

Percorso Integrato di Cura per la persona con Stomia

Percorso Integrato di Cura per la persona con Stomia

Presentazione del documento

La definizione del Percorso Integrato di Cura (PIC) prende avvio dalla considerazione dei problemi clinico-assistenziali specifici della persona con stomia, entro l'asse temporale che va dal periodo operatorio fino alla completa autonomia della persona o, per lei, del suo caregiver. Detto percorso viene scelto appositamente in alternativa al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), al fine di eluderne le innumerevoli ramificazioni a matrice sia diagnostica che terapeutica che esso verrebbe a mostrare. ^[1] Le diagnosi cliniche che potrebbero condurre alla condizione di stomizzato, infatti, risultano numerose, così come assai diverse sono le possibilità terapeutiche e di percorso a seconda dell'una o dell'altra diagnosi.

Le motivazioni a sostegno della scelta di un Percorso Integrato di Cura sulla persona con stomia, quindi, derivano dall'oculata considerazione delle specificità dei bisogni di questa tipologia di assistito dal punto di vista assistenziale e clinico, dei reali bisogni dell'organizzazione, nonché dell'impatto della messa in opera del percorso medesimo sul sistema. ^[2]

Le azioni/raccomandazioni contenute nel presente documento tengono conto delle **conoscenze ed esperienze** degli stomaterapisti di concerto con le informazioni scientifiche ricercate in **letteratura e nelle linee guida**. L'intesa degli esperti, relativamente all'assegnazione delle priorità dei problemi clinico-assistenziali e alla definizione dei quesiti clinici, ha permesso di estrapolare la definizione delle migliori pratiche cliniche e gestionali e disegnare quel "percorso ideale", da intendersi quale standard di riferimento, per il paziente in seno al rispetto dei propri diritti, e per l'operatore quale fonte opportuna per operativizzare le conoscenze specialistiche. ^[3]

La metodologia adottata ha suggerito di partire dalla definizione dei risultati clinico-assistenziali attesi per poi identificare tutte le azioni utili e necessarie per il loro raggiungimento. Efficacia, efficienza ed appropriatezza saranno garantite nella considerazione della percezione del momento da parte del paziente e della specificità dell'organizzazione. ^[2]

Il Percorso Integrato di Cura della persona con Stomia possiede quindi requisiti per testare esiti di salute e di efficienza organizzativa, nonché raccogliere informazioni utili al perfezionamento dei contenuti e dell'organizzazione degli stessi, in funzione delle risorse specifiche di ogni singola Azienda Sanitaria Locale (ASL). ^[2]

A tal proposito è indispensabile prevedere e calendarizzare tempi e criteri di verifica e riesame.



Indicatori di valutazione

Gli outcomes attesi dall'implementazione del PIC possono far riferimento ad alcuni dei parametri/indicatori di seguito considerati.

- Percezione della Salute e della qualità dell'assistenza/cura – *Strumenti validati*
- Giornate di degenza post-operatoria – *N° e rapporto Percentuale*
- Riammissioni ospedaliere per insorgenza complicanze (reparto) – *N° e rapporto Percentuale*
- Accessi a servizi di urgenza emergenza (PS) – *N° e rapporto Percentuale*
- Controllo dei sintomi (dolore, nausea, ecc.) – *Scala Analogico-Visiva*
- Stato Funzionale e Qualità di Vita – *Strumenti validati*
- Conoscenze su condizioni di salute e trattamento – *Scala Likert 5 punti*
- Adesione ai trattamenti – *Scala Likert 5 punti*
- Ansia & Depressione; – *Strumenti validati*
- Presenza di Complicanze – *Complicanza e durata*
 - Dermatite/Granuloma/Fistola/Altra Lesione della cute peristomale
 - Infezione/inflammatione giunzione muco-cutanea
 - Edema/Emorragia/Ischemia/Necrosi
 - Deiscenza muco-cutanea
 - Prolasso/Ernia/Retrazione/Stenosi
 - Scompenso Metabolico
 - Ostruzione intestinale
 - Diarrea/Disidratazione
 - Altra complicanza (fistola, dolore, vomito, ipotensione)
 - Problemi di gestione del dispositivo di raccolta o dello stoma care.

Questi indicatori si pongono a riferimento per la misurazione e il monitoraggio dei risultati/esiti di salute relativi al singolo caso. In riferimento agli obiettivi di cura e di assistenza prefissati, essi contribuiscono ad evidenziare, in itinere, il modificarsi della situazione clinica e dell'autonomia raggiunta dalla persona assistita o dal caregiver.



Tipi di Stomia e Indicazioni chirurgiche

Epidemiologia

“Ad oggi non esiste un registro nazionale delle persone portatrici di stomia; da un censimento parziale effettuato nel 2004 gli stomizzati in Italia risultavano essere circa 72.000 ma il numero in questi anni è decisamente cresciuto in maniera esponenziale”. (*Disegno di Legge n 2101 – Senato della repubblica 16 ottobre 2015*).

Confezionamento chirurgico delle stomie derivate addominali

La stomia è un'apertura artificiale che mette in comunicazione un viscere con la superficie cutanea in modo da permettere la fuoriuscita delle deiezioni e rappresenta il risultato finale di un intervento chirurgico il cui scopo è creare una via alternativa alla naturale emissione all'esterno delle urine (**Urostomie**) e delle feci (**Enterostomie**). [4] [5]

Le **ENTEROSTOMIE** prevedono il loro confezionamento per derivare il materiale enterico a protezione di anastomosi intestinali a valle oppure evacuare il materiale enterico perché il tratto intestinale a valle è stato rimosso. [5]

In base al loro confezionamento possono essere distinte in:

- **Laterali** o **Terminali**, in base alla modalità di sutura del viscere alla cute;
- **Temporanee** o **Definitive** in riferimento alla permanenza dello stoma.

Si parla di stomi **lateral** nel caso in cui l'orifizio verso l'ambiente esterno sia praticato sulla parete laterale del viscere, **terminali** se il tubo enterico è sezionato e il moncone terminale è posto in diretto rapporto con la cute. [4] [5]

Le patologie intestinali che richiedono un intervento che può esitare nel confezionamento di una **stomia temporanea** sono essenzialmente di natura neoplastica e/o infiammatoria. Chirurgicamente può essere asportato un tratto intestinale e anastomizzati i monconi di resezione preferendo spesso, a salvaguardia della sutura anastomotica, realizzare una stomia derivativa. A seconda del tratto intestinale resecato è possibile creare una ileostomia laterale o una colostomia laterale.

A volte un intervento rapido ma risolutivo del quadro clinico, può determinare il confezionamento diretto di una stomia laterale senza resecare il tratto colpito.

Qualora non sia possibile eseguire una resezione con anastomosi diretta (patologia coinvolgente il tratto distale del sigma e/o retto) si può effettuare l'intervento di Hartmann: resezione del tratto malato, chiusura ed affondamento nella pelvi del moncone rettale, e confezionamento di una sigmoidostomia terminale temporanea. [5]

Le **enterostomie definitive** (quasi sempre terminali) sono confezionate quando il tratto intestinale è asportato completamente e non è possibile ricostruire la continuità del tubo digerente. Le ileostomie definitive sono confezionate dopo un intervento chirurgico di



proctocolectomia totale; le colostomie definitive terminali sono generalmente realizzate con il colon sigmoideo in seguito all'asportazione del retto e dell'ano per neoplasie anali o neoplasie rettali con infiltrazione degli sfinteri (intervento sec. Miles). [5]

Le **UROSTOMIE** prevedono il loro confezionamento per derivare il deflusso dell'urina dall'organismo, dopo la rimozione di una parte del tratto urinario, generalmente la vescica (cistectomia). Molteplici sono le soluzioni chirurgiche che possono essere adottate per una derivazione urinaria, tuttavia in detto contesto considereremo solo le stomie urinarie incontinenti definitive esterne. [6]

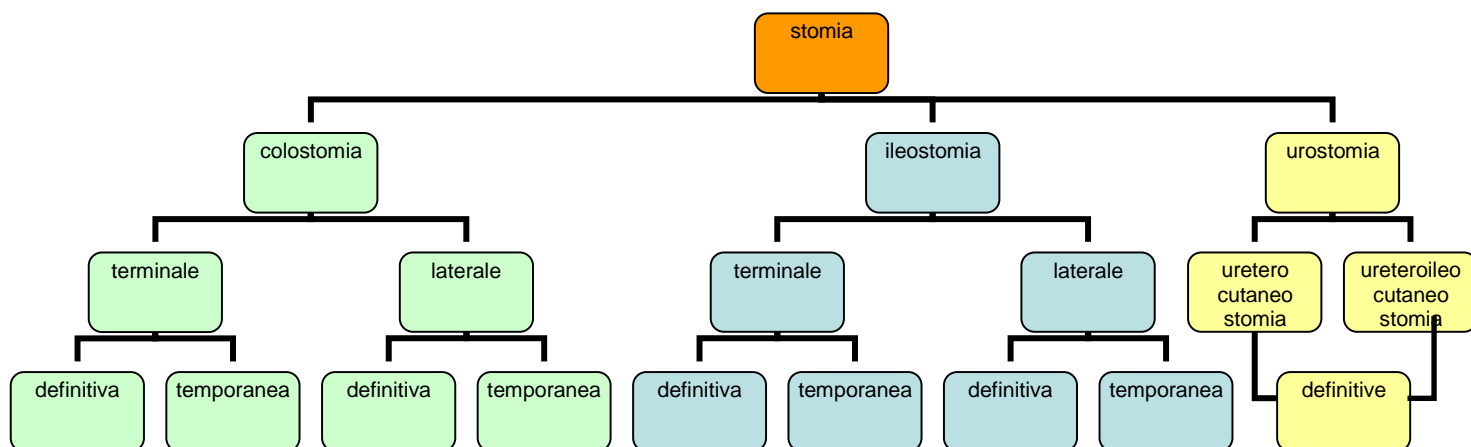
L'**Ureterocutaneostomia (U.C.S.)** è la derivazione urinaria più semplice, prevede l'esteriorizzazione degli ureteri e la loro fissazione alla cute addominale. Le varianti chirurgiche di abbinamento degli ureteri possono determinare il confezionamento di:

- U.C.S. Bilaterale: ciascun uretere viene posizionato e fissato sulla parete addominale omolaterale bilateralmente.
- U.C.S. Monolaterale: a seguito di trans-ureterostomia tra l'uretere destro e quello sinistro, viene abbinato alla parete addominale un unico uretere oppure entrambi gli ureteri da un unico lato dell'addome. [7]

L'U.C.S. richiede il mantenimento in situ di stent o tutori ureterali autostatici (mono j) che vanno sostituiti periodicamente. Lo scopo è la prevenzione di stenosi dello stoma, complicanza con una frequenza elevata in questo tipo di derivazione urinaria. [7]

L'**Ureteroileocutaneostomia (U.I.C.S.)** è attualmente una delle tecniche maggiormente adottate dagli urologi per il confezionamento di derivazioni esterne incontinenti definitive. L'abbinamento della via urinaria all'esterno avviene in modo indiretto: gli ureteri vengono anastomizzati su un tratto di ileo defunzionizzato che a sua volta viene esteriorizzato e suturato alla parete addominale. In questo caso il paziente ha un'unica stomia e non necessita di cateteri ureterali a permanenza (int. sec. Bricker o Wallace). [7]

Figura n. 1: Tipi di stomia



Complessità clinica e impatto sulla Qualità di Vita

Con il confezionamento dello stoma e la perdita del controllo della funzione fisiologica legata all'eliminazione, il paziente subisce un'importante modifica dell'immagine di sé e del proprio schema corporeo, inoltre il processo di adattamento alla nuova condizione di stomizzato porta necessariamente l'individuo a dover apprendere manualità specifiche, necessarie per l'autogestione. [8]

Le modifiche dello schema corporeo e della funzione di eliminazione correlate alla presenza della stomia costituiscono un **cambiamento** che non coinvolge solo il corpo ma la persona nella sua **completa integrità**, includendone aspetti biologici, cognitivi, emozionali, relazionali e spirituali: sentimenti di ansia, vergogna, rabbia, collera, apatia, abbandono, negazione, isolamento, depressione ... a volte accompagnano il percorso riabilitativo, complicandolo. Le **esigenze** e le iniziali forti **difficoltà** della persona con stomia, infatti, sono anche connesse con l'acquisizione di competenza nell'autogestione della stomia (igiene e apparecchiatura con appositi presidi ed accessori), con l'alimentazione e la gestione strategica delle peculiari attività di vita quotidiana. [8]

Una persona con alterata percezione di sé, che necessita di una elaborazione del lutto per la perdita di una funzione/parte del corpo, potrebbe manifestare sentimenti di disgusto e rifiuto delle cure, dell'assistenza o di partecipazione attiva alle stesse, inficiando autonomia, educazione, relazioni, socializzazione e i livelli di qualità della vita. [9] [10]

L'**esperienza di malattia** provoca, nella maggior parte delle persone, reazioni e sentimenti stressanti che contrastano con la tranquillità della loro vita quotidiana e quella dei propri familiari e provocare stati d'ansia, paura, frustrazione, ira, dolore, depressione.

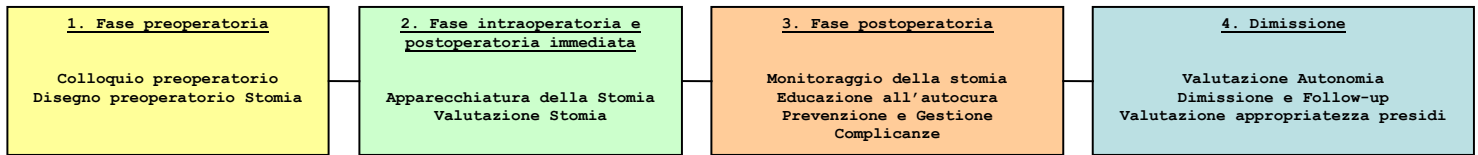
I primi sintomi della malattia di base, dolorosi o meno, portano la persona a sottoporsi ad un iter diagnostico e a trattamenti medici che stimolano una serie di interrogativi sulla diagnosi, sulla prognosi, sui cambiamenti del corpo e quindi sulla qualità di vita. Lo stress può peggiorare con l'ospedalizzazione, che allontana la persona dal proprio ambiente familiare, conosciuto, sereno e sicuro. [11] [12] [13]

Lo stoma e la cute peristomale necessitano di essere valutate immediatamente dopo l'intervento di confezionamento, nel postoperatorio sia precoce (primo mese) che tardivo per monitorare dapprima i progressi verso la guarigione e per effettuare le successive comparazioni in caso di complicanze che possono essere:

- **Complicanze Stomali precoci** (necrosi, sanguinamento, edema, distacco della giunzione muco-cutanea, retrazione) e **tardive** (ernia parastomale, prolasso, stenosi, fistola, trauma);
- **Complicanze Peristomali precoci** (dermatite irritativa da contatto, granulomi da sutura, dermatite allergica da contatto) e **tardive** (candidosi, follicoliti, lesioni pseudo verrucose, pioderma gangrenoso, varici). [14] [15] [16]



Percorso Integrato di Cura della Persona con Stomia



Fase Preoperatoria

Colloquio Preoperatorio

Alle famiglie e a tutti i pazienti che hanno bisogno d'intervento chirurgico, è necessario eseguire una formazione pre-operatoria (Raccomandazione RNAO, 1B). [17]

L'approccio dell'infermiere stomaterapista in questo periodo è focalizzato sul contenimento dell'ansia, sulla promozione della consapevolezza relativamente alla condizione clinica e ai trattamenti proposti nonché permettere/favorire la partecipazione alla cura e alle azioni di decision making. [17]

Il colloquio pre-operatorio rappresenta quindi il momento fondamentale per avviare il rapporto di fiducia tra gli operatori e il paziente, utile al processo terapeutico e riabilitativo ed include [17]:

- Anamnesi ed esame obiettivo addominale;
- Valutazione della "dimensione psicosociale": livello di Coping e adattamento, percezione dell'immagine corporea, compromissione della qualità della vita, sessualità;
- Valutazione della "dimensione culturale, spirituale e religiosa": attraverso il counseling preparatorio all'intervento e alle problematiche immediatamente successive allo scopo di instaurare un rapporto di fiducia per una relazione efficace, di soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza e di ridurre l'ansia;
- Insegnamento di semplici atti per la gestione della stomia (come svuotare e cambiare la sacca), aspetto essenziale che costruisce le basi favorevoli al continuum del processo educativo nel postoperatorio;
- Indicazioni rispetto all'assistenza che sarà erogata e informazioni utili per facilitare il processo di cura.

Stoma-Siting

Dovrebbe essere compiuto un segno, sul sito in cui dovrà essere eseguita la stomia, a tutti i pazienti che devono sottoporsi alla chirurgia (Raccomandazione RNAO 2A). [17]

Il raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita per le persone stomizzate è il principio cardine su cui si basa tutta l'attività del team sanitario multi professionale che si prende carico di diversi aspetti: eliminare/controllare la sintomatologia legata alla malattia, prevenire/ridurre le complicanze post-operatorie, favorire il self management sia dello stoma, sia della patologia di base (se ancora presente). [18]



Tra i fattori che supportano il recupero fisico, sociale e psichico della persona stomizzata si possono annoverare:

- la tecnica chirurgica di confezionamento dello stoma,
- la sede di confezionamento della derivazione,
- la completa padronanza nella gestione dello stoma,
- l'adozione di un sistema di raccolta degli effluenti affidabile,
- la presenza di personale preparato e strutture sanitarie dedicate di riferimento.

L'AIOSS, congiuntamente alle principali Società Scientifiche / Associazioni Tecnico Scientifiche del settore, ha da tempo individuato nei primi due punti sopra elencati, le fasi che nel percorso riabilitativo della persona con stoma influiscono profondamente sull'adattamento alla presenza di questo nuovo organo.

La **“Carta internazionale dei diritti dello stomizzato”** elaborata per la prima volta al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair in Florida nel 1976 e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association, riporta al primo articolo il diritto di *“ricevere informazioni preoperatorie sui benefici derivanti dall'intervento chirurgico”* e nel 2° articolo il diritto di: *“Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita”*. ^[19]

Recentemente questi principi sono stati adottati e raccomandati da associazioni di medici chirurghi tra cui la ASCS (American Society of Colon & Rectal Surgeons) ^[18] e l'AUA (American Urological Association) ^[20], e nel 2013 **la Società Italiana di Chirurgia (SIC) ha siglato con AIOSS il documento di posizionamento sullo stoma siting.** ^[21]

Sarebbe opportuno che il medico, lo stomaterapista e il paziente concordassero insieme il posizionamento dello stoma. Il coinvolgimento del paziente nella decisione pre-operatoria è utile per migliorare l'adattamento alla nuova condizione nel periodo post-operatorio e per ridurre il rischio di complicanze a carico dello stoma. ^{[18] [22]}

È sempre consigliabile evitare di posizionare la stomia in prossimità di pieghe e alterazioni cutanee quali cicatrici e nevi, sporgenze ossee quali le creste iliache, la zona ombelicale e la ferita della laparotomia. ^{[18] [23]}

È importante, prima di effettuare il posizionamento della stomia, valutare le condizioni fisiche e le esigenze legate all'età e alle abitudini di vita (vista, mobilità, attività lavorative e/o sportive); l'assistito dovrà essere in grado di vedere e toccare il punto di reperi disegnato, nelle diverse posture, per la successiva autogestione dei presidi di raccolta. ^{[18] [23]}

La placca del presidio di raccolta dovrà rimanere ben adesa al variare delle posture. ^[18]

Nell'Allegato n. 1 si riporta il Documento di Posizionamento realizzato da AIOSS e SIC (Società Italiana di Chirurgia) sullo Stoma-Siting.



Fase Intraoperatoria e Postoperatoria immediata

La prima apparecchiatura della stomia

La prima apparecchiatura della stomia è pratica integrante del processo assistenziale ed è volta a facilitare l'assistenza e il mantenimento delle caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale nell'immediato post-operatorio. [23]

Al termine dell'intervento chirurgico per prevenire traumatismi al neo organo, preservare le caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale, consentire il monitoraggio della stomia, è buona prassi apparecchiare la stomia con un dispositivo di raccolta che deve avere le seguenti caratteristiche [23]:

- essere provvisto di un meccanismo a soffiato, in modo da consentire la rimozione/applicazione della sacca senza esercitare pressioni sull'addome che nei primi giorni dopo l'intervento chirurgico è dolorante;
- essere dotato di placca di idrocolloidi a protezione totale per diminuire il rischio di alterazioni della cute circostante la stomia;
- non essere munito del sistema di filtro ai gas intestinali (nelle colostomie) per facilitare la rilevazione dell'avvenuta ripresa della canalizzazione ai gas;
- essere trasparente, per permettere il monitoraggio della stomia, rilevare le caratteristiche degli effluenti ed eventuali complicanze precoci.

Il monitoraggio della stomia

Al rientro in reparto dopo l'intervento chirurgico e nelle prime 48 ore del postoperatorio si integra all'aspetto generale dell'assistenza al paziente chirurgico quello finalizzato alla prevenzione delle complicanze precoci del complesso stomale che si contestualizza con l'implementazione di attività di monitoraggio e l'adozione di buone prassi di stoma care. [24]

Il complesso stomale è considerato "normale" quando presenta le seguenti caratteristiche:

- stomia con mucosa rosea-rossa, ben estroflessa: la presenza di edema lieve nelle prime 24/48 ore dall'intervento può considerarsi fisiologico perché conseguenza del trauma tissutale e dell'aumento della componente idrica interstiziale dello stoma;
- cute peristomale integra;
- giunzione muco-cutanea integra.

Nelle prime 48 ore è importante programmare il controllo della stomia per rilevare:

- lo stato di vitalità della stomia
- l'eventuale insorgenza di complicanze precoci
- la presenza di perdite ematiche o muco



- caratteristiche degli effluenti.

In questa fase possono manifestarsi complicanze, relative allo stoma, alla cute peristomale e alla giunzione muco-cutanea, che possono incidere negativamente sul decorso post operatorio oltre che sulla qualità di vita.

