



Alle Direzioni Generali e sanitarie
delle AA.SS.LL., A.O., I.R.C.C.S., P.U.

Ai referenti aziendali per l'assistenza protesica

Ai responsabili dei servizi CAD

Ai fornitori di presidi protesici

Alle associazioni dei fornitori di assistenza protesica

Alle associazioni dei pazienti

e p.c.: A Laziocrea

Oggetto: Indicazioni per la corretta gestione dei percorsi assistenziali nell'erogazione degli ausili monouso nella Regione Lazio

Con la presente circolare si definiscono le modalità operative da declinare in modo uniforme sul territorio regionale a garanzia della corretta fornitura dell'assistenza integrativa di cui all'Allegato 2 del DPCM 12/01/2017 (ausili monouso).

Si riportano di seguito le modalità assistenziali da adottare per specifica casistica di assistenza integrativa.

AUSILI PER INCONTINENZA (pannoloni, traverse).

Prescrizione:

la prima prescrizione deve essere redatta da un medico specialista sui moduli regionali (ALLEGATO A+B) ed ha la validità per un massimo di 12 mesi (come previsto dai LEA); può essere altresì redatta dal medico di medicina generale in attesa che venga effettuata la visita da parte del CAD nel caso di pazienti allettati per un fabbisogno massimo di 6 mesi (ALLEGATO D); Il rinnovo della richiesta qualora il fabbisogno sia invariato può essere predisposto dal medico di medicina generale sul modulo regionale (ALLEGATO C).

Erogazione:

l'assistito consegna la prescrizione alla propria ASL di residenza (secondo le modalità individuate sul sito internet dedicato).

A seconda del livello dell'incontinenza individuato dal medico verrà erogato un fabbisogno tra i diversi kit che l'aggiudicatario ha proposto in relazione ad ogni specifico livello di incontinenza.

In automatico l'azienda fornitrice invia a domicilio dell'assistito ogni tre mesi il fabbisogno trimestrale. In prossimità della scadenza della prescrizione annuale l'assistito dovrà produrre nuova prescrizione redatta dal medico di medicina generale qualora non siano cambiate le sue condizioni cliniche, altrimenti si rende necessaria la rivalutazione specialistica.

CATETERI E SACCHE

Prescrizione:

la prima prescrizione deve essere redatta da medico specialista competente in materia sul modulo regionale (ALLEGATO 1) ed ha la validità per un massimo di 12 mesi (come previsto dai LEA). Il rinnovo, in caso di condizioni cliniche e fabbisogno rimasti invariati, può essere effettuato dal medico di medicina generale (ALLEGATO 1) altrimenti si rende necessaria la rivalutazione specialistica.



AUSILI PER STOMIE

Prescrizione:

la prima prescrizione deve essere redatta da medico specialista competente in materia sul modulo regionale (ALLEGATO 3) ed ha la validità per un massimo di 12 mesi (come previsto dai LEA); il rinnovo, in caso di condizioni cliniche e fabbisogno rimasti invariati, può essere effettuato dal medico di medicina generale sul modulo regionale (ALLEGATO 3) altrimenti si rende necessaria la rivalutazione specialistica.

CATETERI, SACCHE, AUSILI PER STOMIE

Erogazione:

l'assistito presenta la prescrizione in una delle aziende iscritte nell'Elenco regionale di fornitori di presidi protesici consultabile dal sito regionale.

Il fornitore inserisce la richiesta sul sistema informatico regionale SANPRO compilando l'anagrafica dell'assistito e allegando obbligatoriamente nella sezione anagrafica la scansione dei seguenti documenti:

il documento di riconoscimento, la tessera sanitaria, il modulo di scelta sanitaria/fornitore (delega), il modulo consenso privacy e l'autocertificazione della residenza.

Per le successive forniture trimestrali di cateteri, sacche e ausili per stomie il fornitore, acquisita la richiesta formale da parte dell'assistito controfirmata, senza la necessità che questi produca una prescrizione da parte del proprio medico di medicina generale, può tramite SANPRO, utilizzando la funzione CLONA PRESCRIZIONE, riprodurre tutti i dati della prima consegna trimestrale riallegando la medesima prescrizione fino alla scadenza dell'annualità di vigenza del piano terapeutico. La ASL riceverà pertanto a sistema tale richiesta e potrà autorizzare il fabbisogno trimestrale ed emettere il relativo ordine di fornitura.

