

Prescrizione di Presidi Monouso per incontinenza da parte del MMG

Il MMG può prescrivere direttamente i presidi monouso per incontinenza e/o ritenzione (pannoloni, traverse, cateteri e sacche). Al fine di semplificare l'attività prescrittiva, in seno al Comitato Aziendale della Medicina Generale del 6 aprile 2011, si era concordato di estendere su tutto il territorio dell'ATS di Brescia l'utilizzo, da parte del MMG, di un'apposita modulistica, già sperimentata positivamente presso alcuni territori.

Si riportano di seguito le modalità per dar corso a quanto sopra e si allega la modulistica, opportunamente aggiornata.

AUSILI per INCONTINENZA o RITENZIONE URINARIA (pannoloni, traverse, cateteri e sacche)

Hanno diritto agli ausili per incontinenza o ritenzione urinaria, in connessione a loro menomazioni e disabilità invalidanti, gli assistiti che presentano una delle seguenti situazioni:

- minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente;
- invalidi civili (se il riconoscimento dell'invalidità é inferiore al 100%, la patologia correlata dovrà essere riportata sul verbale), di guerra e per servizio, i privi della vista e i sordomuti in possesso del relativo verbale;
- coloro che hanno presentato domanda di invalidità e sono in attesa dell'accertamento;
- assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo o affetti da grave incontinenza urinaria o fecale cronica previa presentazione di certificazione medica redatta da uno specialista, competente per la menomazione e operante in struttura ospedaliera, per un periodo non superiore ad un anno.

La verifica dei requisiti di avente diritto e il rispetto dei quantitativi massimi fornibili e della congruenza dei mix di presidi rimangono a carico del Presidio Territoriale di residenza.

Prescrizione

Il MMG effettua, solo a favore del proprio assistito, la prescrizione cartacea (vedi allegato A) avendo cura di compilare accuratamente il modulo in ogni sua parte. L'interessato, o un familiare, si presenta all'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale ASST di residenza per la definizione del programma terapeutico, con la seguente documentazione:

- carta regionale dei servizi;
- copia (o numero di protocollo di presentazione) della domanda di invalidità o copia del verbale di invalidità, se richiesti (vedi requisiti di avente diritto).

Il rinnovo del programma terapeutico è annuale, fatte salve eventuali integrazioni o variazioni delle condizioni cliniche in corso d'anno.

Forniture

AUSILI AD ASSORBENZA per INCONTINENZA (pannoloni, mutande elastiche, traverse)

L'interessato o un familiare (munito di proprio documento valido di identità) presenta la prescrizione presso il Presidio Territoriale di residenza e, tramite compilazione del modulo ..., effettua la scelta dei prodotti che ritiene più adeguati al proprio bisogno.

Il Presidio Territoriale inserisce il Piano terapeutico nell'apposito software web che genera il Piano delle forniture e costituisce, per la ditta fornitrice, l'ordine di avvio della fornitura periodica a domicilio.

AUSILI A RACCOLTA per INCONTINENZA o RITENZIONE URINARIA (cateteri e sacche)

L'interessato o un familiare (munito di proprio documento valido di identità) ritira la fornitura periodica presso qualsiasi farmacia del territorio dell'ATS di Brescia, presentando la carta regionale dei servizi dell'interessato.

Al fine di evitare inutili accaparramenti di presidi e dispendio di risorse, si rappresenta che l'assistito è invitato a ritirare di volta in volta solo il fabbisogno necessario, entro il quantitativo massimo mensile autorizzato. L'eventuale ritiro parziale della fornitura mensile non compromette la quantità di presidi disponibile a sistema nei mesi successivi, che continua ad essere quantificata come da piano terapeutico autorizzato.

Precisazioni

Non è previsto alcun costo a carico dell'assistito.