La forma più importante di prevenzione delle complicanze stomali è il controllo e l'esecuzione corretta delle procedure di stoma care ^[25] **(vedi Allegato n. 2)**

Fase Post-operatoria

Nel post-operatorio dopo le prime 48 ore dall'intervento chirurgico occorre valutare le condizioni della mucosa stomale, della cute peristomale e della giunzione muco-cutanea, ad ogni cambio del presidio, al fine di monitorare i progressi verso la guarigione e rilevare eventuali segni di complicanze.

Gli studi disponibili documentano la comparsa di rilevanti complicazioni stomali e peristomali anche a distanza di mesi o anni dall'intervento. L'elevato numero di conseguenze avverse associate alle numerose complicanze rinforza il bisogno di valutare lo stoma e la cute peristomale, subito dopo l'intervento e almeno ad un anno dall'intervento. ^{[26] [27] [28]}

Educazione alla gestione della stomia

È fondamentale, nel post-operatorio, che la persona con stomia o il caregiver acquisiscano un bagaglio minimo di abilità specifiche per la gestione autonoma della stomia, al fine di promuovere congiuntamente indipendenza e capacità di adattamento alla nuova condizione. ^[30]

L'assistenza, in detto contesto, è finalizzata all'individuazione del sistema di raccolta adeguato alla condizione e funzione del soggetto con stomia, ma anche alla conformazione e al variare della stessa nelle attività di vita quotidiana, nonché alle preferenze e capacità manuali del singolo. ^{[24] [29]}

L'educazione abbraccia congiuntamente anche i bisogni relativi all'alimentazione e idratazione, all'attività fisica e al tempo libero, all'abbigliamento e igiene personale, alla prevenzione e riconoscimento delle complicanze, al corretto utilizzo dei presidi in uso, alla corretta assunzione dei farmaci/integratori prescritti, ai percorsi burocratici-amministrativi, alla sessualità, ai servizi di utilità e supporto. ^{[24] [29]}

Nell'immediato postoperatorio lo stoma viene di solito vissuto dal paziente come un corpo estraneo, una ferita rimasta aperta. Questa nuova condizione coincide con la modificazione dell'emissioni di feci e gas o di urine e soprattutto con la perdita del controllo della loro espulsione. In questo momento è decisivo l'atteggiamento degli operatori e dei familiari poiché bisogna trasmettere il messaggio che lo stoma non è altro che una parte di sé che deve essere integrata nel proprio schema corporeo. È importante che il paziente si senta accettato da chi lo circonda e che le cure siano svolte con assoluta naturalezza. ^[31]

L'apprendimento di competenze e comportamenti è fondamentale, al fine di ripristinare l'autonomia, riducendo progressivamente la dipendenza dall'operatore. ^[32]



Affinché l'insegnamento sia efficace, è indispensabile che le informazioni fornite non siano strettamente tecniche, ma modulate in base alle capacità cognitive del paziente. L'eventuale inserimento di una figura di riferimento (*caregiver*) se gradito al paziente, darà valore aggiunto al processo che dovrà continuare durante il follow-up e i controlli ambulatoriali.

L'infermiere e/o lo stomaterapista nella pianificazione dell'educazione terapeutica si avvale della metodologia di *problem solving* contestualizzandola in fasi del processo pedagogico ^[33] dedicate alla:

- identificazione dei bisogni educativi, nell'ambito dell'autogestione nella cura alla stomia
- definizione degli obiettivi educativi
- pianificazione e attuazione degli interventi
- valutazione dei risultati ed eventuali azioni correttive.

Il processo educativo può avvalersi dell'utilizzo di eventuali supporti cartacei o multimediali per facilitare il coinvolgimento del paziente nell'autocura.

Gli interventi educativi sono indirizzati al raggiungimento delle seguenti conoscenze/competenze e abilità, relative a ^[30]:

- cura della stomia e della cute peristomale,
- come mantenere le caratteristiche normo trofiche dello stoma e della cute,
- come utilizzare correttamente i dispositivi di raccolta e gli accessori per la gestione della stomia,
- come facilitare la buona adesività del dispositivo sulla cute fino alla sua sostituzione, adattando il presidio alla dimensione dello stoma,
- come riconoscere e prevenire le principali complicanze stomali e peristomali,
- come riconoscere eventuali segni e sintomi di complicanze,
- conoscere quali sono gli effetti dell'alimentazione e idratazione sul funzionamento della stomia,
- cosa è possibile fare per controllare il cattivo odore delle deiezioni,
- conoscere gli effetti degli alimenti sulla produzione di gas, feci o urine,
- conoscere gli eventuali effetti dei farmaci sulla funzione di eliminazione,
- conoscere l'interferenza di alcuni farmaci, anche da banco, sul funzionamento della stomia,
- conoscere le strategie di igiene personale volte a mantenere le abitudini di vita,
- come adeguare il proprio abbigliamento per mimetizzare la presenza della stomia e del dispositivo e evitare traumi alla mucosa stomale,



- conoscere le modalità di approvvigionamento dei presidi per la gestione della stomia,
- conoscere i servizi di stomaterapia ai quali può rivolgersi per il proseguimento delle cure.

L'educazione terapeutica non può essere standardizzabile, ma deve essere personalizzata sulle esigenze del paziente, che va stimolato ad assumere un ruolo attivo nel processo riabilitativo. [33]

Fase della Dimissione

La pianificazione della dimissione dall'ospedale richiede collaborazione e coordinamento dei servizi e delle risorse; una pianificazione scrupolosa migliora la percezione della qualità dell'assistenza. [34] [35]

Nel caso in cui la persona con stomia non sia autosufficiente si rende necessario coinvolgere il caregiver e/o i supporti territoriali (Medico di Medicina Generale, Assistenza Domiciliare, ecc.). [34] [35]

Prima della dimissione saranno forniti allo stomizzato tutti i riferimenti delle figure/organizzazioni che potrebbero divenire utili se non addirittura necessari (giorni, orari, nominativi e telefono di ambulatorio, associazioni, gruppi di auto mutuo aiuto, etc.).

Al momento della dimissione la persona stomizzata deve essere in possesso del proprio piano terapeutico, di presidi protesici che gli permettano di gestire la sua situazione fino all'arrivo della propria fornitura di materiale protesico e, inoltre, la persona deve possedere tutte le informazioni necessarie per poter gestire al meglio ciò che il suo piano terapeutico prevede. [34] [35]

Assistenza Protesica

L'assistenza protesica consta di un processo complesso che necessita di essere monitorato costantemente; essa persegue l'obiettivo di prevenire, correggere o compensare una menomazione o una disabilità, potenziando le abilità residue dell'assistito, nonché promuovendone l'autonomia.

Diversi Piani Socio-Sanitari Regionali in essere richiamano la rilevante importanza dell'assistenza protesica per quanto attiene gli aspetti economici ma soprattutto per il suo impatto in termini di supporto al percorso clinico-assistenziale della persona con stomia.

Suggeriscono e spronano poi all'individuazione di indirizzi che migliorino l'appropriatezza prescrittiva ed uniformino le prestazioni nel rispetto dei bisogni degli assistiti.

Sulla base dei requisiti appena considerati, al fine di garantire alla persona con stomia, un presidio che assicuri Sicurezza, Protezione, Autonomia e Confort, risulta opportuno che la definizione del piano terapeutico (includente numero e tipologia dei presidi e accessori per la gestione della stomia) sia redatta da un professionista sanitario esperto (Stomaterapista, Chirurgo, Urologo,...) in possesso di specifiche conoscenze su:

- caratteristiche di tutti i presidi e accessori disponibili sul mercato;
- bisogni assistenziali dell'assistito e della famiglia;
- leggi regionali e nazionali ad hoc, Livelli Essenziali Assistenza.

Rappresentano, dunque, indirizzi della programmazione regionale:

- la predisposizione di protocolli regionali, in ottemperanza al DM n.332/1999, alle disposizioni del DPCM 17 gennaio 2017, che disciplinino i principi per l'erogazione degli ausili e presidi nelle diverse menomazioni o disabilità, che individuino gli strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva e che consentano di valutare gli ausili assegnati nel progetto riabilitativo;
- l'attribuzione della competenza di verifica e controllo dell'assistenza protesica è di competenza delle ASL;
- l'implementazione di un sistema informativo adeguatamente alimentato a livello ASL, che consenta un monitoraggio sia a livello locale che a livello regionale.

Le ASL si avvalgono della figura dello stomaterapista, quale riferimento specialista (L. 43/2006) in grado di riconoscere le caratteristiche cliniche ed anatomo-funzionali specifiche della persona con stomia, in possesso della definizione dei suoi problemi assistenziali, allineati con le specificità dei presidi disponibili, e predispone un sistema informatico di archivio e monitoraggio dei presidi/accessori per stomia che sono stati assicurati ad ogni singolo stomizzato, nel rispetto del nomenclatore tariffario in essere (quali-quantità) DM n.332/1999, specificandone:

- codice ISO nomenclatore tariffario (es. 09.18.04.003, 09.18.07.006, ecc.);
- nome del prodotto, Codice e Ditta Commerciale;
- quantitativi mensili.

Follow-up

I risultati di alcuni studi raccomandano un regolare follow-up da parte di un infermiere stomaterapista nel periodo post-operatorio per un minimo di 12 mesi. ^[17]

In particolare le funzioni principali per lo stomaterapista sono:

- monitoraggio e prosecuzione del percorso riabilitativo;
- gestione delle eventuali complicanze stomali;
- verifica dell'idoneità e tollerabilità dei presidi scelti e promozione dell'uso oculato e corretto degli stessi;
- counselling per i bisogni/problemi eventualmente presentatisi alla ripresa delle attività di vita quotidiana (studi mostrano come il distress psicologico sia elevato dopo il confezionamento di una stomia, a causa della compromissione sia dell'immagine corporea che dell'autostima, e della diminuzione della qualità della vita).



L'Ambulatorio di Riabilitazione

Al fine di gestire al meglio il processo assistenziale e soprattutto garantire la continuità delle cure necessarie, è opportuno che siano istituiti nelle varie organizzazioni aziendali, ambulatori specifici rivolti a soggetti stomizzati, con infermieri stomaterapisti dedicati, che fungano da case manager di specifici processi di assistenza e cura

L'ambulatorio e lo stomaterapista costituiscono un punto di riferimento: le competenze esercite sono sufficienti per affrontare e risolvere in maniera autonoma e/o collaborativa i problemi legati alla gestione e alle complicanze della stomia, dal punto di vista tecnico, clinico-funzionale ma anche dal punto di vista socio-relazionale.

La consulenza, in seno ad interventi di educazione alla corretta gestione dei presidi e accessori er stomia, di prevenzione e gestione delle complicanze stomali, di educazione all'autonomia rispetto a conseguenti necessità socio-relazionali o funzionali dello stomizzato, è garantita dall'infermiere stomaterapista alle Unità Operative dell'ASL che ne fanno richiesta.

Il supporto tecnico-professionale al processo riabilitativo della persona con stomia è necessariamente multidisciplinare: diversi operatori sono coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico.

Nel corso degli anni si è sempre più sentita l'esigenza di coinvolgere, educare e stimolare la persona con stomia ad una partecipazione attiva e consapevole al proprio processo riabilitativo. L'educazione terapeutica gioca un ruolo fondamentale e l'utilizzo di strumenti idonei, appositamente creati a supporto dell'assistito e degli operatori coinvolti non è solo utile a fini pratici, ma si rivela di fondamentale importanza per mantenere attiva la prevenzione, per abbattere l'insorgenza di complicanze, per motivare il paziente.

Il Personale sanitario generalmente coinvolto è rappresentato nella tabella matrice delle responsabilità che segue:



Tabella n. 2: Fase, Attività e Responsabilità nel Percorso di cura e assistenza della persona con stomia

FASE	ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
PREOPERATORIO	Colloquio preoperatorio	Medico Chirurgo/Urologo e Inf. Stomaterapista
	Disegno Preoperatorio	Inf. Stomaterapista
	Tricotomia	Infermiere/OSS
	Preparazione intestinale	Medico Chirurgo/Urologo e Infermiere
INTRAOPERATORIO	Confezionamento stoma	Medico Chirurgo/Urologo
	Prima apparecchiatura della stomia	Infermiere/ Inf. Stomaterapista
POST-OPERATORIA IMMEDIATA (Prime 48 ore)	Controllo e monitoraggio della stomia	Infermiere/ Inf. Stomaterapista
POST-OPERATORIA TARDIVA (Dopo le 48 ore)	Sostituzione del presidio di raccolta e cura della stomia	Infermiere/ Inf. Stomaterapista
	Educazione alla gestione della stomia	} Inf. Stomaterapista
	Gestione dei presidi	
AMBULATORIALE	Follow-up	Inf. Stomaterapista / Medico Chirurgo/Urologo
	Controllo della stomia a lungo termine	Inf. Stomaterapista
	Gestione conservativa delle complicanze	Inf. Stomaterapista
	Gestione delle complicanze chirurgiche	Medico Chirurgo/Urologo

Infermiere Stomaterapista in Equipe

Fondamentale il ruolo dell'équipe multidisciplinare a vario titolo coinvolta nello specifico percorso terapeutico e riabilitativo, in particolar modo dell'**Infermiere Stomaterapista**, un professionista specificatamente formato, attraverso il Master Universitario o Scuole Nazionali di Associazioni Tecnico Scientifiche, riconosciute dalla FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, che rilasciano apposito Certificato di Competenza, il quale prende in carico la persona sin dal periodo preoperatorio e che, tesORIZZANDO le capacità residue e il supporto e sostegno di caregiver, assicura la

massima autonomia possibile, coniugando i bisogni individuali e le esigenze tecnico-cliniche con le competenze professionali lungo tutto il percorso riabilitativo. ^[36]

L'infermiere stomaterapista generalmente rappresenta il riferimento costante per la gestione corretta del nuovo organo e della funzione alterata, per favorire l'accettazione di sé e della nuova condizione, per il trasferimento di tutte le competenze atte alla migliore qualità di vita possibile. ^[37]

L'infermiere Stomaterapista ha, inoltre, competenze specifiche nella valutazione clinica e nella identificazione dei presidi e accessori per stomia da adottare nelle specifiche situazioni morfologiche e funzionali del complesso stomale, la cui adeguatezza è cogente in un'ottica di prevenzione di complicanze correlabili alla non appropriatezza del dispositivo utilizzato. Fra queste assumono una notevole rilevanza le alterazioni dell'integrità cutanea circostante la stomia, per la frequenza con cui si manifestano, e i distacchi continui dei presidi di raccolta, situazioni per le quali è immaginabile l'impatto che possono determinare sullo stato di salute bio-psico-sociale del soggetto stomizzato: dolore, preoccupazione e ansia nella gestione del care del nuovo organo, vergogna e depressione, compromissione dell'autostima e della percezione soggettiva dovuta alla sistematica difficoltà di contenimento degli effluenti che causa imbarazzo e sensazioni di incapacità a provvedere alle attività quotidiane di autocura. ^[36]

L'infermiere stomaterapista assegnato al **servizio ambulatoriale** di riabilitazione dello stomizzato, **svolge prestazioni in autonomia e responsabilità**, richiedendo, eventualmente, la consulenza di altri professionisti sanitari quali **il chirurgo, l'urologo, il dermatologo, lo psicologo, il ginecologo, il dietologo/dietista, l'oncologo, ecc.** ^[36]

L'infermiere stomaterapista, a sua volta, si pone come **consulente** (viste le proprie conoscenze, esperienze ed abilità) della comunità professionale (infermieri di altre UU.OO. o Assistenza domiciliare). Progetta e svolge attività di formazione, nonché promuove, attiva e partecipa alla ricerca e alla diffusione e utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili. Partecipa attivamente allo sviluppo ed al miglioramento delle prestazioni organizzative, assistenziali e riabilitative del servizio riabilitazione stomizzati e incontinenti aziendale in cui svolge la propria attività.



Tabella n. 3: Principali attività del Personale Sanitario coinvolto nel percorso di cura e assistenza della persona con stomia

RESPONSABILITÀ	AZIONI
Infermiere stomaterapista	Presca in carico; Counselling; Educazione terapeutica; monitoraggio clinico; Gestione conservativa delle complicanze; Valutazione clinica del complesso stomale e della appropriatezza del presidio utilizzato; Consulenza Stomaterapica. Collaborazione con il medico curante nella scelta e prescrizione dei presidi per la gestione della stomia.
Chirurgo/Urologo	Prescrizioni Terapeutiche; Diagnosi, Trattamento; Informazione e consenso; Interventi chirurgici e gestione chirurgica delle complicanze.
Dietista	Consulenza per rischio di complicanze nutrizionali; Soddisfazione taluni bisogni nutrizionali; Elaborare diete ad hoc.
Dermatologo	Consulenza per complicanze dermatologiche importanti della cute peristomale.
Psicologo	Consulenza per prevenzione, diagnosi e sostegno psicologico.

Le prestazioni stomaterapiche specifiche ed autonome risultano qui sotto elencate. [36]
[38]

1. Educazione alla gestione della alimentazione in funzione ai possibili rischi di manifestazioni avverse correlate al tipo di stomia ed alle caratteristiche delle deiezioni.
2. Educazione a comportamenti di vita salutari e informazioni sulla ripresa delle abitudini di vita precedenti la malattia e i suoi esiti.
3. Scelta del miglior dispositivo per la gestione della stomia.
4. Educazione ad effettuare l'irrigazione intestinale a scopo riabilitativo (*Allegato n. 3*).
5. Irrigazione intestinale Isoperistaltica e antiperistaltica a scopo riabilitativo, diagnostico e terapeutico.
6. Counselling a supporto del processo di coping.
7. Rivalutazione periodica della persona stomizzata.
8. Gestione infermieristica delle complicanze del complesso stomale:
 - a. Alterazioni e lesioni della cute peristomale – *Allegato n. 4*;
 - a. Distacco della giunzione muco cutanea – *Allegato n. 5*;

- b. Stenosi della stomia – *Allegato n. 6*;
- c. Prolasso della stomia – *Allegato n. 7*;
- d. Ernia parastomale – *Allegato n. 8*;
- e. Retrazione della stomia – *Allegato n. 9*.

L'infermiere stomaterapista nell'implementazione dell'azione educativa, agisce come soggetto attivatore, in merito ai seguenti aspetti:

- l'autocura della stomia;
- i comportamenti alimentari;
- lo stile di vita per il mantenimento del proprio modello di benessere;
- l'approvvigionamento e l'utilizzo appropriato dei presidi di gestione della stomia;
- l'effettuazione della pratica irrigativa;
- la rete sociale e sanitaria dei servizi da cui può ricevere supporto.

Nello specifico le attività principali che rientrano nella funzione pedagogica sono riferite a:

- identificare i bisogni educativi della persona e della famiglia;
- definire gli obiettivi educativi;
- realizzare gli interventi di educazione terapeutica;
- addestrare la persona e/o il care giver;
- verificare il livello di capacità acquisite;
- sostenere la persona nel processo di apprendimento e di coping.

In vista di una possibile e auspicabile codifica nazionale e/o regionale di **prestazioni infermieristiche specifiche ed autonome**, le suddette attività possono infine essere ricondotte ad una sintesi di poche prestazioni.

Rispetto a questo punto, si ritiene opportuno ricordare che l'indicazione della FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche) è quella di superare la logica del minutaggio sia per la definizione del fabbisogno di infermieri sia per il giudizio sulle attività assistenziali, si parla infatti di presa in carico globale della persona. (Congresso Nazionale FNOPI, 7 marzo 2018)



DESCRIZIONE
Visita / Consulenza Stomaterapica (ambulatoriale, in strutture e servizi aziendali ulss , territoriali)
Educazione Terapeutica alla persona cui viene confezionata una stomia (dalla presa in carico all'autonomia accertata)
Gestione infermieristica delle complicanze stomali (alterazione integrità cutanea, distacco muco cutaneo, fistola, ecc.)
Irrigazione da stomia (riabilitativa / terapeutica / per preparazione fisica)
Valutazione clinica del complesso stomale e della appropriatezza del presidio utilizzato <i>(ai fini del rinnovo della prescrizione dei presidi)</i>

Quadro legislativo

Dal punto di vista normativo, l'assistenza e la riabilitazione dei soggetti con stomia, è deputata ai Centri di Riabilitazione nei quali operano infermieri stomaterapisti.

La legge n. 833 del 1978 ha spostato la responsabilità dell'assistenza sanitaria dallo Stato (Art. 32 della Costituzione Italiana) alle Regioni, con attuazione della stessa da parte delle Aziende Sanitarie, ponendo l'accento non solo più su diagnosi e cura, bensì anche su prevenzione e riabilitazione; la legge n. 421 del 1999 incrementa l'autonomia delle Aziende Sanitarie e, per quanto concerne il recupero funzionale, definisce che tali prestazioni sono erogate dalle ASL oppure, in caso di assenza dei servizi idonei, mediante convenzioni con soggetti terzi. In ogni caso è chiaro che la riabilitazione è parte integrante dell'assistenza sanitaria dei cittadini italiani.

Leggi regionali a favore di pazienti stomizzati e incontinenti affermano che le ASL assicurano ai soggetti stomizzati, a titolo gratuito, gli interventi preventivi, curativi, assistenziali e riabilitativi necessari e connessi alla loro patologia ed invalidità.

Le ASL assicurano interventi di:

- **Fornitura dei presidi sanitari in regime di libera scelta**, utili per garantire la funzionalità e migliorare la condizione di vita dei pazienti, riferita anche alla qualità della vita di relazione;
- Riabilitazione (funzionale, psicologica,)
- Educazione terapeutica;
- Informazione su tutti i presidi necessari e modalità per ottenerli in tempi rapidi e a titolo gratuito, dalle competenti aziende ULSS;
- Assistenza burocratica per il rapido disbrigo delle pratiche relative alle richieste dei presidi di cui alla lettera a);
- Rilascio delle certificazioni mediche necessarie a fini assistenziali, riabilitativi e previdenziali;



- Controllo periodico della funzionalità e della condizione della stomia e dell'incontinenza urinaria/fecale, con particolare riferimento alla qualità dei presidi utilizzati e alle tipologie di riabilitazione attuate, prestando la massima attenzione al rapporto costo/beneficio/qualità;
- Assistenza socio-sanitaria a domicilio, nei luoghi di lavoro, nelle scuole di ogni ordine e grado e in particolare, qualora ricorrano le necessarie condizioni, nel caso di bambini stomizzati, con atresie ano-rettali o che necessitano di cateterismo intermittente;
- Assistenza domiciliare da parte di personale infermieristico specializzato, in particolare per i soggetti anziani o non autosufficienti e per i soggetti in età pediatrica.