Per le istanze successive non dovranno essere più richiesti i documenti già presenti in SANPRO nell'anagrafica pazienti, fermo restando la validità/scadenza degli stessi.

Al fine di gestire correttamente le istanze, se ritenute non autorizzabili, dovranno essere RESPINTE da parte delle ASL sul sistema informatico SANPRO corredate di un'esauritiva motivazione così che il paziente possa conoscere la ragione della mancata fornitura.

Cordiali saluti.

Il Dirigente dell'Area
Marzia Mensurati

Il Direttore
Andrea Urbani

**MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI AD ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

☐ **Incontinenza urinaria: tipo:**

- ☐ da sforzo (quando le perdite di urina sono in occasione di uno sforzo, attività fisica, tosse, starnuto o altra causa di aumento della pressione addominale)
- ☐ da urgenza (quando le perdite di urina sono accompagnate o precedute da uno stimolo minzionale improvviso, impellente, improcrastinabile)
- ☐ mista (da sforzo e da urgenza)
- ☐ non classificabile (perdite non chiaramente riconducibili a una delle situazioni precedenti)

☐ **Incontinenza fecale**

Segnalare se il paziente utilizza: ☐ Catetere vescicale a dimora ☐ Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza** (*In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore*):

- ☐ grave deficit cognitivo
- ☐ grave deficit motorio specificare :
- ☐ non deambulante o con grave difficoltà
- ☐ grave compromissione della mobilità
- ☐ doppia incontinenza
- ☐ eritemi /lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

Indicare se l'incontinenza è:

☐ **stabilizzata** (incontinenza che persiste per più di 12 settimane nonostante la variazione o il trattamento di fattori potenzialmente reversibili o dopo eventi acuti come un intervento chirurgico).

☐ **irreversibile** (incontinenza per la quale non è prevedibile alcun miglioramento, non suscettibile di alcun tipo di terapia)

La prescrizione di ausili è possibile solo in caso di incontinenza stabilizzata e/o irreversibile ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Qualora l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

VALUTAZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA

Punteggio domanda 1 :

Punteggio domanda 2 :

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

☐ Lieve ☐ Media ☐ Grave ☐ Gravissima

Oppure

☐ Cateterizzato ☐ Incontinenza fecale ☐ Entero-urostomizzato

Durata della prescrizione

Per la sola incontinenza stabilizzata ☐ n. mesi ☐ annuale

Per incontinenza irreversibile ☐ definitiva

Data,

Firma e Timbro Medico

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

1. **Quanto spesso le capita di perdere urina?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0.	Mai	0
1.	Meno di una volta a settimana	1
2.	Circa una volta alla settimana	2
3.	Due o tre volte alla settimana	3
4.	Circa una volta al giorno	4
5.	Più volte al giorno	5
6.	Perdo urina in continuazione	6
Punteggio		

2. **Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

a.	Non perdo urina	0
b.	Perdo piccole quantità di urina	2
c.	Perdo modeste quantità di urina	4
d.	Perdo abbondanti quantità d'urina	6
Punteggio		

3. **Nel complesso, quanto la sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la sua vita quotidiana da 0 a 10?** (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente) Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0	
1	
2	
3	

4	
5	
6	
7	

8	
9	
10	

4. **Quando le capita di perdere urina?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Mai ☐

Perdo urina ancor prima di essere giunta/o in bagno ☐

Con colpi di tosse e gli starnuti ☐

Quando sono coricata/o ☐

Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica ☐

Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo ☐

Senza una particolare ragione ☐

Incontinenza continua ☐

Questa domanda non genera punteggio

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITA' DI

Alla ASL di residenza dell'assistito

MODELLO DI PRESCRIZIONE PER AUSILI ASSORBENTI L'URINA

Ad uso dei MMG e dei PLS per il rinnovo della fornitura in caso di fabbisogno invariato

Si prescrive il rinnovo del fabbisogno annuale di ausili assorbenti l'urina per l'assistito:

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Data,

Firma e Timbro Medico

Alla ASL di residenza dell'assistito

**PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DA PARTE DEL MMG/PLS
PER PAZIENTI ALLETTATI
NELLE MORE DELLA VALUTAZIONE DA PARTE DEL CAD/MEDICO SPECIALISTA**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