Dove rivolgersi

L'elenco degli Uffici Protesica territoriali è disponibile, sempre aggiornato, sui portali di ATS e ASST secondo i seguenti percorsi:

- ATS di Brescia: www.ats-brescia.it > *Cittadini* > *Assistenza sanitaria* > *Fornitura presidi a raccolta per incontinenza e stomia*
- ASST Spedali Civili di Brescia: *Assistenza sanitaria* > *Fornitura presidi per incontinenza* > *Fornitura presidi a raccolta per incontinenza e stomia*
- ASST della Franciacorta: *Rete territoriale* > *Assistenza sanitaria* > *Presidi, ausili protesici, alimenti dietetici specifici, ossigenoterapia*
- ASST del Garda: *Rete territoriale* > *Assistenza sanitaria* > *Presidi, ausili protesici, alimenti dietetici specifici, ossigenoterapia*



Si richiede per il /la Sig./Sig.ra T.S.

nato/a il residente a

in quanto affetto da la fornitura dei seguenti ausili:

PZ. invalido SI [] NO [] PZ. istante in attesa di accertamento invalidità SI [] NO []

PRIMA PRESCRIZIONE [] RINNOVO / VARIAZIONE PIANO []

AUSILI ASSORBENTI URINA

TIPO AUSILI	CATEGORIA / MISURA	MAX prescrivibile	FABBISOGNO
<input type="checkbox"/> PANNOLONE A MUTANDINA	<input type="checkbox"/> misura grande <input type="checkbox"/> misura media <input type="checkbox"/> misura piccola	4/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> PANNOLONE SAGOMATO	<input type="checkbox"/> misura grande <input type="checkbox"/> misura media <input type="checkbox"/> misura piccola	4/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> PANNOLONE RETTANGOLARE		5/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> MUTANDINA ELASTICIZZATA RIUTILIZZABILE	<input type="checkbox"/> misura grande <input type="checkbox"/> misura media <input type="checkbox"/> misura piccola	3/mese	N°...../mese
<input type="checkbox"/> TRAVERSA SALVAMATERASSO RIMBOCCABILE		4/die	N°..... /giorno
<input type="checkbox"/> TRAVERSA SALVAMATERASSO NON RIMBOCCABILE		4/die	N°..... /giorno

CATETERI VESCICALI

<input type="checkbox"/> CATETERE A PERMANENZA TIPO FOLEY A PALLONCINO PURO SILICONE 100%, TRASPARENTE A 2 VIE		2/mese	N°..... /mese
<input type="checkbox"/> CATETERE TIPO NELATON, MONOUSO, TRASPARENTE	<input type="checkbox"/> per donna e bambino	4/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> per uomo	4/die	
<input type="checkbox"/> CATETERE MONOUSO, AUTOLUBRIFICANTE, IN MATERIALE IPOALLERGENICO	<input type="checkbox"/> per neonato fino a 1 anno	6/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> per bambino fino a 6 anni	5/die	
	<input type="checkbox"/> per donna e bambino oltre 6 anni	4/die	
	<input type="checkbox"/> per uomo	4/die	
<input type="checkbox"/> CATETERE MONOUSO, AUTOLUBRIFICANTE, IN MATERIALE IPOALLERGENICO, INTEGRATO IN UNA SACCA GRADUATA IN CONFEZIONE SINGOLA		2/die	N°..... /die
<input type="checkbox"/> SPRAY LUBRIFICANTE AL SILICONE PER CATETERISMO		1/mese	N°..... /mese
<input type="checkbox"/> CATETERE (CONDOM) IN GOMMA NATURALE, IPOALLERGENICA, AUTOCOLLANTE O CON STRISCIA BIOADESIVA		1/die	N°..... /die

RACCOGLITORE PER URINA

<input type="checkbox"/> SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA GAMBA	<input type="checkbox"/> TIPO MONOUSO	1/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> RIUTILIZZABILE	8/mese	N°..... /mese
<input type="checkbox"/> SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA LETTO	<input type="checkbox"/> TIPO MONOUSO	1/die	N°..... /die
	<input type="checkbox"/> RIUTILIZZABILE	8/mese	N°..... /mese

Data:

(timbro e firma del MMG o PLS)

Pannoloni a mutandina, sagomato, rettangolare, traverse, possono essere tra loro integrativi (MIX) purché forniti entro il tetto di spesa mensile per assistito appositamente definito da Regione