In ogni ASL deve essere istituito un Servizio di Riabilitazione Stomizzati e Incontinenti che si avvale di personale infermieristico specializzato in Stomaterapia (Stomaterapista) ed incontinenza urinaria e fecale (Riabilitatore Pavimento Pelvico), anche al fine di permettere – in modo integrato con il Fisioterapista – la migliore riabilitazione possibile dell'incontinenza uro-fecale.

Le ASL e la Regione si avvalgono della collaborazione delle associazioni degli stomizzati ed incontinenti. In Particolare, la Regione deve acquisire il parere delle associazioni sugli atti e provvedimenti che riguardano l'organizzazione dei servizi, le modalità di distribuzione degli ausili, presidi e protesi, nonché la semplificazione delle procedure burocratiche nel rapporto fra i cittadini e la struttura sanitaria. Le associazioni possono intrattenere rapporti di collaborazione con le aziende ULSS per la formazione e l'informazione di queste persone e delle loro famiglie, al fine di limitare pericolose situazioni di isolamento e per monitorare l'attività dei servizi di riabilitazione.

Il Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili è l'unico riferimento nella Regione per gli stomizzati e gli incontinenti. Gli incontinenti gravi e gli stomizzati che hanno documentate necessità fisiologiche e di relazione, possono ottenere dalle ASL ausili e protesi integrativi.

Assistenza Protesica

L'assistenza protesica trova la sua regolamentazione nei seguenti documenti: D.M. 27/8/1999, n. 332; D.M. 31/5/2001, n. 321; D.P.C.M., 12/1/2017, n. 502.

“Hanno diritto all'erogazione dei dispositivi contenuti nel nomenclatore gli assistiti di seguito indicati, in connessione a loro menomazioni e disabilità invalidanti: ... i soggetti laringectomizzati e tracheotomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati, i portatori di catetere permanente, gli affetti da incontinenza stabilizzata nonché gli affetti da patologia grave che obbliga all'allettamento, previa presentazione di certificazione medica”. L'azienda unità sanitaria locale di residenza dell'assistito autorizza la fornitura dei dispositivi per il periodo indicato dal medico prescrittore, prevedendo idonee modalità di consegna frazionata”. (D.M. 27/8/1999, n. 332)

La procedura di erogazione dei presidi viene esplicitata nei seguenti commi nel D.P.C.M., 12/1/2017, n. 502.



“1. La prescrizione dei dispositivi, effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale, riporta la specifica menomazione e disabilità, i dispositivi necessari e appropriati inclusi nel nomenclatore allegato 2 al presente decreto e i relativi codici identificativi, nonché la quantità indicata per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo e comunque per un periodo non superiore ad un anno, ferme restando le quantità massime mensili indicate dal nomenclatore stesso. Nell'indicazione del fabbisogno, la prima prescrizione tiene conto della eventuale necessità di verificare l'idoneità dello specifico dispositivo prescritto alle esigenze del paziente.

2. L'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito autorizza la fornitura dei dispositivi prescritti dal medico per il periodo indicato dallo stesso, previa verifica amministrativa della titolarità del diritto dell'assistito e della correttezza della prescrizione. Le regioni disciplinano le modalità di rilascio dell'autorizzazione, prevedendo il tempo massimo per la conclusione della procedura da parte dell'azienda sanitaria locale, e le modalità di consegna frazionata dei dispositivi.

3. In attesa dell'istituzione del repertorio di cui all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l'erogazione delle prestazioni che comportano la fornitura dei dispositivi monouso di cui al nomenclatore allegato 2, le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente. **Nella valutazione delle offerte le regioni e le aziende sanitarie locali adottano criteri di ponderazione che garantiscano la qualità delle forniture, la capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti. Le regioni e le aziende sanitarie locali possono adottare modalità alternative per l'erogazione delle suddette prestazioni che, a parità di oneri, garantiscano condizioni di fornitura più favorevoli per l'azienda sanitaria locale o per gli assistiti, anche attraverso la stipula di specifici accordi con soggetti autorizzati alla vendita.**

4. Per l'erogazione degli ausili per stomia di cui alla classe 09.18 del nomenclatore allegato 2 al presente decreto, **le regioni adottano modalità di acquisto e di fornitura che garantiscano agli assistiti la possibilità di ricevere, secondo le indicazioni cliniche a cura del medico prescrittore, i prodotti inclusi nel repertorio più adeguati alle loro specifiche necessità e assicurano la funzione di rieducazione specifica”**. (D.P.C.M., 12/1/2017, n. 502)

Alla luce di quanto espresso dal legislatore e osservando la realtà del SSN ci si può accorgere di come, da anni, il ragionamento progettuale di ogni dipendente sia teso al rispetto del concetto di **“iso-risorse”**: ossia alla razionalizzazione e al contenimento della spesa attraverso l'uso consapevole delle risorse assistenziali. (I sistemi di finanziamento ospedaliero e nella riabilitazione – Arosio, Borri).

Partendo da quanto è scritto nei nuovi LEA, alle Regioni e alle Aziende Locali resta la facoltà di decidere come organizzare la fornitura dei presidi, secondo il modello della Distribuzione Diretta oppure della Distribuzione Indiretta, mantenendo fisso l'obiettivo di contenimento della spesa e mantenendo lo standard di efficienza.

Ne sono un esempio le esperienze riportate negli allegati n. 10 e 11, rispettivamente dell'allora ULSS 12 di Mestre e della regione Lazio, volutamente inserite in questo documento poiché si



ritiene utile e soprattutto doveroso verificare la possibilità di attivare sui Centri di Riabilitazione, un sistema che, emulando i modelli proposti, dia garanzia di una migliore qualità dell'assistenza alla persona con stomia, ben contenendo la spesa sanitaria.

Considerazioni Finali

- I risultati della **riabilitazione**, derivati anche dalla maggiore competenza dell'utenza, quindi dalla minore incidenza di complicanze stomali, determina una diminuzione di visite specialistiche, ricoveri, terapie farmacologiche (es. antibiotici).
- **L'appropriatezza dell'assistenza** di tipo specialistico **dell'infermiere stomaterapista**, garantisce significativi risparmi della spesa.
- Trattative private o gare per affidamento diretto o accordi quadro, nel rispetto delle leggi regionali e nazionali, realizzati in alcune realtà hanno mostrato sia risparmi significativi nella gestione dell'assistenza protesica che maggiori livelli di gradimento dei servizi offerti: oltre all'adattabilità delle forniture, sono abbattuti i percorsi burocratici per l'ottenimento dell'autorizzazione distrettuale e della ricetta (esclusi i tempi di approvvigionamento del fornitore esterno).
- Il rimborso della spesa sanitaria sostenuta per le **prestazioni in stomaterapia codificate**, garantisce un notevole risparmio economico, giacché ogni servizio di riabilitazione svolge migliaia di prestazioni/anno ad oggi non codificate.
- L'attivazione di un **servizio di riabilitazione della persona con stomia** articolato **almeno su 3 giorni/settimana** (con la presenza e il coordinamento dell'infermiere stomaterapista) garantisce esiti **di salute, quali autonomia, sicurezza, accettazione di sé, qualità di vita,...** conseguenti all'appropriatezza dei presidi utilizzati e al rispetto del contratto terapeutico-educativo tra persona stomizzata e infermiere stomaterapista.
- L'infermiere Stomaterapista è presente e coordina il Servizio di Riabilitazione della persona con stomia. Con specifica delibera aziendale all'Infermiere Stomaterapista in possesso di specifico Master Universitario o Certificato di Competenza rilasciato dall'Associazione Tecnico-Scientifica nazionale di riferimento, è attribuita la denominazione di "SPECIALIST" (Infermiere Esperto / Comma "C" art. 6 legge 43/2006).

Generalmente la consulenza, in seno ad interventi di educazione alla corretta gestione dei presidi e accessori per stomia, di prevenzione e gestione delle complicanze stomali conservative, di educazione all'autonomia rispetto a conseguenti necessità socio-relazionali o funzionali dello stomizzato, è garantita dall'infermiere stomaterapista alle Unità Operative dell'ASL che ne fanno richiesta.

La gestione ambulatoriale è utile per la continuità assistenziale e per verificare se l'educazione terapeutica trasmessa durante il ricovero sia stata recepita e messa in atto dal paziente.

È raccomandata la valutazione e il follow-up da parte di un infermiere stomaterapista al fine di ridurre eventuali eventi critici se il processo di cura non è gestito in modo ottimale. In generale,



la letteratura evidenzia fortemente il bisogno di un regolare follow-up da parte di un infermiere stomaterapista nel post-operatorio per un minimo di 12 mesi.



BIBLIOGRAFIA

1. Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S. D., ... & Groot, G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC medicine*, 14(1), 35.
2. Russo, R. (2000). Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. *Politiche sanitarie*, 1(4), 182-195.
3. Acquaro J., Sasso M., Bonadonna G., Cerrato G., Mascia V., Pecora F., Sette I., Martini C., Bignamini E. Costruzione di un percorso diagnostico assistenziale per i pazienti con problematiche tabacco-correlate. Disponibile sul sito: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-16-articolo-199.htm>
4. Burch, J. (2014). Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient. *British Journal of Nursing*, 23.
5. Colwell, J. C., Goldberg, M., & Carmel, J. (2001). The state of the standard diversion. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 28(1), 6-17.
6. Schreiber, M. L. (2016). Ostomies: nursing care and management. *MedSurg Nursing*, 25(2), 127-132
7. Mammen, C., Chilaka, V., & Cust, M. P. (2006). Urological surgical techniques. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20(1), 139-156.
8. Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 74-81.
9. Faury, S., Koleck, M., Foucaud, J., M'Bailara, K., & Quintard, B. (2017). Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: a systematic review. *Patient Education and Counseling*.
10. Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *Journal of advanced nursing*, 65(9), 1778-1789.
11. Ang, S. G. M., Chen, H. C., Siah, R. J. C., He, H. G., & Klainin-Yobas, P. (2013, November). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. In *Oncology nursing forum* (Vol. 40, No. 6).
12. Black, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13(12).
13. Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25(1), 125-133.
14. Barr JE.(2004) Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*, 50(9), 50-52.
15. Krishnamurty, D. M., Blatnik, J., & Mutch, M. (2017). Stoma Complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*.
16. Butler, D. L. (2009). Early postoperative complications following ostomy surgery: a review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(5), 513-519.
17. Ostomy Care & Management, Registered Nurses' Association of Ontario, 2009.
18. Salvadalena, G., Hendren, S., McKenna, L., Muldoon, R., Netsch, D., Paquette, I., ... & Steinberg, G. (2015). WOCN Society and ASCRS position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(3), 249-252.
19. "Carta internazionale dei diritti dello stomizzato". Seminario European Ostomy Association - Frankfurt - 03/05/2003
20. Salvadalena, G., Hendren, S., McKenna, L., Muldoon, R., Netsch, D., Paquette, I., Pittman, J., Ramundo, J., Steinberg, G. (2015). WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery. *J Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(3):253-6.

21. Roveron G, De Toma G, Barbierato M. (2016). Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 43(2):165-169.
22. Cronin, E. (2012). What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Nursing*, 21(22).
23. Simmons, K. L. (2014). A view from here: psychosocial issues in colostomy care. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(1), 55-59.
24. Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of ostomy care. *Medsurg Nursing*, 15(4), 199.
25. Steinhagen, E., Colwell, J., & Cannon, L. M. (2017). Intestinal Stomas—postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 30(3), 184-192.
26. Carlsson E et al. (2016). The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. *Ostomy Wound Manage*; 62(10):34-48.
27. Cottam J, et al. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*; 9: 834 838.
28. Herlufsen P, et al. (2006) Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs*. 14-27;15(16):854-62.
29. Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, M. C., Wendel, C. S., & Krouse, R. (2013). Development of a chronic care ostomy self-management program. *Journal of Cancer Education*, 28(1), 70-78.
30. Goldberg, M., Aukett, L. K., Carmel, J., Fellows, J., & Pittman, J. (2010). Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(6), 596-598.
31. Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412.
32. Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K. A., & Liles, L. L. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of advanced nursing*, 60(6), 627-635.
33. Marcolongo, R., Bonadiman, L., Rossato, E., Belleggia, G., Tanas, R., & Badon, S. (2006). Curare "con" il malato. *L'educazione terapeutica come postura per il malato. Ed Istituto Change Torino*, 5-12.
34. Prinz, A., Colwell, J. C., Cross, H. H., Mantel, J., Perkins, J., & Walker, C. A. (2015). Discharge planning for a patient with a new ostomy: best practice for clinicians. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 42(1), 79-82.
35. Walker, C. A., & Lachman, V. D. (2013). Gaps in the discharge process for patients with an ostomy: An ethical perspective. *Medsurg Nursing*, 22(1), 61.
36. Colaiocco E., Durizzotto V., Fazzari N., Morandini S., Rastelli G., Santini G., Saracco C., Steduto G., L'infermiere esperto in stomaterapia, coloproctologia e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico: storia, formazione e job description, AIOSS, 2011.
37. Person B, et al. (2012) The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's independence. *Dis Colon Rectum*; 55: 783-7.
38. Doughty, D. (1992). Role of the enterostomal therapy nurse in ostomy patient rehabilitation. *Cancer*, 70(S3), 1390-1392.

Allegato n. 1: Stoma-Siting (position statement AIOSS e SIC (Soc. Ital.Chirurgia))

Il raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita per le persone stomizzate è lo scopo ultimo dell'attività del team sanitario multiprofessionale che si prende carico di diversi aspetti: eliminare/controllare la sintomatologia legata alla malattia, prevenire/ridurre le complicanze post-operatorie, favorire il self management sia dello stoma, sia della patologia di base (se ancora presente).

Tra i fattori che supportano il recupero fisico, sociale e psichico della persona stomizzata si possono annoverare:

- la tecnica chirurgica di confezionamento dello stoma,
- la sede di confezionamento della derivazione,
- la completa padronanza nella gestione dello stoma,
- l'adozione di un sistema di raccolta degli effluenti affidabile,
- la presenza di personale preparato e strutture sanitarie dedicate di riferimento.

Le associazioni di infermieri stomaterapisti hanno da tempo individuato nei primi due punti sopra elencati, le fasi che nel percorso riabilitativo della persona con stoma influiscono profondamente sull'adattamento alla presenza di questo nuovo organo¹.

Nei primi articoli della "Carta internazionale dei diritti dello stomizzato" elaborata per la prima volta al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair in Florida nel 1976 e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association, sono riportati i capisaldi dell'infermieristica stomaterapica.

Il documento, dopo aver menzionato al primo articolo il diritto di ricevere informazioni preoperatorie sui benefici derivanti dall'intervento chirurgico, nel 2° articolo recita il diritto di: *"Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita"*.

Recentemente questi principi sono stati adottati e raccomandati anche da alcune associazioni nazionali di medici chirurghi tra cui la ASCS (American Society of Colon & Rectal Surgeons)² e l'AUA (American Urological Association)³.

Questo documento si focalizza sulla scelta della sede più idonea per allestire uno stoma ossia sul **disegno preoperatorio della stomia**.

Cos'è

Si tratta di una tecnica che costituisce il primo passo verso il processo di riabilitazione della persona con stoma. Va attuata preoperatoriamente e consiste essenzialmente nella selezione del sito di posizionamento dello stoma. In tale occasione è possibile anche instaurare un rapporto di fiducia con il paziente (e la sua famiglia) che consenta di:

- valutare le sue conoscenze sulle motivazioni dell'intervento e del confezionamento di uno stoma;

- valutare le sue caratteristiche fisiche e i suoi bisogni psicologici (che possono incidere sulla scelta della sede della stomia);
- iniziare un percorso educativo finalizzato all'autonomia nella gestione del nuovo organo⁴.

Lo scopo

Mediante l'osservazione e la valutazione della conformazione addominale e delle sue modifiche al variare di postura, si vuole individuare un'area cutanea abbastanza ampia e pianeggiante (priva cioè di cicatrici, ferite e pliche cutanee) e lontana da strutture anatomiche come le salienze ossee, l'ombelico e la linea alba, che consenta:

- l'applicazione del sistema di raccolta in modo funzionale al contenimento delle deiezioni e alla prevenzione di distacchi improvvisi e ripetuti del dispositivo che possono compromettere non solo l'integrità cutanea ma soprattutto la vita di relazione e l'autostima;
- la prevenzione di alcune complicanze stomali come l'ernia peristomale, la retrazione, il prolasso e le lesioni cutanee peristomali;
- un rapido recupero dell'autonomia e dell'autostima del paziente.

Dove e come individuare il sito ottimale

Per quanto riguarda gli *outcomes* postoperatori, la scelta del punto di confezionamento dello stoma rappresenta, insieme all'educazione e alla tecnica chirurgica, una delle variabili che possono essere controllate dal personale sanitario.

La localizzazione dello stoma dipende dal tipo di derivazione: solitamente le colostomie discendenti e le sigmoidostomie vengono confezionate nel quadrante addominale inferiore sinistro; le ileostomie, le colostomie ascendenti e le cecostomie nel quadrante inferiore destro così come le uretero-ileo-cutaneostomie. Per favorire il *coping* e l'adattamento al nuovo organo si dovrebbe preferire una posizione al di sotto dell'ombelico, anche per quelle derivazioni enterali che interessano il colon trasverso. Si dovrebbe evitare la vicinanza a salienze ossee, pliche cutanee, cicatrici pregresse, incisioni chirurgiche per favorire l'adesione dell'ausilio stomale, sostenere il *self-care* e la riabilitazione post-operatoria.

Il confezionamento dello stoma all'interno del muscolo retto previene alcune complicanze stomali come l'ernia peristomale, il prolasso e la retrazione.

La scelta della sede stomale deve tener conto anche della situazione clinica, della presenza di alcuni handicap, e delle preferenze del paziente. Di fronte a persone obese, cachettiche o che vivono su una sedia a rotelle si devono prendere in considerazione altre opzioni (come per esempio preferire i quadranti addominali superiori per posizionare lo stoma) per permettere la visione diretta dello stoma e quindi l'autonomia gestionale⁵.

È importante valutare la conformazione addominale in diverse posizioni, distesa, seduta ed eretta, per individuare più facilmente le zone non idonee al confezionamento dello stoma.

L'abboccamento dello stoma alla parete addominale dovrebbe trovarsi a metà strada tra l'ombelico e le salienze ossee come le arcate costali e le creste iliache superiori, e alla sommità delle pliche di grasso che ben si visualizzano in posizione seduta⁶.

Un altro modo per individuare la posizione corretta della stomia consiste nel tracciare un triangolo tra ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube e quindi scegliere come sede il punto centrale della figura così ottenuta che viene definita "triangolo della stomia".

Analisi della letteratura (qui tralasciato)

PROCEDURA:

VALUTAZIONE E SCELTA DEL SITO ADDOMINALE OVE CONFEZIONARE LA STOMIA

Oggetto e scopo

Il presente documento descrive la procedura del disegno stomale preoperatorio sia per enterostomie che per urostomie. Rappresenta una guida all'individuazione della posizione più corretta dello stoma, premessa necessaria per prevenire alcune complicanze stomali, consente un migliore adattamento a questa nuova struttura, un più rapido raggiungimento del *self management* e recupero delle normali attività. Potrà essere anche d'aiuto nel caso in cui non fosse disponibile del personale sanitario competente per eseguire tale procedura.

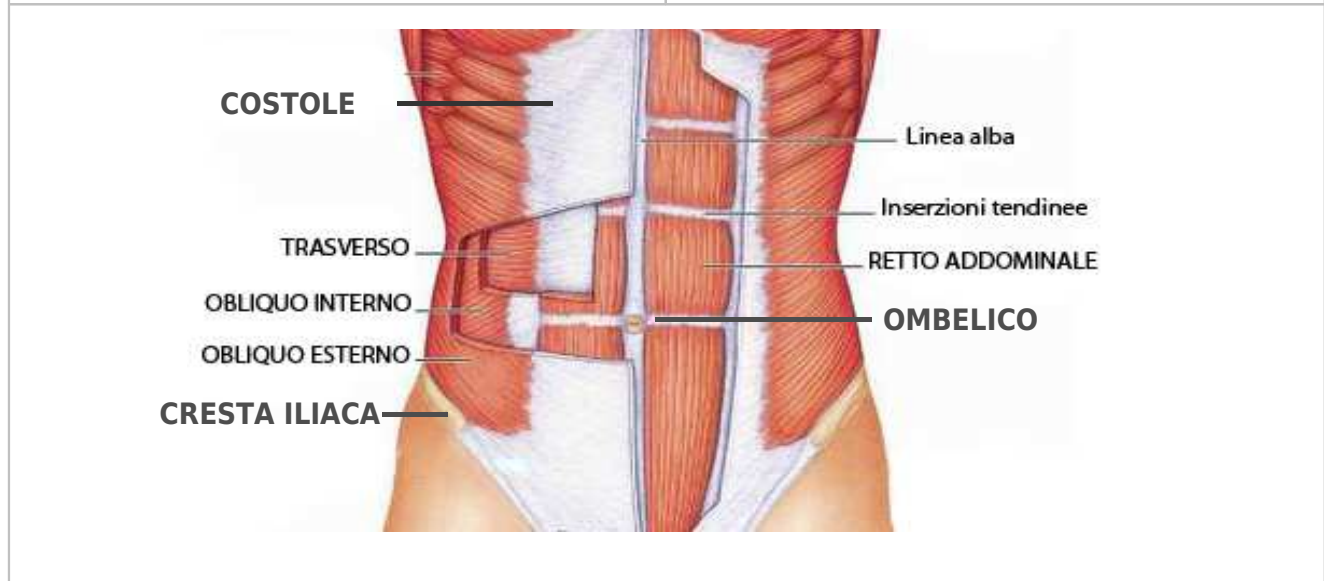
Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutte le persone a cui si prevede il confezionamento di una enterostomia o urostomia in regime di elezione. Si cercherà, per quanto la situazione possa consentirlo, di applicarla anche a quelle persone che verranno sottoposte a intervento chirurgico e confezionamento di uno stoma in regime d'urgenza/emergenza.