Paziente affetto da incontinenza urinaria o fecale cronica di grado:

☐ Lieve

☐ Media

☐ Grave

☐ Gravissima

Durata della prescrizione:

☐ n. 3 mesi

☐ n. 6 mesi

Data,

Firma e Timbro Medico

ALLEGATO 1

DA RIPRODURRE SU CARTA INTESATA DELLA STRUTTURA SANITARIA
MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI
CANNULE E CATETERI - DPCM 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1, Allegato 11 Art. 1

Assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Residenza : Via _____ n. _____ comune _____ prov. _____

Codice Fiscale _____ telefono _____

Diagnosi : (indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità e le specifiche menomazioni o disabilità) _____

ISO DPCM 17/01/2017	Precedente codifica (DM 332/99)	DESCRIZIONE	QUANTITA' MASSIME EROGABILI	QUANTITA' PRESCRITTA	Indicare fornitore e codice prodotto o dettagliare fornitore marca e modello (marchio, diametro, lunghezza, materiale, tipo di punta ecc)
09.15.03.003- CUF	09.15.03.003	Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata - cuffiata	4/anno		
09.15.03.003	09.15.03.003	Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata	4/anno		
09.15.03.009- CUF	09.15.03.006	Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata - cuffiata	4/anno		
09.15.03.009	09.15.03.006	Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata	4/anno		
09.15.03.012- CUF	09.15.03.007	Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata - cuffiata	4/anno		
09.15.03.012	09.15.03.007	Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata	4/anno		
09.24.03.003	09.24.03.003 a	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie con scanalature	2/mese		
09.24.03.006- LAT	09.24.03.003 c	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - lattice	2/mese		
09.24.03.006- SIL	09.24.03.003 b	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - silicone	2/mese		
09.24.06.103	09.24.06.009/10/1 1/12 a	Catetere autolubrificante a base di gel	120/mese		
09.24.06.203	09.24.06.009/10/1 1/12 b	Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (NON PRONTO ALL'USO)	120/mese		
09.24.06.303	09.24.06.009/10/1 1/12 c e d	Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (PRONTO ALL'USO)	120/mese		
09.24.06.403	09.24.06.015	Catetere autolubrificante a base di gel con sacca graduata di raccolta	120/mese		

09.24.06.503	09.24.06.015	Catetere autolubrificante idrofilo con sacca graduata di raccolta	120/mese		
09.24.06.603	09.24.06.018 a e b	Catetere/tutore per ureterocutaneostomia	2/mese		
09.24.21.003	09.24.09.003 a e b	Guaina in materiale ipoallergenico	60/mese		
09.27.04.003	09.27.04.003	Sacca di raccolta dell'urina da gamba Monouso	30/mese		
09.27.04.006	09.27.07.003 a	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso	30/mese		
09.27.04.006-SCA	09.27.07.003 b	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso - con scarico	30/mese		
09.27.05.003	09.27.07.006	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Riutilizzabile con rubinetto di scarico	20/mese		
09.27.05.006	09.27.04.006	Sacca di raccolta dell'urina da gamba Riutilizzabile	20/mese		

Significato terapeutico e riabilitativo con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo di quanto prescritto e motivazione della richiesta per i presidi riconducibili: _____

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

Previsione rinnovo prescrizione : _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" SI ☐ NO ☐

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni : _____

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI
D.M. 332/99 Art. 4 e DPCM 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1, Allegato 11 Art. 1

Assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Residenza : Via _____ n. _____ comune _____ prov. ____

Codice Fiscale _____ telefono _____

Diagnosi : (indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità e le specifiche menomazioni o disabilità) _____

Q.TA'	DESCRIZIONE DEI PRESIDI E DEGLI EVENTUALI AGGIUNTIVI E/O PERSONALIZZAZIONI	CODICE ISO

Significato terapeutico e riabilitativo con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo di quanto prescritto e motivazione della richiesta per i presidi riconducibili: _____

Modi e tempi di impiego del presidio (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego: _____

Presidio soggetto a collaudo **SI** ☐ **NO** ☐

Previsione rinnovo prescrizione : _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" **SI** ☐ **NO** ☐

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni : _____

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)