretta codifica delle prestazioni e sul corretto setting di erogazione;



- concentrare l'attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa;

- valutare la congruenza dei percorsi di accesso, di presa in carico, di trasferimento e di dimissione con quanto previsto dai protocolli e dai PDTA provinciali con particolare attenzione a garantire la omogeneità dei comportamenti ai fini della equità e la continuità terapeutica in un'ottica di integrazione di ospedale-territorio;

- appropriatezza clinica secondo le indicazioni della Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 354 del 26.03.2012 e dei Piani di Controllo Regionali via via elaborati;

- avvio di un confronto coordinato sulle risultanze dei controlli effettuati tra i servizi di committenza delle aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private.

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 Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n.1706 del 9.11.2009;

- la 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;

- 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. 8: ADESIONE AL FLUSSO GrAp GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

In caso di possesso di grandi apparecchiature sanitarie, la Struttura Privata aderisce al "Flusso GrAp" (Grandi Apparecchiature Sanitarie) in ottemperanza a quanto previsto dal DM 22.04.2014 e si impegna, contestualmente alla sottoscrizione del presente contratto, a ottemperare a quanto previsto in ordine all'obbligo informativo di cui alla nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare prot. 06879/21 del 29.01.2021. La Regione Emilia Romagna è tenuta alla verifica, da parte del Comitato LEA, degli adempimenti previsti dall'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23/03/2005 in merito al monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie.

#### ART. 9: INCOMPATIBILITA' - ALTRI OBBLIGHI - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

L'Azienda USL, ai sensi della L. 190/2012 e del Decreto Legislativo 33 del 14.03.2013 (D.lgs. 33/2013) e ss.mm.ii., dichiara di aver adottato con Delibera n. 115 del 31.03.2021 il "Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023" e con Delibera n. 143 del 29.08.2018 il "Codice di

Comportamento Aziendale" di cui al DPR. 62/2013. Tali atti risultano pubblicati sul sito internet aziendale e sono accessibili all'indirizzo:

<http://www.ausl.mo.it/integrita>

<http://www.ausl.mo.it/trasparenza>

L'Azienda USL e la Struttura Privata si impegnano a dare piena attuazione delle regole e principi in essi contenuti. La Struttura Privata, richiamato il regime delle incompatibilità previsto dalla normativa nazionale vigente e dall'art 5 lett. E) dell'Accordo RER/AIOP n. 2329/16, si dichiara consapevole che è fatto divieto alle strutture private accreditate di prevedere nel proprio organico, in toto o parzialmente, consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità, che si deve intendere riferito all'attività professionale sanitaria ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio. Con cadenza annuale e ogni qualvolta si verificano modifiche in seno all'organico, la Struttura Privata si impegna a fornire all' Azienda USL l'elenco nominativo del personale dipendente e dei propri collaboratori. Tramite i propri funzionari opportunamente identificabili, l'Azienda USL potrà effettuare, in qualsiasi momento e senza preavviso, eventuali ispezioni presso la struttura ai fini dell'accertamento di quanto previsto dal presente articolo. L'accertata esistenza delle situazioni di incompatibilità potrà comportare la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., previa formale diffida all'eliminazione dei rapporti di cui sia stata verificata l'incompatibilità e successiva perdurante inadempienza. La valutazione operata dall'Azienda USL sulla gravità dell'inadempimento ai fini dell'applicazione della Clausola risolutiva espressa di cui all'art. 1456 c.c. citato, dovrà tenere conto della comprovata buona fede nell'esecuzione del contratto da parte della Struttura Privata.

Inoltre, la Struttura Privata si impegna:

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 41, comma 6, del D.lgs. n. 33/2013 di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", che si declina ulteriormente: si impegna espressamente a prevedere sul proprio sito aziendale, nell'apposita sezione denominata «Liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, secondo i tempi e le modalità concordati con l'Azienda USL;

- all'osservanza di quanto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del Decreto Legislativo n. 165 del 30.03.2001, che si declina ulteriormente: si impegna espressamente a non impiegare nella propria struttura il personale che, negli ultimi tre anni di servizio, ha esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei confronti della struttura medesima. Tale vincolo si protrae nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego presso l'Azienda. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto alla Struttura Privata che li avesse conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

#### ART. 10: EFFICACIA E VALIDITÀ

La validità del presente contratto è stabilita in 3 (tre) anni e decorre dal 01/01/2022 al 31/12/2024, fatta salva la necessità di procedere a modifiche in conseguenza di nuove e diverse disposizioni normative o programmatiche, nazionali, regionali o locali. Qualora le parti non riescano ad addivenire alla conclusione del nuovo contratto entro il 31/12/2024, si conviene, per garantire senza soluzione di continuità l'attività assistenziale, che il presente contratto continui ad esplicare la propria efficacia fino al 30/06/2025. Verranno applicate di diritto tutte 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 autorizzazione e accreditamento della struttura. L'Azienda USL, inoltre, si riserva la facoltà di recesso immediato dal contratto nel caso in cui, nella gestione e proprietà della Struttura Privata, vengano accertate infiltrazioni mafiose da parte della Prefettura.

#### ART. 11: 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. 12: FORO COMPETENTE

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

#### ART. 13: 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. 14: CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e seguenti del codice civile, la Struttura Privata dichiara di avere preso attenta visione e di accettare espressamente l'articolo 9: "Incompatibilità - altri obblighi - clausola risolutiva espressa", l'articolo 10: "Efficacia e validità" e l'art. 12: "Foro Competente" del presente contratto.

La parte contraente che accetta: (firma della Struttura Privata)

(Firmato digitalmente)

Letto, confermato e sottoscritto, in modalità digitale, in difetto di contestualità spazio/temporale, ai sensi dell'articolo 21 del D. Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii.

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Azienda USL di Modena

KOS CARE S.R.L.

Dott. Antonio Brambilla

Centro Cardinal Ferrari

(firmato digitalmente)

Dott. Enrico Brizioli

(firmato digitalmente)

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:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Intensiva | <input type="checkbox"/> U.O. Gravi cerebrolesioni acquisite |
| <input type="checkbox"/> Unità Spinale  | <input type="checkbox"/> U.O. Degenze Specialistiche .....   |

Diagnosi di ingresso .....

Origine della lesione

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Traumatica | <input type="checkbox"/> Non Traumatica |
|-------------------------------------|---|

**Dati sociali essenziali**

**Cittadinanza:** .....

**Situazione abitativa al momento dell'ingresso**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Adeguata                |
| <input type="checkbox"/> Da adeguare             |
| <input type="checkbox"/> Da verificare           |
| <input type="checkbox"/> Altre informazioni..... |

**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                     |  | <input type="checkbox"/> Non ancora noti            |
| <input type="checkbox"/> Presentata istanza Amm. Sostegno | <input type="checkbox"/> Presentata Istanza Inval. civile/L. 104 |   |

**Previsioni sulla posizione Assicurativa**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Invalido civile |
| <input type="checkbox"/> 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 (Regolamento (UE) 2016/679 - Regolamento generale sulla protezione dei dati - GDPR)

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
- O<sub>2</sub>-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:**.....

.....

	<b>Autonoma</b>	<b>Necessita di Assistenza Totale</b>	<b>Necessita di Assistenza</b>
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**

	<b>Autonoma</b>	<b>Necessita di Assistenza</b>
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 (Regolamento (UE) 2016/679 - Regolamento generale sulla protezione dei dati - GDPR)

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 .....  
telefono .....mail.....

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

Data .....

L’Operatore addetto all’Accettazione/Accoglienza  
.....