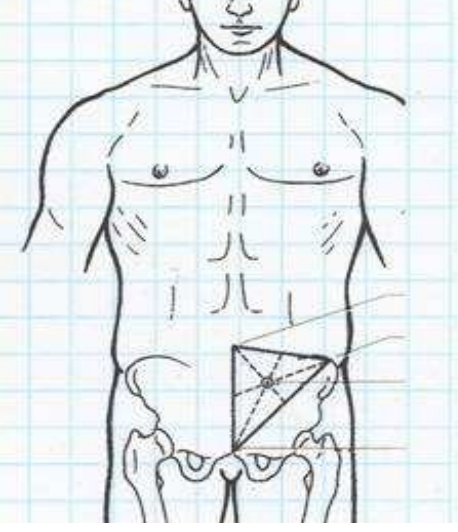
Procedura

Azione	Razionale
Procurarsi il materiale necessario: <ul style="list-style-type: none">▪ un pennarello indelebile▪ un pennarello delebile▪ un film trasparente in poliuretano▪ un sistema di raccolta	Ottimizzare il tempo a disposizione. Evitare disagi alla persona.
Informare la persona della procedura in atto.	Rispettare il diritto all'informazione e coinvolgere la persona.
Valutare l'addome, in posizione supina, e notare la presenza di cicatrici, nevi e pliche cutanee	Identificare eventuali aree che possono compromettere la capacità adesiva dei sistemi di raccolta delle deiezioni. Lo stoma dovrebbe essere

	<p>posizionato in un'area piana dell'addome per ridurre il rischio di perdite e infiltrazioni sotto il dispositivo di raccolta.</p>
<p>Evidenziare con il pennarello delebile alcune strutture anatomiche quali le arcate costali, le creste iliache, la linea alba, la linea della vita e i muscoli retti.</p>	<p>Delimitare la superficie addominale all'interno della quale disegnare lo stoma.</p>



<p>Selezionare e segnare con il pennarello delebile il punto medio sulla linea che unisce l'ombelico alla cresta iliaca o al margine costale. Il punto scelto deve trovarsi all'interno della muscolatura retta dell'addome (per evidenziare i muscoli retti basta chiedere alla persona di alzare la testa dalla posizione supina).</p> <p>Selezionare, se possibile, un punto al di sotto della linea della vita o della cintura, se presente.</p> <p>Tener conto, se possibile, delle abitudini di vita, dell'occupazione, degli hobbies e dei desideri della persona.</p>	<p>Individuare il punto ipotetico di posizionamento dello stoma.</p> <p>Il confezionamento dello stoma all'interno dei muscoli retti evita alcune complicanze stomali più frequenti come l'ernia peri-stomale e il prolasso.</p> <p>Soddisfare, per quanto possibile, le esigenze particolari della persona permette un migliore recupero fisico e psichico e una migliore qualità di vita.</p>
<p>In caso la persona fosse obesa e l'addome voluminoso, scegliere come sede il punto più alto dell'addome o un punto dei quadranti superiori.</p>	<p>Individuare un punto ipotetico di posizionamento ben visibile dalla persona e facilmente raggiungibile.</p>

<p>Un altro modo per individuare la posizione corretta della stomia: tracciare un triangolo tra ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube e scegliere il punto d'incontro di queste 3 linee.</p> <p>Lo stesso procedimento è valido per entrambi i quadranti addominali inferiori</p>	
<p>Valutare l'opportunità di segnare anche un secondo punto di reperi nel quadrante addominale controlaterale.</p>	<p>Fornire un altro punto di riferimento al chirurgo da prendere in considerazione in situazioni chirurgiche impreviste.</p>
<p>Far assumere alla persona la posizione seduta ed eretta.</p>	<p>Rilevare modifiche del profilo addominale al variare della postura e, se necessario, modificare il punto scelto di posizionamento dello stoma che deve essere lontano da cicatrici e pliche cutanee.</p>
<p>Chiedere alla persona di indicare con un dito, nelle diverse posizioni, il punto segnato.</p>	<p>Valutare la capacità della persona di vedere e di raggiungere senza difficoltà il punto individuato. Se necessario modificare il punto scelto per lo stoma. Questo gli permetterà di essere indipendente nella sua gestione.</p>
<p>Far riassumere alla persona le varie posizioni e accertarsi che possa vedere il punto scelto.</p>	<p>Confermare definitivamente la scelta fatta.</p>
<p>Pulire il punto prescelto e segnarlo con il pennarello indelebile. Se lo si ritiene opportuno, proteggere la zona con il film trasparente di poliuretano.</p>	<p>Segnare in modo indelebile la sede ritenuta più idonea per lo stoma e conservare fino al momento dell'intervento l'indicazione della sede prescelta.</p>

Bibliografia

1. Colwell J, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. JWOCN 2001; 28: 6-17
2. ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. Wound Ostomy Continence Nurs. 2007 Nov-Dec;34(6):627-8.
3. AUA and WOCN Society joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing creation of an incontinent urostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009 May-Jun;36(3):267-8.

4. Erwin-Toth P. Ostomy pearls: a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more. *Adv Skin Wound Care*. 2003 May-Jun;16(3):146-52.
www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3977/is_200305/ai_9239979
5. Erwin-Toth P. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 2006; 22(3): 174-7.
6. Turnbull RB, Weakley F. Ileostomy. In: Cooper, ed. *The Craft of Surgery*. Little Brown and Company, New York, NY. 1964;1065-73.
7. Pearl RK, Prasad ML, Orsay CP, Abcarian H, Tan AB, Melzl MT. Early local complications from intestinal stomas. *Arch Surg*. 1985 Oct;120(10):1145-7.
8. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997 Apr;40(4):440-2.
9. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, Abcarian H. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum*. 1999 Dec;42(12):1575-80.
10. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Disease* 2003, 5: 49-52
11. Millan M, Tegido M, Biondo S, García-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal Dis*. 2010 Jul;12(7 Online):e88-92. Epub 2009 Oct
12. Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP; Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment through the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis*. 2011 Aug;13(8):935-8. Epub 2010 May 17.
13. Pittman J. characteristics of the patient with a ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011 May-Jun;38(3):271-9.
14. Gulbiniene J, Markelis R, Tamelis A, Saladzinskas Z. The impact of preoperative stoma siting and stoma care education on patient's quality of life. *Medicina (Kaunas)*. 2004;40(11):1045-53.
15. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, Krouse RS. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008 Sep-Oct;35(5):493-503.
16. Haugen V, Bliss DZ, Savik K. perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006;33(5):525-35.
17. Mahjoubi B, Kiani Goodarzi K, Mohammad-Sadeghi H. quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. *World J Surg*. 2010 Jan;34(1):147-52.
18. Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's independence. *Dis Colon Rectum* 2012; 55: 783-7.

Allegato n. 2: STOMA CARE DELLE STOMIE INTESTINALI ED URINARIE

L'igiene, l'apparecchiatura della stomia e l'educazione dell'assistito alla gestione della stomia sono comunemente definite come "Stoma care", e nel loro insieme costituiscono il pilastro sul quale si fonda tutta la struttura del programma riabilitativo di una persona alla quale è stata allestita una derivazione urinaria od intestinale.

La scelta dei materiali e le modalità di effettuazione dell'igiene, la scelta del dispositivo e dell'utilizzo di accessori per l'apparecchiatura dello stoma, sono in funzione al tipo ed alla sede in cui la derivazione è stata confezionata, alla sua morfologia ed alla qualità degli effluenti.

L'appropriatezza dei processi di stoma care, è un requisito fondamentale per:


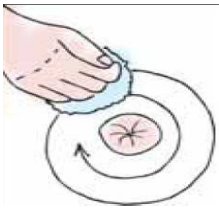
- Mantenere le caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale
- Assicurare l'adesività del dispositivo alla cute, fino alla sua sostituzione
- Promuovere il benessere e il confort della persona assistita
- Promuovere l'autonomia dell'assistito/a ad effettuare lo stoma care

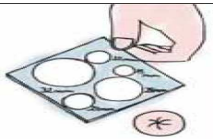
Oggetto e scopo: Il presente documento descrive la procedura dell'igiene del complesso stomale e della sostituzione/applicazione del dispositivo di raccolta monopezzo e a due pezzi della colostomia. La procedura rappresenta una guida per l'effettuazione della detersione del complesso stomale, la rimozione e l'applicazione del dispositivo che può essere considerata come riferimento anche per gli altri tipi di derivazione. Potrà essere anche d'aiuto nel caso in cui non fosse disponibile del personale sanitario competente per eseguire tale procedura.

Campo di applicazione: La presente procedura si applica a tutte le persone che hanno un enterostomia a cui si prevede il confezionamento di una enterostomia o urostomia in regime di elezione. Si cercherà, per quanto la situazione possa consentirlo, di applicarla anche a quelle persone che verranno sottoposte a intervento chirurgico e confezionamento di uno stoma in regime d'urgenza/emergenza.



Procedura


AZIONE	RAZIONALE
Lavaggio sociale delle mani.	Prevenire la trasmissione di microrganismi da operatore a persona assistita.
Predisporre il materiale Carrello o vassoio * Sacchetto per rifiuti * Sistema di raccolta monopezzo o a due pezzi, con sacca a fondo chiuso, con placca piana o convessa * Acqua tiepida potabile * Sapone isocutaneo (Ph 5/6) o detergente privo di oli o creme * Panno carta o garze non sterili * Telo in cotone o traversa monouso	Ottimizzare il tempo di effettuazione della procedura.

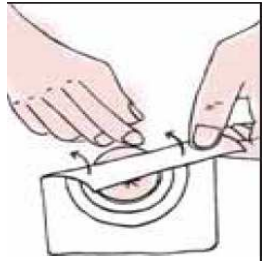
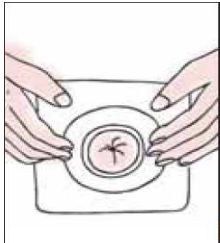
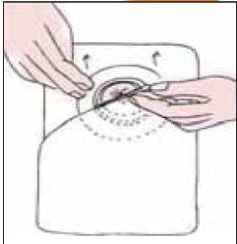
<ul style="list-style-type: none"> * Forbici con punte arrotondate e ricurve * Calibratore di stomia * Pasta barriera * Film protettivi * Cintura regolabile (se necessaria) * Guanti monouso 	
<p>Informare la persona assistita sulla procedura in attuazione</p>	<p>Rispettare il diritto all'informazione.</p> <p>Rendere corresponsabile la persona assistita rispetto alla cura della stomia.</p>
<p>Far assumere alla persona la posizione supina o seduta</p>	<p>Facilitare l'esecuzione della tecnica.</p>
<p>Scoprire l'addome del paziente e posizionare il telo in cotone o la traversa monouso sulla parte inferiore del corpo</p>	<p>Proteggere gli indumenti da imbrattamento con le deiezioni durante le manovre di igiene e apparecchiatura della stomia</p>
<p>Indossare i guanti.</p>	<p>Prevenire contaminazioni con le feci.</p>
<p>Rimuovere il sistema di raccolta dall'alto verso il basso, tendendo ed umidificando la cute peristomale con garza o panno carta bagnato con acqua tiepida</p> 	<p>Evitare contaminazioni della cute addominale con le feci.</p> <p>Facilitare il distacco della placca senza danneggiare la cute.</p>
<p>Esaminare le condizioni della placca del dispositivo rimosso</p>	<p>Rilevare lo stato di usura nella zona peristomale</p> <p>Rilevare se vi sono zone di infiltrazione delle deiezioni</p>
<p>In presenza di feci sullo stoma, rimuoverle con la garza o il panno carta</p>	<p>Evitare di contaminare le zone circostanti la stomia durante la detersione.</p>
<p>Effettuare la detersione della cute peristomale con movimenti circolari, partendo dall'esterno verso la stomia.</p> 	<p>Evitare di contaminare con le feci la zona distale della cute peristomale</p>

Asciugare la cute tamponando con garza o panno carta.	Garantire una efficace adesione della placca del sistema di raccolta Evitare lesioni della zona peristomale che possono insorgere in presenza di cute umida.
Misurare il diametro della stomia con il calibratore. 	Rilevare le dimensioni della stomia.
Ritagliare il foro della placca uguale o maggiore di 2 mm max, rispetto alle dimensioni della stomia	Proteggere la cute peristomale dal contatto con le feci. Il foro deve essere ritagliato in modo che aderisca perfettamente all'area circostante lo stoma.
Valutare in posizione supina e seduta il complesso stomiale e il profilo addominale del paziente	Rilevare variazioni morfologiche che possono richiedere l'adozione di placca convessa, pasta barriera/livellante

APPARECCHIATURA CON DISPOSITIVO MONOPEZZO

Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo. In presenza di placca con anello protettivo lasciare in sede la carta che ricopre l'adesivo microporoso	Evitare che l'adesivo microporoso aderisca ai guanti dell'operatore durante le manovre di applicazione del dispositivo
Applicare la pasta livellante sulla giunzione mucocutanea o creare un anello tutto intorno al foro della placca adesiva. Applicare la pasta livellante sulla superficie cutanea per riempire fessure o depressioni. 	Eliminare il rischio di infiltrazione degli effluenti. Creare un area piana che favorisca il mantenimento in situ del dispositivo
Lasciare asciugare la pasta livellante per circa 30 secondi.	Permette la completa evaporazione del solvente contenuto nella pasta e riduce il rischio di irritazione della cute
Modellare la pasta con un dito o con una garza inumidita	Creare uno strato uniforme circostante la stomia. Livellare la zona cutanea peristomale.
Valutare la necessità di applicare un film protettivo sulla cute peristomale e applicarlo se necessario	Isolare la pelle dal contatto con le deiezioni Garantire una maggiore aderenza della placca alla cute
Piegare la sacca alla base del margine inferiore del foro e farla combaciare con il bordo della giunzione mucocutanea nella parte sottostante lo stoma 	Facilitare l'applicazione del sistema di raccolta. Proteggere il bordo peristomale inferiore.

<p>Far aderire alla cute la placca, dal basso verso l'alto.</p> <p>Se presente rimuovere la carta che ricopre l'adesivo microporoso.</p> <p>Completare l'applicazione sfregando delicatamente i bordi, con i polpastrelli.</p>	<p>Evitare la formazione di pieghe.</p> <p>Garantire una buona adesione del dispositivo alla cute.</p>
<p>Rimuovere il telo di cotone o la traversa monouso</p>	
<p>Eliminare i rifiuti, riordinare il materiale, l'ambiente e togliere i guanti.</p>	<p>Garantire le norme di igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore.</p> <p>Rispettare i principi di gestione dei materiali in uso.</p>
<p>Lavaggio sociale delle mani.</p>	<p>Evitare la contaminazione tra operatore, persona assistita e ambiente.</p>
<p>APPARECCHIATURA CON DISPOSITIVO A DUE PEZZI</p>	
<p>Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo.</p> <p>In presenza di placca con anello protettivo lasciare in sede la carta che ricopre l'adesivo microporoso</p>	<p>Evitare che l'adesivo microporoso aderisca ai guanti dell'operatore durante le manovre di applicazione del dispositivo</p>
<p>Applicare la pasta livellante sulla giunzione mucocutanea o creare un anello tutto intorno al foro della placca adesiva.</p> <p>Applicare la pasta livellante sulla superficie cutanea per riempire fessure o depressioni.</p> 	<p>Eliminare il rischio di infiltrazione degli effluenti.</p> <p>Creare un area piana che favorisca il mantenimento in situ del dispositivo</p>

Lasciare asciugare la pasta livellante per circa 30 secondi.	Permette la completa evaporazione del solvente contenuto nella pasta e riduce il rischio di irritazione della cute
Modellare la pasta con un dito o con una garza inumidita	Creare uno strato uniforme circostante la stomia. Livellare la zona cutanea peristomale.
Valutare la necessità di applicare un film protettivo sulla cute peristomale e applicarlo se necessario	Isolare la pelle dal contatto con le deiezioni Garantire una maggiore aderenza della placca alla cute
Accostare il margine inferiore del foro della placca e farla combaciare con il margine sottostante lo stoma 	Facilitare l'applicazione del sistema di raccolta. Proteggere il bordo peristomale inferiore.
Far aderire alla cute la placca, dal basso verso l'alto. Passare le dita all'interno dell'anello della flangia. Se presente rimuovere la carta che ricopre l'adesivo microporoso. Completare l'applicazione sfregando delicatamente i bordi, con i polpastrelli. 	Favorire l'adesione del dispositivo alla cute. Far aderire bene lo strato protettivo attorno allo stoma.
Agganciare la sacca di raccolta alla flangia della placca. 	
Rimuovere il telo di cotone o la traversa monouso	
Accertarsi della perfetta aderenza della sacca alla flangia	Prevenire distacchi indesiderati della sacca.
Eliminare i rifiuti, riordinare il materiale, l'ambiente e togliere i guanti.	Garantire le norme di igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore. Rispettare i principi di gestione dei materiali in uso.

Bibliografia

1. Anderson I; *Protecting the skin against urine and faeces*; J Wound Care, 2000 Oct; 9 (9) : 420
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003

3. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
4. Black P.; *Practical stoma care*; Nurs Stand. 2000 Jun 28-Jul 4;14(41):47-53; quiz 54-5.
5. Boyd K, Thompson MJ, Boyd-Carson W, Trainor B, *Use of convex appliances*; Nurs Stand, 2004 Jan 28-Feb 3;18(20):37-8.
6. Bryant D, Fleischer I., Brigham, *Changing an ostomy appliance*; Nursing, 2000 Nov;30(11):51-3.
7. Burch J., *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma*; Br J Nurs., 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310-8.
8. Epps CK, *The delicate business of ostomy care*; RN., 1996 Nov;59(11):32-6; quiz 37.
9. Erwin Toth P., *Ostomy pearls: a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more*, Adv Skin Wound care, 2003 May-Jun; 16(3):146-52.
10. Erwin-Toth P, *Prevention and management of peristomal skin complications*; Adv Skin Wound Care, 2000 Jul-Aug; 13(4Pt 1):175-9
11. Fries CF, *Managing an ostomy*; Nursing, 1999 Aug;29(8):26.
12. Gallagher S, Gates J.; *Challenges of ostomy care and obesity*; Ostomy Wound Manage. 2004 Sep;50(9):38-40, 44, 46.
13. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
14. Guyot M, Montandon S, Valois MF.; *Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients*] Ann Chir. 2003 Nov;128(9):642-3.
15. McConnell EA, *Changing an ostomy appliance*; Nursing, 2002 Mar;32(3):17.
16. Metcalf C, *Stoma care-2. Emptying a drainable pouch*; Nurs Times, 2001 Apr 12-18;97(15):45-6.
17. Metcalf C., *Stoma care-3. Changing a 1-piece appliance*; Nurs. Times, 2001 Apr 19-25;97(16):41-2.
18. Metcalf C, *Stoma care –4. Fitting a 2-pieces appliance*; Nurs. Times, 2001 Apr 26 May 2;97(17):43-4.
19. Metcalf C., *Stoma care-5(a). Problem-solving*; Nursing Times, 2001 May 10-16;97(19):43-4.
20. Nix DH, *Factors to consider when selecting skin cleansing products*; J Wound Ostomy Continence Nurs., 2000 Sep;27(5):260-8.
21. No authors listed, *Protecting the skin against urine and faeces*; J Wound Care, 2000 Oct;9(9):420.
22. Rolstad BS, Erwin-Toth PL, *Peristomal skin complication: prevention and management*; Ostomy Wound Manage, 2004 Sep;50(9):68-77.
23. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; Prof Infirm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
24. Thompson J, *A practical ostomy guide. Part one*; RN, 2000 Nov;63(11):61-6;quiz 68.
25. Trainor B, Thompson MJ, Boyd-Carson W, Boyd K. ; *Clinical protocols for stoma care: 2. Changing an appliance*; Nurs Stand. 2003 Dec 10-16;18(13):41-2.
26. Van den Bulck R ; *[Stomatherapy]*; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.
27. Van den Bulck R.; *[Stoma therapy, stomas, dressings, care and complications]* Soins. 2004 Apr;17-22.

Allegato n. 3: IRRIGAZIONE TRANS-STOMALE A SCOPO RIABILITATIVO

Irrigazione a scopo riabilitativo

L'irrigazione trans-stomale a scopo riabilitativo consiste nell'introduzione di acqua nel colon residuo allo scopo di provocare la fuoriuscita di feci e gas in esso contenuti.

Destinatari:

Persone con trasversostomia sinistra, colostomia sinistra, sigmoidostomia.

Obiettivi:

- Ottenere una continenza passiva all'emissione delle feci ed una riduzione dell'emissione dei gas
- Promuovere il comfort e l'autonomia della persona
- Favorire il benessere psico-fisico della persona con stomia
- Ridurre i fattori di rischio di complicità della cute peristomale. Contenere i costi di gestione

La riabilitazione della funzione intestinale, mediante irrigazione, va iniziata dopo almeno trenta giorni dall'intervento chirurgico.

L'irrigazione riabilitativa è controindicata nel periodo in cui la persona è in trattamento con terapie adiuvanti.

Sono da considerarsi fattori di esclusione per l'irrigazione a scopo riabilitativo i soggetti affetti da malattie diverticolari, malattie infiammatorie croniche del colon, megacolon, ernia parastomale, stenosi serrata del lume della stomia.

Sono da considerarsi controindicazioni relative le difficoltà visive e di movimento, l'insufficienza cardiovascolare grave, le alterazioni dello stato di coscienza, il prolasso stomale e la diarrea.

L'educazione del paziente all'effettuazione della tecnica, deve prevedere la pianificazione di almeno tre irrigazioni tutorate, e la valutazione del grado di autonomia acquisito a distanza di una settimana.

L'esecuzione della tecnica irrigativa va ripetuta con cadenza regolare, di norma ogni 48 ore, per favorire l'acquisizione della ritmicità dell'alvo.

L'assunzione di piccole quantità di cibo e/o di bevande calde, prima dell'effettuazione della pratica irrigativa, favorisce la peristalsi intestinale ed un efficace svuotamento del colon residuo.

Durante l'introduzione dell'acqua, la persona può assumere la postura eretta o seduta.

Durante l'introduzione dell'acqua, si possono manifestare sintomi quali nausea e sudorazione, secondari a stimolazioni vagali; in tal caso sospendere la manovra senza rimuovere il cono, fino alla risoluzione della sintomatologia.

Se l'irrigazione non ottiene il risultato atteso nei tempi previsti, non deve essere ripetuta prima di 24 ore.

Consegnare alla dimissione le linee guida da consultare a domicilio.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN

ARGOMENTO

Irrigazione intestinale a scopo riabilitativo.

DESTINATARI

Persone con trasversostomia sinistra, colostomia sinistra, sigmoidostomia.

OBIETTIVI

- Ottenere una continenza passiva all'emissione delle feci ed una riduzione dell'emissione dei gas.
- Promuovere il comfort e l'autonomia della persona.
- Ridurre i fattori di rischio di complicità della cute peristomale. Contenere i costi di gestione.

PROTOCOLLO

- A** La riabilitazione della funzione intestinale, mediante irrigazione, va iniziata dopo almeno trenta giorni dall'intervento chirurgico.
- B** L'irrigazione riabilitativa è controindicata nel periodo in cui la persona è in trattamento con terapie adiuvanti.
- C** Sono da considerarsi fattori di esclusione per l'irrigazione a scopo riabilitativo i soggetti affetti da malattie diverticolari, malattie infiammatorie croniche del colon, megacolon, ernia parastomale, stenosi serrata del lume della stomia.
- D** Sono da considerarsi controindicazioni relative le difficoltà visive e di movimento, l'insufficienza cardiovascolare grave, le alterazioni dello stato di coscienza, il prolasso stomale e la diarrea.
- E** L'educazione del paziente all'effettuazione della tecnica, deve prevedere la pianificazione di almeno tre irrigazioni tutorate, e la valutazione del grado di autonomia acquisito a distanza di una settimana.

F L'esecuzione della tecnica irrigativa va ripetuta con cadenza regolare, di norma ogni 48 ore, per favorire l'acquisizione della ritmicità dell'alvo.

G L'assunzione di piccole quantità di cibo e/o di bevande calde, prima dell'effettuazione della pratica irrigativa, favorisce la peristalsi intestinale ed un efficace svuotamento del colon residuo.

H Durante l'introduzione dell'acqua, la persona può assumere la postura eretta o seduta.

I Durante l'introduzione dell'acqua, si possono manifestare sintomi quali nausea e sudorazione, secondari a stimolazioni vagali; in tal caso sospendere la manovra senza rimuovere il cono, fino alla risoluzione della sintomatologia.

L Se l'irrigazione non ottiene il risultato atteso nei tempi previsti, non deve essere ripetuta prima di 24 ore.

M Consegnare alla dimissione le linee guida da consultare a domicilio.

IRRIGAZIONE INTESTINALE (set con sacca mono pezzo)

L'IRRIGAZIONE: consiste nell'introduzione di acqua nel colon residuo allo scopo di provocare la fuoriuscita di feci e gas in esso contenuti.

DESTINATARI

Persone con colostomia sinistra, sigmoidostomia, trasversostomia sinistra.

OBIETTIVI

- Ottenere la continenza passiva all'emissione di feci per almeno 24 ore.
- Ottenere la pulizia del colon per scopi diagnostici.
- Favorire il benessere psico-fisico della persona con stomia.

L'esecuzione della tecnica richiede l'intervento di un operatore

MATERIALE OCCORRENTE

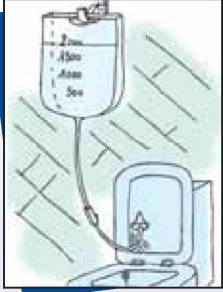

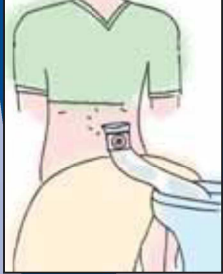
- Carrello o vassoio
 - Sacchetto per rifiuti
 - Sistema di raccolta
 - Acqua tiepida potabile per l'igiene della stomia
 - Sapone neutro o soluzione detergente
 - Panno carta o garze non sterili
 - Gel lubrificante
 -
 -
- **Set per irrigazione con sacca di scarico mono pezzo**
 - Telino
 - 2.000 ml. di acqua potabile a temperatura corporea
 - Orologio
 - Sostegno
 - Guanti monouso
 -
 -




PROCEDURA

Sequenza degli atti

Razionale

1 Lavaggio sociale delle mani.	<i>Evitare la contaminazione tra operatore, persona assistita e ambiente.</i>
2 Predisporre il materiale.	<i>Ottimizzare l'utilizzo del tempo. Evitare disagi alla persona assistita.</i>
3 Informare la persona assistita.	<i>Rispettare il diritto all'informazione. Coinvolgere la persona assistita.</i>
4 Far assumere alla persona la posizione seduta.	<i>Mantenere una posizione confortevole per la persona. Favorire l'esecuzione della tecnica.</i>
5 Scoprire l'addome e proteggerlo con un telino.	<i>Favorire l'esecuzione della tecnica. Tutelare la privacy della persona.</i>

<p>6 Riempire la sacca dell'irrigatore con acqua ed appenderla ad una altezza di 40 cm. sopra le spalle della persona.</p> 	<p><i>Consentire un corretto deflusso dell'acqua.</i></p>
<p>7 Far defluire l'acqua nel tubo collettore e chiudere il morsetto.</p> 	<p><i>Consentire il normale deflusso dell'acqua evitando la presenza d'aria nel tubo collettore.</i></p>
<p>8 Indossare i guanti.</p>	<p><i>Prevenire la contaminazione tra l'assistito, l'operatore e viceversa.</i></p>
<p>9 Rimuovere il sistema di raccolta in situ dall'alto verso il basso, tendendo ed umidificando la cute peristomiale.</p>	<p><i>Evitare il contatto delle feci con la cute addominale. Facilitare la rimozione. Prevenire microtraumi della cute peristomiale.</i></p>
<p>10 Rimuovere eventuali residui fecali presenti sulla stomia.</p>	<p><i>Permettere l'esecuzione della tecnica in condizioni igieniche ottimali. Visualizzare la stomia.</i></p>
<p>11 Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo.</p>	
<p>12 Applicare la sacca di scarico sulla cute peristomiale e posizionare la parte terminale nel water.</p> 	<p><i>Evitare che le feci e il liquido di lavaggio sporchino la persona e l'ambiente.</i></p>

<p>12 Lubrificare il dito indice con l'apposito gel ed eseguire l'esplorazione digitale della stomia.</p> 	<p><i>Facilitare l'introduzione del dito. Individuare la direzione del lume intestinale.</i></p>
<p>14 Lubrificare il cono e previa apertura del morsetto, inserirlo ed estrarlo dal lume della stomia per 5/6 volte.</p> 	<p><i>Facilitare l'introduzione del cono. Rimuovere eventuali residui fecali che potrebbero ostacolare l'introduzione dell'acqua.</i></p>
<p>15 Riposizionare il cono tenendolo ben adeso alla stomia e far defluire 800-1000 ml. di acqua in 3-5 minuti.</p>	<p><i>Evitare la fuoriuscita dell'acqua. Creare una distensione meccanica del colon per ottenere una reazione peristaltica riflessa e quindi l'espulsione del contenuto intestinale.</i></p>
<p>16 Chiudere il morsetto del tubo collettore e rimuovere il cono.</p> 	
<p>17 Ripiegare e chiudere l'apertura superiore della sacca con due mollette.</p>	<p><i>Evitare che le feci e il liquido di lavaggio sporchino la persona e l'ambiente.</i></p>
<p>18 Attendere 20 minuti.</p>	<p><i>Tempo necessario per permettere lo svuotamento del colon.</i></p>
<p>19 Effettuare sull'addome della persona un lieve massaggio in senso orario.</p>	<p><i>Favorire l'espulsione delle feci residue.</i></p>

220	la sacca di scarico dall'alto verso il basso attendere ulteriori 10 minuti e poi rimuovere la sacca.	Consentire il completo svuotamento dell'intestino. Facilitare la rimozione della sacca. Prevenire microtraumi della cute peristomale.
221	garza o panno carta. Rimuovere le feci presenti sulla stomia con	Evitare la contaminazione delle zone circostanti durante la detersione.
222	Detergere la cute peristomale con acqua e sapone.	Mantenere la cute integra.
223	Effettuare la detersione con movimenti circolari dall'esterno verso la stomia.	Evitare il contatto delle feci con la cute in quanto istolesive per le loro caratteristiche biochimiche.
224	Asciugare la cute tamponando con garza o panno carta.	Evitare microtraumi e lesioni della zona circostante la stomia che possono insorgere in presenza di cute umida. Consentire l'adesione della placca del sistema di raccolta.
225	Applicare il sistema di raccolta in uso.	
226	Detergere, sciacquare, disinfettare e asciugare il set per l'irrigazione.	Garantire le norme d'igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore. Rispettare i principi di gestione del materiale in uso.
227	Eliminare i rifiuti, riordinare il materiale e l'ambiente.	Garantire le norme d'igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore. Rispettare i principi di gestione del materiale in uso.
228	Togliere i guanti.	
229	Lavaggio sociale delle mani.	Evitare la contaminazione tra operatore, persona assistita e ambiente .

Allegato n. 4: LESIONE DELLA CUTE PERISTOMALE

Questa complicanza trova la sua definizione nella stessa denominazione, come si presenta clinicamente e la graduazione della sua entità determina poi le strategie d'intervento. Sovente è secondaria ad altre complicanze o ad inappropriata gestione dello stomia care; in altri casi la complicanza cutanea deriva dal contatto con feci e/o urine che si infiltrano al di sotto della placca del dispositivo ed impongono cambi più frequenti degli ausili di raccolta, la qualcosa aggiunge un'ulteriore noxa lesiva traumatica, generando un circolo vizioso che ha conseguenze drammatiche per la persona stomizzata.



Le manifestazioni della lesione variano dal rossore cutaneo, attraverso papule e vescicole, fino alle erosioni ed ulcerazioni; s'irradiano verso la periferia, dove diminuiscono di intensità, terminando "a scalino" sulla cute sana. Prurito, bruciore e dolore sono i sintomi più frequenti e se a questi si aggiunge la difficoltà a mantenere adeso e in situ il dispositivo di raccolta la condizione del paziente diviene intollerante. Inoltre si possono instaurare sovra infezioni micotiche e lesioni da grattamento che costituiscono il rischio di ulteriori complicanze del complesso stomale.

Il conseguimento e la conservazione dell'integrità cutanea peristomale è l'obiettivo principale che si pongono la persona portatrice di stomia e lo stomaterapista.

L'approccio terapeutico è strettamente dipendente dalla clinica della lesione e si fonda sull'integrazione organica delle competenze multidisciplinari.

Management Care

1. Valutazione dell'eziologia della complicanza: chimica, meccanica, infettiva, correlata alla malattia.
2. Valutazione e classificazione dell'alterazione/lesione: identificare le caratteristiche cliniche e l'area in cui si presenta riferendosi ad una specifica scala di classificazione è importante per la continuità delle cure e per decidere il trattamento appropriato.
3. Medicazione della lesione: l'impiego di medicazioni avanzate deve essere appropriato alla fase clinica rilevata.
4. Rivalutazione dell'appropriatezza del dispositivo di raccolta in uso: adattabilità, protezione.
5. Utilizzo di accessori che permettono di isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e una maggior stabilità del dispositivo applicato.
6. Educazione dell'assistito e/o caregiver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.

Bibliografia

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Black P.; *Treating peristomal skin problems in the community.*; Br J Community Nurs. 2002 Apr;7(4):212-7
4. Bonham P, Schaffner; *Management of extensive peristomal ulcers around a retracted, stenotic ileal conduit stoma site*; A.J Wound Ostomy Continence Nurs. 1999 Sep;26(5):276-82
5. Borglund E, Nordstrom G, Nyman CR.; *Classification of peristomal skin changes in patients with urostomy*; J Am Acad Dermatol. 1988 Oct;19(4):623-8.
6. Bradley M, Pupiales M.; *Essential elements of ostomy care*; Am J Nurs. 1997 Jul; 97 (7) 38-45; quiz 46
7. Broadwell DC., *Peristomal Skin Integrity*; Nurs Clin North Am. 1987 Jun; 22(2):321/32

8. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications*; Br J Nurs 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
9. Burch J.; *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma*; Br J Nurs. 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310
10. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community*, A-Z.; Br J Community Nurs. 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
11. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion.*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 2001 Jan;28(1):6-17
12. Fernandez-Redondo V, Leon A, Santiago T, Toribio J.; *Allergic contact dermatitis from local anaesthetic on peristomal skin.*; Contact Dermatitis. 2001 Dec;45(6):358
13. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies.*; Practitioner. 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.
14. Francis EP, Sandhal L, Reed MJ, Miller OF; *Cutaneous presentation of ectopic small bowel mucosa* J Am Acad Dermatol. 2004 Sep;51 (3):476-7
15. Gruppo di Ricerca "Mosè le Tavole"; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
16. Guyot M, Montandon S, Valois MF.; *[Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients]* 2003 Nov;128(9):642-3.
17. Hess CT.; *The art of skin and wound care documentation*; Home Healthc Nurse. 2005 Aug;23(8):502-13; quiz, 514-5.
18. Hocevar BJ, Landis-Erdman J, Hanlon M.; *Pouching challenges in a patient with extensive peristomal skin loss and subsequent skin graft.*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 1999 Jan;26(1):48-52
19. Lee J.; *Common stoma problems: a brief guide for community nurses.*; Br J Community Nurs. 2001 Aug;6(8):407-13
20. Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH, *Peristomal dermatoses: a novel indication for topical steroid lotions*; J Am Acad Dermatol. 2000 Oct; 43(4):679-82
21. Lyon CC, Stapleton M, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH; *Topical sucralfate in the management of peristomal skin disease: an open study.*; Clin Exp Dermatol. 2000 Nov;25(8):584-8.
22. Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH.; *The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients*; Br J Dermatol. 2000 Dec;143(6):1248-60.
23. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomie*; Urol Nurs. 1990 Dec;10(4):17-22.
24. Moriyasu A, Katoh N, Kishimoto S.; *Psoriasis localized exclusively to peristomal skin.* J Am Acad Dermatol. 2006 Feb;54(2 Suppl):S55-6.
25. Nix D., Ermer-Seltun J.; *A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use*; Ostomy Wound Manage 2004 Dec; 50(12):59-67
26. [No authors listed]; *Protocols for stoma care.*; Nurs Stand. 2000 Feb 2-8;14(20):suppl p. 2.
27. Ratliff CR, Donovan AM.; *Frequency of peristomal complications*; Ostomy Wound Manage. 2001 Aug;47(8):26-9.
28. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC.; *Descriptive study of peristomal complications.* J Wound Ostomy Continence Nurs; 2005 Jan-Feb;32(1):33-7

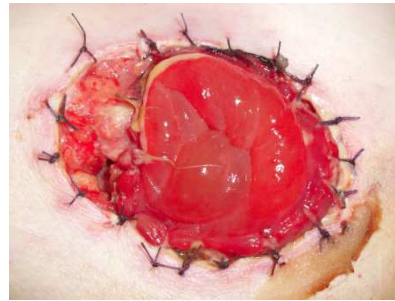
29. Ringhofer J., Meeting the needs of your ostomy patient; RN 2005 Aug; 68(8):37/41; quiz 42
30. Rolstad BS, Erwin-Toth PL.; Peristomal skin complications: prevention and management; Ostomy Wound Manage. 2004 Sep;50(9):68-77
31. Rothstein MS.; Management of stomal wounds; Clin Dermatol. 1994 Jan-Mar;12(1):81-8.
32. Santos VL.; [How I managed peristomal dermatitis];Rev Esc Enferm USP. 1994 Apr;28(1):67-71
33. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; [Tables of Moses: nursing research project]; Prof Infirm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
34. Tavela Veloso F. Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther. 2004 Oct;20 Suppl 4:50-3.
35. Turnbull GB.; Infections of the peristomal skin.; Ostomy Wound Manage. 2005 Jun;51(6):14, 16
36. Van den Bulck R.; [Stoma therapy, stomas, dressings, care and complications] Soins. 2004 Apr;(684 Pt 1):17-22.
37. Van den Bulck R. [Complications in the peristomal zone] Soins. 2004 Sep;(688):27-8, 30-1.
38. Van den Bulck R.; [Stomatherapy]; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.
39. Van Niel J.; What's wrong with this peristomal skin?; Am J Nurs. 1991 Dec;91(12):44-5.
40. Yeo H, Abir F, Longo WE.; Management of parastomal ulcers; World J Gastroenterol. 2006 May 28;12(20):3133-7.

Allegato n. 5: DISTACCO DELLA GIUNZIONE MUCO CUTANEA

Il distacco mucocutaneo è una **complicanza precoce** della chirurgia stomale che consiste nella rottura della linea di sutura praticata in corrispondenza della giunzione mucocutanea.

Il distacco si presenta con una separazione del viscere stomale dalla cute addominale che genera una cavità di dimensioni e profondità variabili.

La complessità clinica e la scelta del trattamento è strettamente dipendente dall'estensione e dalla profondità della lesione.



La presenza di questa complicanza può arrecare grave disagio al paziente, determinare difficoltà all'adesione del dispositivo di raccolta, ritardare il processo di recupero psico fisico e rendere necessario un prolungamento dei tempi di degenza ospedaliera e l'estensione delle cure assistenziali presso l'ambulatorio di stomaterapia e/o al domicilio dell'assistito.

L'intervento chirurgico per la risoluzione di questa complicanza può rendersi necessario nel caso di distacco totale e profondo ma nella maggior parte dei casi il trattamento è conservativo e in questi situazioni è importantissima l'appropriata gestione del care che integra prestazioni cliniche, educative e di counselling riconducibili alle competenze specifiche dell'infermiere esperto in stomaterapia.

Il CORE del Management Care è rappresentato da:

1. Valutazione clinica della lesione: estensione, profondità, caratteristiche dei tessuti e degli effluenti alla base della ferita.
2. Detersione del letto della lesione
3. Scelta e applicazione di medicazioni avanzate in rapporto alle caratteristiche cliniche rilevate della lesione ed eventuale realizzazione di medicazione secondaria per proteggere quella primaria.

4. Identificazione e scelta del dispositivo di raccolta con placca rispondente alle caratteristiche morfologiche della stomia e del complesso stomale e salvaguardare la corretta adesività e la protezione della cute peristomale.
5. Utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
6. Educazione dell'assistito e/o caregiver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.

Bibliografia

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies* ; 2003 - A.F.E.T. – Hollister – Francia.
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostmies* ; 2003 -A.F.E.T. – Hollister – Francia.
3. Boyd-Carson W, Thompson MJ, Trainor B, Boyd K, *Mucocutaneous separation*; Nurs Stand 2004 Jan 7-13;18(17):41-3.
4. Burch J, *The management and care of people with stoma complications*; Br J Nurs 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8.
5. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; 2003 – AIOSS Hollister S.p.A – Italia.
6. Guyot m, Montandon S, Valois MF; *Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients*; Ann. Chir. 2003 Nov.; 128 (9): 642-3
7. Lee J., *Common stoma problems:a brief guide for community nurses*; Br J Community Nurs 2001 Aug;6(8):407-13.
8. Maidl L, *Stomal and peristomal skin complications with urostomies*; Urol Nurs 1990 Dec;10(4):17-22.
9. Rolstad B, Boarini J.; *Principles and techniques in the use of convexity*; Ostomy Wound Management, 1996 42 (1) –24 - 32
10. Rolstad BS, Erwin-Toth PL, *Peristomal skin complications: prevention and management*; Ostomy Wound Manage 2004 Sep;50(9):68-77.
11. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *[Tables of Moses: nursing research project]*; Prof Inferm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
12. Van den Bulck R.; *[Stomatherapy]*; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.
13. Van den Bulck R. *[Complications in the peristomal zone]* Soins. 2004 Sep;(688):27-8, 30-1.
14. Van den Bulck R.; *[Stoma therapy, stomas, dressings, care and complications]* Soins. 2004 Apr;(684 Pt 1):17-22.

Allegato n. 6: STENOSI DELLA STOMIA

La stenosi è una complicanza che clinicamente si presenta con il **restringimento del lume stomale** a livello fasciale o cutaneo.

È sovente secondaria all'esito di altre complicanze del complesso stomale (ascessi e suppurazioni, ischemia e necrosi, fistole, distacco della giunzione muco cutanea, etc.) che con il processo di guarigione causano la formazione di tessuto cicatriziale, non elastico, attorno alla stomia. Altre cause sono riconducibili all'incisione cutanea a taglio o troppo stretta rispetto al diametro del viscere intestinale esterorizzato o, nelle derivazioni urinarie, al deposito di concrezioni fosfatice sulla circonferenza dello stoma.



Questa complicanza può causare ristagno fecale, tensione addominale, putrefazione e iperfermentazione del contenuto intestinale, i pazienti ileostomizzati possono presentare un'ostruzione parziale dovuta al bolo alimentare mentre i soggetti con colostomia possono avvertire dolore e crampi addominali in concomitanza con il passaggio delle feci, a causa dell'azione peristaltica

dell'intestino che tenta di spingerle attraverso la stenosi.

La risoluzione del problema può richiedere l'intervento chirurgico di escissione del cerchio cutaneo fibroso peristomale o di allargamento dell'apertura trans-parietale e il rimodellamento della stomia.

Nelle stenosi meno gravi la gestione conservativa prevede la messa in atto di comportamenti e azioni volte a rallentare/evitare il peggioramento del restringimento del lume stomale, per garantire la fisiologica funzione di eliminazione delle deiezioni e il benessere della persona assistita.

Il Core del Management care

1. Effettuazione di tecniche di dilatazione dell'orifizio stomale per allargare la stenosi e prevenire il peggioramento della stenosi. Tali manovre, manuali o con

dilatatori morbidi vanno eseguite con cautela in modo da non causare lesioni della cute e della mucosa stomale e conseguentemente ulteriori cicatrici (Burch J.- 2005)

2. Valutazione dello stile alimentare dell'assistito e suggerimenti sui comportamenti da modificare/adottare per mantenere le feci morbide al fine di agevolare la defecazione ed evitare sindromi occlusive.
3. Valutare l'opportunità e l'assenza di controindicazioni a praticare l'irrigazione intestinale a scopo riabilitativo: ciò consentirebbe l'adozione di device post irrigazione dotato di tappo espansivo.
4. Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
5. Educazione dell'assistito e/o care giver sulle modalità di effettuazione delle dilatazioni digitali del lume stomale che devono essere ripetute quotidianamente.

Bibliografia

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications*. Br J Nurs. 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
3. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community A-Z*; Br J Community Nurs. 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
4. Collett K.; *Practical aspects of stoma management*; Nurs Stand 2002 Nov 6-12;17(8):45-52; quiz 54-5.
5. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 2001 Jan;28(1):6-17.
6. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies*. Practitioner. 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.
7. Gray EH, Blackinton J, White GM; *Stoma care in the school setting*; J Sch Nurs. 2006 Apr; 22 (2):74-80
8. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003

9. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomies*; Urol. Nurs. 1990 Dec; 10(4):17-22
10. Metcalf C.; *Stoma care – 6(a). Complications*; Nurs. Times, 2001 May; 24-30;97 (21):45-6
11. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; Prof Inferm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
12. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; Prof Nurse. 2001 Dec; 17 (4): 252-4.
13. Van den Bulck R ; *[Stomatherapy]*; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.

Allegato n. 7: PROLASSO DELLA STOMIA

Il prolasso è una complicanza che clinicamente si evidenzia con un **eccessiva protrusione della mucosa** dovuta allo scivolamento dell'intestino all'esterno attraverso la stomia, che si mostra aumentata di diametro ed edematosa.

L'eziologia del prolasso è riconducibile alla tecnica di confezionamento della stomia (eccessiva ampiezza dell'incisione chirurgica parietale e cutanea, fissazione inadeguata del viscere intestinale alla fascia addominale), o ad anomalie della struttura addominale (debolezza della muscolatura addominale, accresciuta pressione intra – addominale, obesità, gravidanza etc.).



La lunghezza e la dimensione del prolasso oltre a rendere difficile l'effettuazione delle tecniche di igiene e apparecchiatura e la possibilità per il paziente di mimetizzare la stomia sotto gli abiti; può essere causa di sanguinamento, edema e processi infiammatori della mucosa, ostacola la corretta adesività della placca alla cute aumentando il rischio di distacchi indesiderati e di alterazioni della cute peristomale. In assenza di indicazioni chirurgiche di rimodellamento o di ri-confezionamento della stomia, la gestione conservativa di questa complicanza richiede la rivalutazione delle modalità di base dello stoma care per ridurre i fattori di rischio degli eventi avversi sopra descritti.

Management Care

1. Valutazione delle caratteristiche della mucosa stomale prolassata: colore, volume, lunghezza, integrità è un'azione importantissima del processo decisionale clinico. La rivalutazione dell'adeguatezza del dispositivo in uso, deve essere stabilito in base alle condizioni anatomo funzionali del prolasso.

2. Adozione di strategie per la diminuzione dell'edema e la retrazione della mucosa intestinale prolassata: trattamento osmotico locale, o riduzione manuale del prolasso. L'obiettivo è di evitare traumi, sanguinamento e lesioni che possono causare processi infiammatori, ischemia e necrosi. (Fowler JM et altri- 2003, Burch J- 2005, Barr JE-2004)
3. Rilevare il diametro della stomia e adattare il foro della placca in modo da accogliere il viscere stomale al suo interno senza costrizioni al fine di evitare traumi e sanguinamenti. (Barr JE – 2004)
4. Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
5. Applicazione di un supporto addominale (fascia contenitiva) per contenere il prolasso dopo la sua riduzione (Myers – 1996, Burk J – 2005; Colwell JC et al – 2001; Barr Je – 2004)
6. Educazione dell'assistito e/o care giver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.

Bibliografia

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Barr JE.; *Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making*; Ostomy Wound Manage. 2004 Sep;50(9):50-2, 54, 56 passim
4. Black P.; *Practical stoma care.*; Nurs Stand. 2000 Jun 28-Jul 4;14(41):47-53; quiz 54-5.
5. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications.* Br J Nurs. 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
6. Burch J.; *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma*; Br J Nurs. 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310-8.
7. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community A-Z*; Br J Community Nurs. 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
8. Collett K.; *Practical aspects of stoma management*; Nurs Stand 2002 Nov 6-12;17(8):45-52; quiz 54-5.
9. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 2001 Jan;28(1):6-17.
10. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies.* Practitioner. 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.

11. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
12. McErlain D, Kane M, McGrogan M, Haughey S.; Clinical protocols for stoma care: 5. Prolapsed stoma. *Nurs Stand*. 2004 Jan 14-20;18(18):41-2.
13. Metcalf C.; *Stoma care-6(b) Complications*; *Nurs Times*. 2001 Jun 7-13;97(23):43-4.
14. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; *Prof Infirm*. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
15. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; *Prof Nurse*. 2001 Dec;17:252-4.
16. Yeo H, Abir F, Longo WE.; *Management of parastomal ulcers*; *World J Gastroenterol*. 2006 May 28;12(20):3133-7
17. Van den Bulck R ; *[Stomatherapy]*; *Rev Med Brux*. 2001 Sep;22(4):A228-33.

Allegato n. 8: ERNIA PARASTOMALE

L'ernia parastomale è una comune complicanza indotta dall'indebolimento della parete addominale.

All'osservazione clinica si rileva gonfiore o protuberanza nell'area peristomale, il **dolore** e la sensazione di **tensione** possono essere spiacevoli (Myers, 1996, cit. in ⁶), può provocare **infiltrazione degli effluenti** al di sotto della placca del dispositivo di raccolta (Blackley, 1998, cit. in ⁶) e rendere disagiata la visualizzazione della stomia con conseguente **difficoltà** ad effettuare in **autonomia** lo stoma care; inoltre il gonfiore può risultare evidente sotto gli indumenti e costituire fonte di imbarazzo.



La correzione chirurgica e l'eventuale riposizionamento dello stoma in altra sede non è il trattamento iniziale, in molte pubblicazioni presenti in letteratura gli autori sostengono che i risultati dell'intervento sono spesso inadeguati e l'ernia può ripresentarsi (*Carne et altri - 2003, cit. in ⁵⁻⁶, Colwell JC et altri - 2001, Yeo H et altri - 2006,*) per questo il trattamento chirurgico viene considerato solo nelle situazioni in cui vi è un alto rischio di occlusione intestinale, di incarcerazione e strozzamento del viscere dislocato e, quando la gestione conservativa, causa gravi problemi e limitazioni alla qualità della vita del paziente.

Management Care

1. Rilevazione e valutazione sistematica delle caratteristiche della cute circostante la stomia: Il rischio di alterazioni della cute peristomale è aumentato a causa della tensione della pelle sull'ernia.
2. Rilevazione e valutazione del colore e della vitalità della stomia: la variazione del colore della mucosa stomale (rosso scuro, violaceo o nero) sono indicative di alterazioni

della vascolarizzazione dello stoma che orientativamente può essere correlato a incarcerazione delle anse intestinali dislocate.

3. Rivalutazione dell'idoneità del dispositivo di raccolta in uso: è raccomandato l'utilizzo di un device con placca flessibile e adattabile alla protuberanza dell'ernia e che offra una protezione totale della cute su cui viene applicata, che a causa dell'assottigliamento della pelle causato dalla tensione procurata dall'ernia ha un elevato rischio di alterazioni della sua integrità.
4. Sospensione dell'irrigazione intestinale a scopo riabilitativo: l'introduzione di fluidi incrementa la pressione intra-addominale e può causare un aumento delle dimensioni e della gravità dell'ernia, e il rischio di perforazione dell'intestino.
5. Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
6. Adozione di ausili di sostegno dell'ernia: biancheria intima elasticizzata, ventriera, cinture e fasce.
7. Educazione al paziente/care giver a riconoscere i segni e i sintomi correlati all'occlusione intestinale e all'incarcerazione dell'intestino erniato e sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.

Bibliografia

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Black P.; *Overcoming stomal problems*; Community Nurse. 1998 Sep;4(8):51-2.
4. Black P.; *Practical stoma care.*; Nurs Stand. 2000 Jun 28-Jul 4;14(41):47-53; quiz 54-5.
5. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community A-Z*; Br J Community Nurs. 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
6. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications*. Br J Nurs. 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
7. Burch J, Sica J.Br J ; *Stoma care accessories: an overview of a crowded market*. Community Nurs. 2005 Jan;10(1):24-31

8. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 2001 Jan;28(1):6-17.
9. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies*. Practitioner. 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.
10. Gray M, Colwell JC, Goldberg MT. 'Mikel Gray, *What Treatments Are Effective for the Management of Peristomal Hernia?* J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005 March/April;32(2):87-92.
11. Kane M, McErlean D, McGrogan M, Thompson MJ, Haughey S.; *Clinical protocols for stoma care: 6. Management of parastomal hernia*; Nurs Stand. 2004 Jan 21-27;18(19):43-4.
12. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomies*. Urol Nurs. 1990 Dec;10(4):17-22.
13. Metcalf C.; *Stoma care--6(a). Complications*.; Nurs Times. 2001 May 24-30;97(21):45-6.
14. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; Prof Infirm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
15. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; Prof Nurse. 2001 Dec;17(4):252-4.
16. Turnbull GB.; *Parastomal hernias*.; Ostomy Wound Manage. 2003 Nov;49(11):15-6.
17. Yeo H, Abir F, Longo WE.; *Management of parastomal ulcers*; World J Gastroenterol. 2006 May 28;12(20):3133-7.

Allegato n. 9: RETRAZIONE DELLA STOMIA

La **stomia ideale** presenta una buona vascolarizzazione, **protrude di circa due centimetri** dalla superficie cutanea e si **apre all'apice della mucosa** del viscere intestinale esteriorizzato. La protrusione è importante perché favorisce il riversamento degli effluenti che fuoriescono dalla stomia direttamente nella sacca di raccolta.

La retrazione si presenta clinicamente con tutta o con una parte della mucosa stomale al di sotto del livello cutaneo dell'addome, oppure con la cute circostante allo stoma in tensione a causa della trazione del viscere.



L'inadeguata gestione del care e l'adozione di device non appropriati rappresentano ulteriori fattori di rischio di altre complicanze locali: stenosi stomale a livello cutaneo o fasciale (*Maidl L. - 1990*); alterazioni della cute peristomale (*Yeo H. - 2006; Barr JE - 2004*) correlate alla difficoltà di adesione della placca alla cute, ai distacchi frequenti del device applicato e al trasudamento degli effluenti sotto la placca.

L'intervento chirurgico per la risoluzione di questa complicanza è indicato raramente e solo in particolari situazioni cliniche, per questo diventa fondamentale l'aspetto gestionale del care che richiede attività di natura clinica ed educativa riconducibili alle prestazioni dell'infermiere esperto in stomaterapia.

Management Care

1. Valutazione delle dinamiche addominali al variare di postura –posizione dell'assistito per osservare se vi sono modifiche del piano stomale in corrispondenza della giunzione mucocutanea. Il movimento e in particolare la posizione seduta possono accentuare la retrazione della stomia e produrre la

formazione di pieghe e irregolarità della topografia peristomale (Rolstad BS, Boarini J.-1996; Lee J-2001)

2. Valutazione delle caratteristiche dei tessuti: integrità della cute, turgore e tono muscolare è una componente fondamentale del processo decisionale che supporta la scelta del device da adottare. (Rolstad BS, Boarini J.-1996)
3. Identificazione e scelta del dispositivo di raccolta che deve avere i requisiti di appropriatezza per la specifica situazione rilevata: grado di convessità e caratteristiche di flessibilità/rigidità della placca.
4. Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
5. Valutazione clinica sulla fattibilità/opportunità di effettuare l'irrigazione intestinale riabilitativa per diminuire il rischio di infiltrazione delle deiezioni sotto la placca.
6. Educazione dell'assistito e/o care giver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.

Bibliografia

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Barr JE.; *Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making*; Ostomy Wound Manage. 2004 Sep;50(9):50-2, 54, 56 passim
4. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications*; Br J Nurs. 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
5. Burch J, Sica J.; *Stoma care accessories: an overview of a crowded market*; Br J Community Nurs. 2005 Jan;10(1):24-31.
6. Burch J.; *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma.*; Br J Nurs. 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310-8.
7. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
8. Guyot M, Montandon S, Valois MF.; *Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients*] Ann Chir. 2003 Nov;128(9):642-3.
9. Lee J.; *Common stoma problems: a brief guide for community nurses*; Br J Community Nurs 2001 Aug;6(8):407-13.
10. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomies*; Urol Nurs. 1990 Dec;10(4):17-22.

11. Metcalf C.; Stoma care-6(a). *Complications*; Nurs Times 2001 May 24-30;97(21):45-6.
12. Rolstad BS, Boarini J.; *Principles and techniques in the use of convexity*; Ostomy Wound Manage. 1996 Jan-Feb;42(1):24-6, 28-32; quiz 33-4.
13. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; Prof Infirm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
14. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; Prof Nurse. 2001 Dec;17(4):252-4.
15. Turnbull GB.; *The convexity controversy*. Ostomy Wound Manage. 2003 Jan;49(1):16-7.

ALLEGATO N.10 : L'ESPERIENZA DELL'ULSS 12 DI MESTRE

Principi della distribuzione diretta

- Ogni ASL dispone di un Ambulatorio di Riabilitazione Stomizzati.
- Le Attività Ambulatoriali sono garantite per almeno 3 giorni la settimana, al fine di assicurare presenza, risposta e continuità.
- La prescrizione dei dispositivi medici risulta in linea con il rispetto del principio di libera scelta adottato dallo stomizzato (valore non trattabile).
- Sono prescrivibili i presidi di tutte le ditte commerciali (appropriatezza e rispetto della libera scelta). Non può essere considerata principio l'affermazione che segue: "Prodotti" terapeuticamente analoghi e minor costo".
- A livello ambulatoriale è possibile disporre di tutti i Campioni dei presidi e accessori per stomia marchiati CE, potendoli per altro eccezionalmente utilizzare anche a livello di UU.OO.
- Non accordo quadro da solo, ovvero al miglior offerente, ma procedura di accreditamento ex ante; Non "graduatorie di merito".
- Non sono necessari dei "minimi d'ordine".
- Almeno una volta all'anno lo stomizzato accede all'Ambulatorio per controllo e verifica della congruenza prescrittiva.
- La fornitura dei presidi e accessori per Stomia ha una cadenza frazione/anno, ad es. trimestrale.
- Sono vincolanti i controlli relativi ad efficacia e funzionalità dei presidi nonché la competenza di chi esegue lo stomacare.
- Qualora le condizioni di gestione della stomia siano complicate, si possono intraprendere percorsi specifici quali-quantitativi di assistenza protesica.
- I resi possono essere utilizzati solo qualora risultino rispondenti alle disposizioni delle linee guida regionali (ricanalizzati, deceduti o materiale non utilizzato).
- Entro 5 gg la fornitura cadenzata dei presidi e accessori è pronta alla consegna.
- La collaborazione tra Stomaterapisti e chi si occupa della distribuzione deve risultare fattiva, affinché siano efficacemente gestite le prescrizioni, le forniture, il magazzino, le giacenze strategiche e le esigenze dei ricoverati.
- Le giacenze devono essere verificate con regolarità (almeno 1 volta nella frazione/anno di distribuzione stabilita).
- Spazi fisici attrezzati (n. scaffale/i) dovranno essere resi disponibili per garantire i transiti e il deposito di giacenze, campioni e resi.
- La consegna del materiale va integrata con informazioni, anche scritte, sulle specifiche modalità di fornitura e assistenza protesica e sui riferimenti e recapiti del Servizio.
- L'avvenuta fornitura viene certificata su apposita modulistica predisposta dal servizio di distribuzione.

- L'operatore che si occupa della consegna del materiale deve essere appositamente addestrato da parte degli infermieri stomaterapisti.
- In caso che il paziente/familiari siano impossibilitati a ritirare il materiale sarà possibile coinvolgere per la consegna altro personale, ad es. infermieri domiciliari, volontari, autisti aziendali.
- La gestione dei pazienti nei reparti non chirurgici prevede lo scarico del materiale utilizzato con il centro di costo dello specifico Servizio/Dipartimento.
- Trascorsi 12 mesi dall'avvio della distribuzione diretta sarà valutata la spesa pro capite/stomia occorsa al fine di un confronto con il periodo precedente, uno studio sull'efficacia clinica (prevenzione e qualità percepita) e sui consumi.

Supporto informatico

La gestione della distribuzione diretta verrà supportata utilizzando il gestionale in uso nella propria ASL, condizione isorisorse che permette comunque di governare:

- l'armadio di reparto e la gestione del magazzino (livelli delle scorte);
- la prescrizione e la distribuzione informatizzata, creando una banca dati di destinatari dell'assistenza protesica locale.

Modalità di acquisto e prescrizione dei dispositivi medici per stomia

Considerando:

- il diritto dello stomizzato alla libera scelta del dispositivo medico tra quelli ritenuti idonei dagli specialisti (DM 553/92 e successive modifiche);
- la collaborazione degli specialisti per scrivere capitolati tecnici di fornitura che permettano di acquisire prodotti validi, sicuri, efficaci ad un prezzo competitivo;

Alle diverse ditte produttrici è richiesto uno sconto massimo sul listino vigente rimettendo poi alla scelta dello stomaterapista l'individuazione del prodotto idoneo alle specifiche esigenze clinico-funzionali del singolo.

A seguito dei risultati ottenuti e la definizione della popolazione trattata, valorizzando il parametro della qualità del prodotto, l'acquisizione seguirà la procedura di gara.

Analisi dei costi

L'analisi finale dei costi potrà porre a confronto il risparmio ottenuto in termini di spesa per i dispositivi medici per stomia con i costi diretti e indiretti derivati dalla messa in opera dell'attuale modello organizzativo.

Così come si evince dalla tabella che segue, la spesa procapite/stomia calcolata su una popolazione di 501 stomizzati nel 2011 ove era in essere la **distribuzione indiretta era di 1353,90 euro**; la spesa

procapite/stomia calcolata invece su una popolazione di 543 stomizzati nel 2015, ove era in essere la **distribuzione diretta era di 1022,58 euro**.

Risulta evidente perciò considerare che se nel 2015 la popolazione di 543 stomizzati avesse usufruito di una distribuzione di dispositivi medici per stomia indiretta, **l'ex ULSS 12 di Mestre avrebbe speso 179.906 euro** in più di quanto non abbia fatto nel corso dell'anno medesimo.

Tabella n. 4: Spesa complessiva assistenza protesica stomie dell'ex ULSS 12 di Mestre negli anni 2011-15

Anno	EROGAZIONE ATTRAVERSO FARMACIE		DISTRIBUZIONE DIRETTA	
	pazienti	Spesa (€)	pazienti	Spesa (€)
2011	501	678.303,18		
2012	438	490.547,07	248	124.918,03
2013	142	97.044,10	460	409.662,60
2014	36	4820,38	510	506.053,70
2015			543	555.262,07

In generale, altri significativi risultati attesi dalla sperimentazione sono:

- razionalizzazione dell'assistenza sanitaria: miglioramento della qualità dell'assistenza prestata; presenza costante di un infermiere stomaterapista;
- monitoraggio, epidemiologia: creazione di un *dataset* che consentirà di armonizzare le procedure di gestione del paziente e l'implementazione sia dei dati epidemiologici che economici, per ottimizzare la gestione del processo assistenziale.

Sino a non molto tempo fa, il collegamento del ruolo dell'infermiere stomaterapista con i risultati economici della distribuzione diretta, era non più di una supposizione. Oggi, l'aver acquisito i dati relativi allo **storico dell'ex ULSS 12 di Mestre e Venezia** ha potuto sottolineare non solo i vantaggi economici derivati dalla distribuzione diretta rispetto all'indiretta, ma anche di dimostrare come la **distribuzione diretta senza la figura dell'infermiere stomaterapista non arrechi i medesimi risultati**; a significare che la prescrizione personalizzata dei reali bisogni del paziente, individuando in tempi brevi il dispositivo adatto nell'immediato post operatorio o risolvendo agevolmente situazioni occasionali ed imprevedibili come ad esempio una diarrea improvvisa, stipsi, subocclusione intestinale ecc., rientra a pieno titolo nel perseguimento dell'economicità.

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 31 agosto 2016, n. U00254

Ratifica del nuovo protocollo d'Intesa tra Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto - Tariffazione degli ausili ortopedici di cui all'elenco 2 del D.M. 27 Agosto 1999, n. 332

Oggetto : Ratifica del nuovo protocollo d'Intesa tra Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto - Tariffazione degli ausili ortopedici di cui all'elenco 2 del D.M. 27 Agosto 1999, n. 332

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale n. 3/2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n. 1 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare l'articolo 98;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio on. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

PRESO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 1° dicembre 2014 l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

VISTO il precedente Protocollo di cui al Decreto U00189 del 15/05/2014 "Ratifica del nuovo protocollo d'Intesa tra Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto - Tariffazione degli ausili ortopedici di cui all'elenco 2 del D.M. 27 Agosto 1999, n. 332";

CONSIDERATA la scadenza del Protocollo d'intesa di cui sopra e gli ottimi risultati conseguiti in termini di appropriatezza, qualità dell'assistenza e contenimento della spesa;

VISTO il DCA n. U00384 del 04/08/2015 con cui sono stati definiti i criteri ed i requisiti delle aziende fornitrici per conto del SSR delle protesi, ortesi e ausili di cui agli elenchi 1 e 2 del DM 332/99 (dispositivi su misura e/o predisposti, di serie);

VISTI gli aggiornamenti costanti del "Prontuario ausili monouso" istituito con il DCA U00189 del 30/05/2014 che hanno consentito il recepimento e l'erogazione agli assistiti degli ausili tecnologicamente avanzati di nuova commercializzazione;

VISTO che ai fini di una razionalizzazione di una spesa le parti si sono rese disponibili ad una rimodulazione delle tariffe pur mantenendo lo stesso livello di qualità delle prestazioni;

CONSIDERATO che inoltre le Associazioni di categoria, sono disponibili a valutare integrazioni e revisioni dell'accordo in caso di inserimento di prodotti innovativi ad alto costo con una pari riduzione dei prodotti a basso impatto tecnologico, da recepire tramite successivi atti dirigenziali;

VISTO il nuovo Protocollo d'intesa siglato tra Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto in data 29 luglio 2016;

DECRETA

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento :

- di recepire il Protocollo d'Intesa sottoscritto, in data 29/07/2016, tra la Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto e gli allegati n. 1 e n. 2 che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- di dare mandato alle Direzioni Generali delle Aziende UU.SS.LL. di garantire la massima diffusione del presente decreto e vigilare sulla corretta applicazione dello stesso con particolare rilievo di quanto previsto ai punti 4) e 5) del Protocollo d'intesa.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Nicola Zingaretti



PROTOCOLLO D'INTESA
TRA
LA REGIONE LAZIO
DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI
E
LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA ASSORTOPEDIA, FEDERFARMA, FEDERLAZIO,
FEDERSAN-CONFCOMMERCIO E FIOTO

PREMESSO

che il precedente protocollo stipulato tra le parti in data 15 maggio 2014, di cui al Decreto Commissariale U00189 del 20/05/2014, ha validità fino al 30 giugno 2016 ed è quindi in imminente scadenza;

che il nomenclatore tariffario adottato con il Protocollo di cui sopra ha determinato:

- garanzia della continuità dell'assistenza in un periodo per cui a causa di mancanza di dati di spesa e di fabbisogno certi non era possibile comunque avviare alcuna diversa procedura di acquisizione;
- maggiore qualità ed omogeneità dell'assistenza fornita sul territorio grazie all'introduzione dei sottocodici ISO individuanti i presidi realmente esistenti sul mercato e maggiormente innovativi;
- maggior capillarità sul territorio dei soggetti erogatori di presidi in quanto la distribuzione è effettuata oltre che dalle farmacie anche dalle sanitarie;
- assenza di contenziosi con le aziende produttrici di presidi e con i distributori in quanto, fermo restando i requisiti sopra descritti, è garantita la visibilità e la rimborsabilità di tutti prodotti esistenti sul mercato;
- assenza di alterazione della concorrenza tra canali distributivi in quanto viene utilizzato un S.I. di proprietà regionale per la gestione dei presidi;
- introduzione del controllo dei presidi effettivamente erogati tramite l'apposizione delle fustelle delle loro confezioni sull'apposito modulo da consegnare alle AA.SS.LL. unitamente alla fattura;
- determinazione dei quantitativi massimi erogabili mensilmente al fine di evitare le erogazioni di ausili extra.

che grazie all'utilizzo dei sottocodici ISO identificativi dei diversi prodotti delle categorie stomie e cateteri si è potuta effettuare un'analisi sui consumi altrimenti inattuabile;

che i dati ricevuti dalle AA.SS.LL., hanno permesso di effettuare un'analisi economica dell'andamento del Decreto U00189 che evidenzia come complessivamente i prezzi di rimborso stabiliti con il nomenclatore regionale abbiano portato ad un mantenimento della spesa;

che è necessario proseguire il percorso di appropriatezza e tracciatura tramite l'utilizzo dei sottocodici ISO e il controllo delle fustelle dei prodotti erogati;



che LazioCrea S.p.a. ha implementato, alla data di sottoscrizione del presente accordo, il Sistema Informativo per l'assistenza protesica SANPRO c/o la ASL di Latina mentre per le restanti AA.SS.LL. è stato previsto il pieno regime di utilizzo entro la fine del 2017;

che il tavolo tecnico istituito tra le parti, ai sensi del precedente protocollo d'intesa deliberato con DCA 00189/2014 ha concordato, al fine di consentire la sostenibilità di tale sistema erogativo ed evitare incrementi di spesa, una revisione dei prezzi di rimborso per i presidi appartenenti alle categorie stomie e cateteri dell'Elenco del DM 332/99;

che la rivalutazione della rimborsabilità dei succitati prodotti comporterà una diminuzione del rimborso per tutti i codici di queste due categorie più accentuata per i prodotti rientranti nelle categorie 09.27.04 e 09.27.07 caratterizzati da scarsa innovazione tecnologica.

che i prezzi di rimborso dei restanti ausili dell'elenco 2 e dell'elenco 3 sono quelli indicati nell'allegato 2 e saranno validi fino all'aggiudicazione della "Gara comunitaria centralizzata a procedura aperta finalizzata alla fornitura di ausili per disabili di cui agli elenchi 2 e 3 del DM 332/99" indetta dalla Regione Lazio e pubblicata in G.U. 5a Serie Speciale - Contratti Pubblici n.4 del 09/01/2015;

che le Associazioni di categoria, intendono coadiuvare, al fine di sostenere il rapporto di collaborazione con la Regione, l'operato della Regione stessa volto a monitorare quanto più possibile la spesa sanitaria ed in tal senso sono disponibili a valutare la revisione dell'accordo in caso di inserimento di prodotti innovativi al alto costo con una pari riduzione dei prodotti a basso impatto tecnologico;

TUTTO CIO' PREMESSO

si conviene e si stipula quanto segue:

1. viene recepito un tariffario regionale (allegato 1 e allegato 2) che costituisce parte integrante e sostanziale del protocollo contenente le tariffe massime di remunerazione per gli ausili degli elenchi 2 e 3 del DM 332/99 e che sostituisce il tariffario precedentemente approvato con DCA 00189/2014;
2. detti ausili saranno erogati per conto del SSR dalle Farmacie di comunità e dai Fornitori presenti nell'Elenco regionale di cui al DCA/2015, andato a regime da Marzo 2016, fino all'esito delle procedure di acquisto attualmente in corso;
3. le Farmacie ed i Fornitori operanti nella Regione, si impegnano ad apporre sull'apposito modulo (Allegato 3 del DCA 00189/2014) le fustelle autoadesive presenti sulle confezioni da inviare, al fine del pagamento degli ausili erogati, alle AA.SS.LL. di pertinenza in accompagnamento alla fattura corredata dal preventivo, precedentemente inviato ed autorizzato;



4. le Farmacie ed i Fornitori si obbligano ad assicurare al paziente la libera scelta di tutte le marche e tipo di dispositivi presenti nel Prontuario regionale compatibilmente con quanto prescritto senza ulteriori oneri a carico del SSR. Nessuna forma di corresponsione dovrà essere a carico del cittadino a seguito dell'applicazione dell'accordo e del nuovo tariffario di cui all'allegato 1 ad esclusione di quanto espressamente indicato, pena esclusione dall'Elenco dei Fornitori per conto del SSR;
5. le AA.SS.LL. dovranno rispettare quanto previsto dal seguente protocollo e intensificare le seguenti attività di controllo al fine di ottenere la puntuale individuazione della spesa per ciascuna classe di ausilio erogata e il preciso e dettagliato monitoraggio sia a livello di Azienda ASL che a livello regionale dell'appropriatezza e dei consumi degli ausili:
 - verifica della presenza della ditta che ha presentato preventivo e/o fattura nell'Elenco regionale dei fornitori;
 - verifica dell'utilizzo dei sottocodici ISO da parte dei prescrittori, del loro corretto inserimento da parte degli operatori sul Sistema Informativo evitando l'uso dei codici generici e della congruità sottocodici prescritti/prodotti erogati consentita dal Prontuario regionale;
 - verifica dell'apposizione delle fustelle sull'apposito modulo che deve essere allegato alle fatture emesse dai fornitori pena il mancato pagamento delle stesse per la parte non correttamente rendicontata.
6. ai fini del completamento del sistema informativo regionale per l'assistenza protesica (SANPRO) e di una adeguata valutazione degli effetti del nuovo tariffario, l'accordo sarà efficace fino al 30 giugno 2018, prorogabile per ulteriori sei mesi, e la sua applicazione decorrerà dalla pubblicazione dell'atto di recepimento sul BURL che ne condiziona la validità;
7. il tavolo tecnico istituito tra le parti verificherà periodicamente la qualità e l'appropriatezza prescrittiva degli ausili oggetto del presente accordo nonché effettuerà il relativo monitoraggio con particolare riferimento all'andamento della spesa. In caso di incremento della spesa nel periodo di validità dell'accordo le Parti si impegnano ad una revisione dell'accordo stesso al fine dell'obiettivo di contenimento dei costi.

Letto, firmato e sottoscritto

Roma, 29/07/2016



Per REGIONE LAZIO

Il Direttore della Direzione Regionale
Salute e Politiche Sociali

Dr. Vincenzo Panella

Per ASSORTOPEDIA

per Il Presidente pro tempore Dott. Renato Conti Nibali

Il delegato Dott. Michele Clementi

Per FEDERFARMALAZIO

Il Presidente

Dott. Osvaldo Moltedo

Per FEDERLAZIO

Il Presidente pro tempore

Dott. Alessandro Casinelli

Per FEDERSAN-
CONFCOMMERCIO

Dott. Franco Picchi

Per l'Associazione FIOTO

Il Delegato Regionale

Dott. Claudio Territi

gruppo 15 - CATETERI VESCICALI ED ESTERNI	codice class. ISO	Quantità max concedibile (3)	Nomenclatore tariffario aggiornato
CATETERI VESCICALI			
Cateteri vescicali a dimora			
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in puro silicone 100%, trasparente, a due vie con scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616). (1)	09.24.03	1 pz al mese	€ 11,00
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in puro silicone 100%, trasparente, a due vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 a	2 pz al mese	€ 4,98
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in lattice siliconato, trasparente, a due vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 b	3 pz al mese	€ 1,73
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in lattice siliconato, trasparente, a due vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 c	3 pz al mese	€ 3,98
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in lattice siliconato, trasparente, a due vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 d	2 pz al mese	€ 5,58
Cateteri urologici vescicali ad intermittenza	09.24.06		
Catetere tipo nelaton, monouso, in PVC, ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, in confezione singola sterile. Per donna e bambino (UNI EN 1616):			
Per donna e bambino	09.24.06.003	120 pz al mese	€ 0,21
Per uomo	09.24.06.006	120 pz al mese	€ 0,24
Catetere monouso, autolubrificante, che si lubrifica con gel lubrificante incorporato nella confezione, adesivo o stratificato al catetere stesso che è costruito in PVC trasparente a varie misure, vari tipi di punte e diametri e confezionato in busta singola sterile (UNI EN 1616):			
Per neonati fino ad un anno	09.24.06.009 a	180 pz al mese	€ 1,63
Per bambino fino a 6 anni	09.24.06.010 a	150 pz al mese	€ 1,63
Per donna e bambino oltre 6 anni	09.24.06.011 a	120 pz al mese	€ 1,63
Per uomo	09.24.06.012 a	120 pz al mese	€ 1,63
Catetere monouso, autolubrificante, idrofilo in PVC con polivinilpirrolidone e sodio cloruro od urea, che si lubrifica mediante immersione in acqua o soluzione fisiologica, costituito in materiale ipoallergenico trasparente a varie lunghezze, punte e diametri, contenuto in busta singola sterile (UNI EN 1616):			
Per neonati fino ad un anno	09.24.06.009 b	180 pz al mese	€ 1,68

gruppo 15 - CATETERI VESCICALI ED ESTERNI	codice class. ISO	Quantità max concedibile (3)	Nomenclatore tariffario aggiornato
Per bambino fino a 6 anni	09.24.06.010 b	150 pz al mese	€ 1,68
Per donna e bambino oltre 6 anni	09.24.06.011 b	120 pz al mese	€ 1,68
Per uomo	09.24.06.012 b	120 pz al mese	€ 1,68
Catetere monouso, autolubrificante idrofilo che si lubrifica mediante immersione in soluzione fisiologica o acqua già integrata o contenuta all'interno della confezione, costruito in materiale ipoallergenico trasparente a varie lunghezze e diametri, contenuto in busta singola sterile (UNI EN 1616):			
Per neonati fino ad un anno	09.24.06.009 c	180 pz al mese	€ 2,13
Per bambino fino a 6 anni	09.24.06.010 c	150 pz al mese	€ 2,13
Per donna e bambino oltre 6 anni	09.24.06.011 c	120 pz al mese	€ 2,13
Per uomo	09.24.06.012 c	120 pz al mese	€ 2,13
Catetere monouso, autolubrificante idrofilo che si lubrifica mediante immersione in soluzione fisiologica o acqua già integrata o contenuta all'interno della confezione e, costruito in materiale ipoallergenico trasparente a varie lunghezze e diametri, contenuto in confezione Tascabile singola sterile (UNI EN 1616): Per uomo	09.24.06.015	60 pz al mese	€ 4,28
CATERE MONOUSO, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, integrato in una sacca graduata in confezione singola sterile. (2)			€ 31,00
Catetere/tutore per ureterocutaneostomia con foro centrale e fori di drenaggio, due alucce per il bloccaggio del catetere e disco di fissaggio in materiale sintetico	09.24.06.018 a	2 pz al mese	€ 36,00
Catetere/tutore per ureterocutaneostomia con foro centrale e fori di drenaggio, due alucce per il bloccaggio del catetere e disco di fissaggio in silicone puro	09.24.06.018 b	2 pz al mese	€ 8,98
Spray lubrificante al silicone per cateterismo (pr EN 12182).	09.21.18.006	1 flacone al mese	€ 8,98
CATERI ESTERNI	09.24.09		
Catatere (condom) in puro silicone, ipoallergenico, autocolante o con striscia biadesiva (pr EN 12182)	09.24.09.003 a	30 pz al mese	€ 1,48
Catatere (condom) in lattice o altro, ipoallergenico, autocolante o con striscia biadesiva (pr EN 12182)	09.24.09.003 b	30 pz al mese	€ 1,28
RACCOGLITORI PER URINA			
SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA GAMBA , impermeabile, con tubo di raccordo, rubinetto di scarico e valvola antireflusso, con sistema antisciabordio, con o senza rivestimento in TNT, con o senza sistema antitorsione (UNI EE ISO 8669-2):	09.27.04		
Tipo monouso con rivestimento in tessuto e tubo di lunghezza regolabile	09.27.04.003	30 pz al mese	€ 0,45
Tipo riutilizzabile con rivestimento in tessuto e tubo di lunghezza regolabile	09.27.04.006	8 pz al mese	€ 1,50

gruppo 15 - CATETERI VESICALI ED ESTERNI	codice class. ISO	Quantità max concedibile (3)	Nomenclatore tariffario aggiornato
SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA LETTO , impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed indicazione del volume prestampato (UNI EE ISO 8669-2):	09.27.07		
Tipo monouso senza scarico	09.27.07.003 a	30 pz al mese	€ 0,23
Tipo monouso con scarico	09.27.07.003 b	20 pz al mese	€ 0,45
Tipo riutilizzabile	09.27.07.006	8 pz al mese	€ 1,90
(1) Concedibili due pezzi al mese nel caso in cui il medico prescrittore ne ravvisi l'assoluta necessità			
(2) Concedibile a soggetti che, come attestato da relazione del medico specialista, trascorrono con regolarità parte della propria giornata all'esterno pur non recandosi né a scuola né al lavoro, nonché in combinazione con il catetere di cui ai codici 09.24.06.012 a-b-c, ma fino ad un massimo di altri 60 pz. al mese			
(3) La prescrizione può prevedere anche forniture trimestrali			
LE TARIFFE CONTENUTE NEL PRESENTE ELENCO NON SONO COMPRENSIVE DEL TRASPORTO A DOMICILIO DELL'ASSISTITO			

gruppo 13 - AUSILI PER STOMIE	codice class. ISO	Quantità max concedibile (6)	Nomenclatore tariffario aggiornato
SISTEMA AD 1 PEZZO COLO-ILEOSTOMIA			
Sacca a fondo chiuso con filtro, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o supporto integralmente idrocolloidale con o senza rivestimento antitraspirante in TNT, con o senza cintura. (UNI EN ISO 8670-2)	09.18.04	60 pz al mese	€ 1,93
Sacca a fondo aperto con o senza filtro, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o o supporto integralmente idrocolloidale con o senza rivestimento in TNT con o senza cintura. (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.04.003	60 pz al mese	€ 1,93
Sacca a fondo aperto con o senza filtro, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o o supporto integralmente idrocolloidale, con o senza rivestimento in TNT, con o senza cintura, con chiusura in velcro o analoga (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.04.006 a	60 pz al mese	€ 2,77
Sacca a fondo chiuso con o senza filtro, barriera protettiva integrale per stomi introflessi, con o senza rivestimento in TNT (UNI EN ISO 8670-2) con supporto microporoso o con supporto idrocolloidale (2)	09.18.04.006 b	60 pz al mese	€ 5,18
Sacca a fondo aperto con o senza filtro, barriera protettiva integrale per stomi introflessi, con o senza rivestimento in TNT (UNI EN ISO 8670-2) con supporto microporoso o con supporto idrocolloidale, con chiusura in velcro o analoga (2)	09.18.04.009 a	60 pz al mese	€ 5,52
SISTEMA A 2 PEZZI COLO-ILEOSTOMIA			
Placche:			
Placca con aggancio meccanico, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocolloidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182) (3)	09.18.05.003 a	10 pz al mese	€ 3,08
Placca con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocolloidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182) (3)	09.18.05.003 b	10 pz al mese	€ 3,13
Placca con aggancio meccanico, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocolloidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.05.006 a	10 pz al mese	€ 6,48
Placca con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocolloidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.05.006 b	10 pz al mese	€ 6,48
Sacche:			
Sacca a fondo chiuso con flangia con o senza filtro, con o senza dispositivo di sicurezza, con o senza rivestimento antitraspirante in TNT. (UNI EN ISO 8670-2)	09.18.05.009	60 pz al mese	€ 1,08
Sacca a fondo aperto con flangia, con o senza filtro, con o senza dispositivo di sicurezza, con o senza rivestimento antitraspirante in TNT (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.05.012 a	60 pz al mese	€ 1,08
Sacca a fondo aperto con flangia, con o senza filtro, con o senza dispositivo di sicurezza, con o senza rivestimento antitraspirante in TNT, con chiusura in velcro o analoga (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.05.012 b	60 pz al mese	€ 1,63
SISTEMA AD 1 PEZZO UROSTOMIA			

gruppo 13 - AUSILI PER STOMIE	codice class. ISO	Quantità max concedibile (6)	Nomenclatore tariffario aggiornato
Sacca con barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o integralmente idrocollidale, con dispositivo antireflusso e sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto. (UNI EN ISO 8669-2)	09.18.07.003	30 pz al mese	€ 4,28
Sacca con barriera protettiva autoportante, supporto adesivo microporoso ipoallergenico o integralmente idrocollidale a convessità integrale per stomi introflessi, con dispositivo antireflusso e sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto (UNI EN ISO 8669-2) (2)	09.18.07.006	30 pz al mese	€ 5,58
SISTEMA A 2 PEZZI UROSTOMIA			
<u>Piacche:</u>			
Piaccia con aggancio meccanico, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocollidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182)	09.18.08.003 a	20 pz al mese	€ 3,08
Piaccia con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocollidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182)	09.18.08.003 b	20 pz al mese	€ 3,13
Piaccia con meccanico, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocollidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.08.006 a	15 pz al mese	€ 6,48
Piaccia con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocollidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.08.006 b	15 pz al mese	€ 6,48
Sacca di raccolta con aggancio adesivo o meccanico, con o senza dispositivo di sicurezza, con dispositivo antireflusso e sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto. (standard ISO 8669)	09.18.08.009	30 pz al mese	€ 2,13
SISTEMA AD IRRIGAZIONE			
Set di irrigazione composto da: borsa graduata per l'acqua, con anatomico e cannula, sistema di regolazione del flusso con o senza visualizzazione, una cintura con o senza placca e sacche di scarico. (Standard Liv. 1)	09.18.24.003	1 pz ogni 6 mesi	€ 39,00
● Può essere alternativo ai codici 09.18.24.015 e 09.18.24.018			
Irrigatore semplice composto da: borsa graduata per l'acqua, con o cannula, sistema di regolazione con o senza visualizzazione del flusso. (Standard Liv. 1)	09.18.24.004	1 pz ogni 6 mesi	€ 27,00
● Può essere alternativo al cod. 09.18.24.003			
Sacca di scarico trasparente a fondo aperto per irrigazione con barriera autoportante o adesivo o flangia (Standard Liv. 1)	09.18.24.009	20 pz al mese	€ 1,38
DISPOSITIVI DI CHIUSURA AD 1 PEZZO			
Sacca con fondo chiuso con filtro, anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o barriera autoportante, con o senza rivestimento antitraspirante in TNT, con o senza cintura (Standard 8670)	09.18.24.012 sotto codice 09.18.24.003	30 pz al mese	€ 0,98
Mini sacchetto post-irrigazione con barriera autoportante, filtro incorporato e lato interno in TNT assorbente (Standard 8670)	09.18.24.015	30 pz al mese	€ 1,28
● Può essere alternativo ai codici 09.18.24.003 e 09.18.24.018			

gruppo 13 - AUSILI PER STOMIE	codice class. ISO	Quantità max concedibile (6)	Nomenclatore tariffario aggiornato
Sistema dispositivo di chiusura ad 1 pezzo , costituito da un tappo autoportante ad espansione con o senza barriera autoportante e/o filtro incorporato. (Standard ISO Liv. 1) ● Può essere alternativo ai codici 09.18.24.003 e 09.18.24.015	09.18.24.018	30 pz al mese	€ 3,18
DISPOSITIVI DI CHIUSURA A 2 PEZZI I sistemi di chiusura a 2 pezzi sono alternativi tra loro			
<u>Sistema a 2 pezzi costituito da:</u>			
una placca con flangia , anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o con barriera autoportante (Standard Liv. 1)	09.18.24.006	10 pz al mese	€ 2,72
Una sacca post-irrigazione con flangia, con filtro e lato interno in TNT assorbente (Standard Liv. 1)	09.18.24.021 sottocodice 09.18.05.009	30 pz al mese	€ 0,99
<u>Sistema a 2 pezzi composto da:</u>			
una placca con flangia barriera autoportante o adesivo microporoso (Standard Liv. 1)	09.18.24.006	10 pz al mese	€ 2,72
Tappo ad espansione con filtro incorporato (Standard Liv. 1)	09.18.24.024	30 pz al mese	€ 2,09
ACCESSORI PER STOMIA			
Cono anatomico da irrigazione	09.18.24.101	1 pz ogni 6 mesi	€ 5,58
Pasta protettiva con o senza alcool per la pelle peristomiale (4)	09.18.30.003 a	2 confezioni al mese da minimo 57 g	€ 7,98
Strisce preformate con o senza alcool (4)	09.18.30.003 b	30 strisce al mese per chi utilizza monopezzo - 10 strisce al mese per chi utilizza 2 pezzi	€ 0,88
Polvere per zone peristomiali (4) (5)	09.18.30.006 a	2 confezioni al mese da minimo 25 g	€ 3,98
Film protettivo Salviette con alcool (4)	09.18.30.006 b	100 salviette a trimestre per chi utilizza monopezzo - 50 salviette a trimestre per chi utilizza 2 pezzi	€ 0,23
Film protettivo Spray (4)	09.18.30.006 c	2 confezioni al mese da minimo 28ml	€ 11,68
(1) Per pazienti ileostomizzati fino a 90 sacche al mese			
(2) Tipo di sacca o placca prescrivibile unicamente a pazienti con stoma introflesso			
(3) Per pazienti ileostomizzati fino a 15 placche al mese			
(4) Prescrivibili alternativamente tra loro ed esclusivamente in associazione con gli ausili per stomia nei casi in cui il medico prescrittore ne ravvisi l'assoluta necessità			
(5) Per questo codice è garantita l'erogazione senza integrazione economica da parte dell'assistito per quei prodotti il cui prezzo di listino al pubblico dei fornitori (iva esclusa) non superi il 25% del rimborso stabilito			
(6) La prescrizione può prevedere anche forniture trimestrali			

<u>gruppo 13 - AUSILI PER STOMIE</u>	codice class. ISO	Quantità max concedibile (6)	Nomenclatore tariffario aggiornato
<p>N.B.: I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione riferiti agli ausili colo.ileo-urostomizzati sono tra loro alternativi. Per coloro che praticano l'irrigazione a giorni alternati, è prevista una prescrizione mista con il sistema monopezzo. Pertanto, per i giorni che non praticano l'irrigazione, in sostituzione di una sacca di scarico (09.18.24.009) e di uno dei dispositivi di chiusura ad un pezzo (09.18.24.012.-09.18.24.015-09.18.24.018) e/o a due pezzi (09.18.24.006-09.18.24.021-09.18.24.024), possono essere prescritte due sacche, a seconda dei casi, di cui al codice 09.18.04.003 o del codice 09.18.04.006 o del codice 09.18.04.009 limitatamente a pazienti con stoma introflesso. I quantitativi massimi concedibili sono da intendersi per ogni stomia e sono aumentabili, a giudizio del medico prescrittore dell'Azienda unità sanitaria locale, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza non superiore a 6 mesi.</p>			
LE TARIFFE CONTENUTE NEL PRESENTE ELENCO NON SONO COMPRESIVE DEL TRASPORTO A DOMICILIO DELL'ASSISTITO			

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
gruppo 1 - AUSILI PER LA STABILIZZAZIONE, POSTURA E DEAMBULAZIONE (stampelle, tripodi, quadripodi, deambulatori)			
AUSILI PER EVACUAZIONE			
1	Sedia per WC e Doccia E' indicata per i soggetti con gravi disabilità motoria che necessitano di sedia comoda utilizzabile anche per doccia e per il WC. Trattasi di una variante della sedia comoda tradizionale che la rende polifunzionale. La sedia deve essere in grado di resistere all'umidità, ai detersivi e agli acidi, è pertanto incompatibile con la fornitura della 22.51.001 (12.21.03.003). Caratteristiche: - schienale e sedile rigidi e/o imbottiti, idrorepellenti; - 4 ruote piroettanti diametro min. mm. 110 di cui 2 con freno, con supporti inox; - dispositivo WC estraibile; - pedane regolabili in altezza e ribaltabili; - braccioli estraibili o ribaltabili Aggiuntivi:	9.12 09.12.03.003	€ 190,00
2	Ruote almeno 4E . mm. 600 di diametro con cerchio corrimano e freni (al paio)	09.12.03.103	€ 70,00
3	Rialzo stabilizzante per WC	09.12.24.003	€ 55,00
E' indicato per il mantenimento di una posizione corretta in tutti i casi in cui le esigenze fisiologiche del soggetto, in condizioni di inerzia o di grave disabilità motoria interessante gli arti ed il tronco, richiedono una lunga permanenza sul WC. Caratteristiche: - piano di appoggio sul WC - struttura metallica in alluminio anodizzato o inox - braccioli - regolazione in altezza Aggiuntivi:			
4	Staffe di bloccaggio al WC (al paio) Fornibile solo a persone affette da gravi deficit di controllo del tronco.	09.12.24.103	€ 15,95
5	Quattro ruote piroettanti con freno	09.12.24.106	€ 30,48
AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON UN BRACCIO			
Stampella:			
6	- con appoggio antibrachiale e puntale di appoggio - regolabile nella parte inferiore	12.03.06.003	€ 5,27
7	- c.s. con ammortizzatore	12.03.06.006	€ 7,43
8	- con appoggio sottoascellare, puntale di appoggio e regolazione	12.03.12.003	€ 7,87
Tripode:			
9	- regolabile	12.03.15.003	€ 7,43
10	- regolabile con appoggio antibrachiale	12.03.15.006	€ 7,87
Quadripode:			
11	- regolabile	12.03.18.003	€ 8,08
12	- regolabile con appoggio antibrachiale	12.03.18.006	€ 9,00

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON DUE BRACCIA		12.06	
Sono indicati in tutti i casi in cui è necessario riattivare la funzione deambulatoria e/o nei casi in cui il soggetto non è in grado di sorreggersi con sufficiente sicurezza. La descrizione che segue si riferisce agli ausili di base. La valutazione delle particolari condizioni dei soggetti può e deve necessariamente prevedere l'applicazione di uno o più aggiuntivi, necessarie per determinare una funzione specifica non rinvenibile.			
Deambulatori:			
	- struttura in acciaio cromato e/o verniciato a forno o in lega leggera		
	- rigido od articolato		
	- con o senza ruote piroettanti, freno azionabile in deambulazione, freno di stazionamento, accessori di sostegno, sedile imbottito o rivestito.		
	- per deambulazione eretta o carponi, con fascia di appoggio al bacino.		
	E' realizzato in tre misure standard adeguate alla corporatura dei soggetti.		
13	- Rigido con appoggio al terreno (di serie i codici ISO 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	12.06.03.003	€ 35,00
14	- Articolato in grado di assecondare meccanicamente la deambulazione (di serie i codici ISO 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	12.06.03.006	€ 40,00
15	- Con due ruote e due puntali di appoggio al terreno (di serie il codice ISO 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	12.06.06.003	€ 45,00
	- Scorrevole su quattro ruote piroettanti:		
	- senza freno di stazionamento (di serie i codici ISO 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza, 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.142 Manubrio anteriore regolabile)	12.06.09.003	€ 70,00
	- con freno di stazionamento su ruote (di serie i codici ISO 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza, 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.142 Manubrio anteriore regolabile)	12.06.09.006	€ 90,00
17	- con freno azionabile a mano (di serie i codici ISO 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	12.06.09.009	€ 115,00
18	- con freno azionabile a mano Modello ROLLATOR (comprende i codici ISO 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.106 sedile imbottito e rivestito)	12.06.09.009 a	€ 90,00
19	- con sedile avvolgente per bambini	12.06.09.012	€ 72,00
19 bis	- per deambulazione carponi con fascia di appoggio	12.06.09.015	€ 45,00
Aggiuntivi:			
20	Sedile imbottito e rivestito (escluso 12.06.09.012)	12.06.09.106	€ 13,00
21	Regolazione della base in altezza (escluso 12.06.09.015)	12.06.09.109	€ 10,00
22	Divisorio intermedio regolabile	12.06.09.112	€ 18,00
23	Sella divaricatrice	12.06.09.115	€ 15,00
24	Sostegno pettorale regolabile	12.06.09.118	€ 27,00
25	Sostegno pelvico regolabile	12.06.09.121	€ 21,00
26	Appoggio brachiale (al paio)	12.06.09.124	€ 27,00
27	Barre di appesantimento in acciaio pieno (al paio)	12.06.09.127	€ 13,00
28	Telaio pieghevole e smontabile	12.06.09.130	€ 17,00
29	Ruote con rotazione frizionata (al paio)	12.06.09.133	€ 13,00

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
30	Tavolo con incavo regolabile	12.06.09.136	€ 27,00
31	Mutanda di sostegno	12.06.09.139	€ 15,00
32	Manubrio regolabile	12.06.09.142	€ 8,00
33	Blocchi direzionali disinseribili sulle ruote (al pato)	12.06.09.145	€ 13,00
gruppo 2 - BICICLETTE			
Sono indicate in tutti i casi in cui i soggetti disabili con attività deambulatoria compromessa o con altri deficit motori possono utilmente avvalersi di tali ausili per la mobilità personale e per scopi riabilitativi.			
BICICLETTE			
34	Bicicletta (a due ruote) E' caratterizzata da un telaio in acciaio cromato e/o verniciato in lega con una forcella ed un manubrio anteriormente con due ruote grandi ed una forcella posteriormente. Il telaio e le ruote devono essere compatibili con le misure antropometriche del soggetto. La ruota posteriore è munita di un rocchetto dentato per la trasmissione del moto. E' munita di freni, pedivella, catena, catarifrangenti, fanali anteriori e dinamo. Posteriormente una coppia di stabilizzatori registrabili, con due ruote di almeno mm. 200 di Ø, assicura la stabilità laterale.	12.18 12.18.03.003	€ 130,50
Aggiuntivi			
35	Sella lunga per l'abduzione e per la circolazione facilitata delle gambe	12.18.21.127	€ 7,44
36	Ammortizzatori agli stabilizzatori della bicicletta a due ruote. Indicato per minori e adulti con accentuata instabilità del tronco	12.18.21.130	€ 14,40
gruppo 3 - CARROZZINE			
CARROZZINA A TELAIO RIGIDO			
37	Carrozzina a telaio rigido manovrabile dall'accompagnatore E' indicata in tutti i casi in cui il soggetto necessita di un ausilio per la mobilità assistita da un accompagnatore. Caratteristiche tecniche: - telaio in acciaio cromato e/o verniciato; - schienale a sedile rigidi e/o imbottiti; - quattro ruote piroettanti di diametro minimo di mm. 100 di cui due con freni; - dispositivo WC estraibile; - pedana ribaltabili regolabili in altezza - braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili.	12.21 12.21.03.003	€ 79,20
38	Carrozzina a telaio rigido reclinabile manovrata dall'accompagnatore Caratteristiche come la precedente tranne: - schienale reclinabile almeno di 80°; - pedane ad inclinazione regolabile con appoggiatesta e poggiatesta regolabili e/o ribaltabili	12.21.03.006	€ 169,65
39	Carrozzina a telaio rigido manovrabile dall'accompagnatore con regolazione servoassistita. E' indicata in tutti i casi in cui il soggetto ha una scarsissima mobilità residua del tronco e degli arti superiori e necessita di continua diversificazione della posizione anche per prevenire le piaghe da decubito. Questo ausilio è alternativo alle altre carrozzine fisse. Caratteristiche: - struttura adeguata al carico da sostenere; - schienale prolungato o con appoggiatesta, sedile, braccioli e poggiatesta imbottiti o rivestiti in corda di materiale sintetico; - schienale e poggiatesta con regolazione servoassistita a mezzo pistone a gas o dispositivo equivalente con bloccaggio; - pedana poggiatesta - pedana ruote di cui due con freno di diametro minimo di mm. 100	12.21.03.009	€ 607,50

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
40	Carrozzina a telaio rigido ad autospinta con mani sulle ruote posteriori E' prescrivibile in tutti i casi in cui l'utilizzatore è in grado di attivare la mobilità senza necessità di un accompagnatore.		
41	Caratteristiche: - schienale e sedile rigidi e imbottiti; - braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili; - schienale e appoggiatesta inclinabili; - poggiatesta regolabili e/o ribaltabili - due ruote grandi /Æ max 650 mm. Con anello corrimano e due ruote piccole proiettanti anteriori /Æ massimo 200 mm.		
42	Con WC estraibile	12.21.06.003	€ 199,80
43	Senza WC estraibile	12.21.06.006	€ 159,92
44	Aggiuntivi		
45	Sistema monoguidera unilaterale	12.24.03.103	€ 71,64
46	Telaio a crociera o dispositivo similare per riduzione di ingombri (solo per 12.21.03.003)	12.24.03.106	€ 33,14
47	Cinghia pettorale	12.24.06.103	€ 10,80
48	Divaricatore imbottito regolabile	12.24.06.106	€ 30,60
49	Cuscinetto di spinta per il tronco	12.24.06.109	€ 13,04
50	Schienale prolungato regolabile o poggiatesta	12.24.06.112	€ 16,65
51	Protezione laterale panelata bilaterale	12.24.06.115	€ 32,85
52	Braccioli regolabili in altezza	12.24.06.118	€ 35,10
53	Variazione larghezza (inferiore a 40 cm. e da 45 a 50 cm.)	12.24.06.121	€ 49,50
54	Variazione larghezza (superiore a 50 cm.)	12.24.06.124	€ 49,50
55	Imbottitura del lato interno dei fianchi estraibili	12.24.06.127	€ 13,05
56	Rivestimento del sedile imbottito senza cuciture Sedile senza cuciture con imbottitura in gel atossico Nota: questo aggiuntivo esclude la fornitura di un cuscino antidecubito	12.24.06.130	€ 18,00
57	Dispositivo con trazione a manovella con braccioli fissi e leva di guida	12.24.06.133	€ 27,00
58	Tavolino normale	12.24.09.103	€ 66,97
59	Tavolino con incavo avvolgente e bordi	12.24.15.103	€ 11,92
60	Quattro ruote diametro 200 mm. di cui due fisse e due proiettanti per carrozzine 12.21.03.006	12.24.15.106	€ 27,90
61	Riparazioni (carrozze fisse)	12.24.21.103	€ 20,44
62	Revisione dispositivi di movimento	12.24.03.503	€ 14,55
63	Smontaggio e rimontaggio di una o più parti in sostituzione	12.24.03.506	€ 5,76
64	Sedile imbottito con fondo rigido, dimensioni analoghe all'ausilio in uso	12.24.06.503	€ 21,82
65	Schienale imbottito con fondo rigido, dimensioni analoghe all'ausilio in uso	12.24.06.506	€ 20,04
	Parte imbottita dei braccioli (al pato)	12.24.06.509	€ 7,17

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
66	Appoggiagambe estraibili complete di pedane appoggiapiedi ribaltabili (al paio)	12.24.03.509	€ 15,75
67	Appoggiagambe con inclinazione regolabile, complete di pedane appoggiapiedi e appoggiapancia (al paio)	12.24.03.512	€ 21,60
68	Ruota grande diametro max mm. 650 con anello corrimano, gommata come quelle dell'ausilio in uso.	12.24.21.503	€ 25,20
69	Ruota piccola /Æ 200 mm con supporto piroettante, gommata come quelle dell'ausilio in uso	12.24.21.506	€ 18,14
CARROZZINA AD AUTOSPINTA UNILATERALE			
Carrozzina a tre ruote con trazione a manovella.			
E' indicata e strutturata per prevalente uso esterno. Il soggetto utilizzatore deve conservare una notevole vigoria fisica all'arto superiore che aziona la propulsione.			
Caratteristiche:			
- ruote /Æ minimo mm. 500			
- freni di stazionamento sulle ruote posteriori e di soccorso su quella anteriore			
- schienale, sedili e braccioli imbottiti			
- fanaleria, dinamo e segnalatore acustico.			
70	- Tipo con manovella di propulsione destra	12.21.15.003	€ 232,31
71	- Tipo con manovella di propulsione sinistra	12.21.15.006	€ 232,31
Aggiuntivi			
72	- Manubrio snodabile	12.24.03.124	€ 19,53
73	- fiancata ribaltabile	12.24.06.177	€ 14,81
gruppo 4 - MOTOCARROZZINE			
MOTOCARROZZINE			
Motocarrozzina a tre ruote			
E' indicata per i soggetti non deambulanti ma con piena efficienza agli arti superiori che intendono compiere lunghi percorsi su strade pubbliche e non. Si richiede il possesso dei requisiti neuropsichici e fisici in grado di determinare il controllo del veicolo in condizioni di sicurezza. In caso di uso su strade pubbliche la motocarrozzina deve essere in regola con le prescrizioni del vigente Codice della Strada.			
Caratteristiche:			
- telaio in acciaio cromato e/o verniciato a forno con carenatura in acciaio o idoneo materiale plastico su tre ruote di cui quella anteriore con funzione direzionale;			
- motore a scoppio di cilindrata non superiore a 50 cc.;			
- sospensioni telescopiche;			
- ruote con freni regolamentari;			
- sedile, schienale e braccioli imbottiti			
- fanaleria regolamentare;			
- segnalatore acustico;			
- messa in moto tramite manovella o leva;			
74	Con cambio o variatore di velocità	12.21.30.003	€ 736,92
75	c.s. ma monomarcia	12.21.30.006	€ 655,71
Aggiuntivi			
76	Avviamento elettrico	12.24.03.127	€ 106,70
77	Parabrezza	12.24.03.130	€ 33,37
78	Bracciolo ribaltabile	12.24.06.178	€ 27,96
79	Fiancate chiuse	12.24.06.181	€ 25,74
80	Portapacchi	12.24.06.184	€ 22,32

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
81	Segnalatori di direzione (al paio)	12.24.03.133	€ 47,47
82	Retromarcia	12.24.03.136	€ 184,50
83	Forcella ammortizzatori idraulici	12.24.21.118	€ 94,50
84	Freni a tamburo con freni di servizio e di stazionamento	12.24.18.103	€ 44,55
85	Kit completo con carrozzeria in vetroresina con verniciatura epossidica - Manubrio alzabile e regolabile in lunghezza e altezza - Parabrezza antigraffio	12.24.03.139	€ 89,55
86	Cappotta rigida smontabile in vetroresina	12-24.03.142	€ 229,50
gruppo 5 - PASSEGGINI			
PASSEGGINI			
87	Passellino chiudibile ad ombrello E' indicato per percorsi brevi su terreni privi di asperità e per facilitare l'accesso sui mezzi pubblici di trasporto. E' facilmente trasportabile in auto. Caratteristiche: - struttura che ne consente la chiusura e l'apertura con facilità; - poggiatesta; - cinghia pettorale; - ruote adatte per esterni, provviste di sistema frenante; Aggiuntivi	12.27	
		12.27.03.003	€ 279,00
88	Riduttore di larghezza del sedile	12.27.03.103	€ 44,55
89	Divaricatore imbottito regolabile ed estraibile	12.27.03.106	€ 30,60
90	Socca rigida imbottita supplementare con fianchetti, poggiatesta, cintura di sicurezza e divaricatore	12.27.03.109	€ 58,28
91	Poggiatesta regolabile e ribaltabile	12.27.03.112	€ 19,26
gruppo 6 - AUSILI PER SOLLEVAMENTO			
SOLLEVAPERSONE			
	Sollevatore mobile a imbracatura polifunzionale E' indicato per lo spostamento di invalidi che non residuano alcuna capacità di spostamento autonomo. Caratteristiche: - struttura di sostegno adeguata ai carichi da sostenere; - base regolabile in ampiezza con leva manuale; - ruote piroettanti di diametro minimo 100 mm.; - sollevamento realizzato a mezzo di sistema oleo-dinamico o meccanico. - imbracatura a due fasce separate o ad amaca senza testiera adeguata a consentire la facile e sicura presa ed il trasporto della persona - sollevamento mediante sistema a bassa tensione alimentato da batteria ricaricabile (compreso di caricabatterie). - Garanzia 24 mesi (per gli accumulatori 6 mesi) Aggiuntivi	12.36	
		12.36.03.003	€ 370,00
92		12.36.03.003	€ 370,00
93		12.36.03.006	€ 480,00
94	- Imbracatura ad amaca con contenzione del capo	12.36.03.103	€ 35,10
gruppo 7 - AUSILI PER LA POSIZIONE SEDUTA			
SEGGIOLONI			
95	Seggiolone normale E' indicato per i minori di anni 18 che necessitano di una seduta personalizzata e controllata durante lo svolgimento di attività quotidiane, didattiche e ricreative.	18.09.18	
		18.09.18.003	€ 143,33

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE	codice class. ISO	nuova tariffa
Caratteristiche:		
- struttura adeguata al carico da sostenere;		
- schienale e sedile imbottiti e rivestiti in materiale lavabile o in corda di materiale sintetico o comunque atti ad offrire il sostegno adeguato al corpo in appoggio; tavolino estraibile con incavo avvolgente;		
- ruote adatte per interni, provviste di sistema frenante.		
Aggiuntivi		
96 Cinghia pettorale	18.09.18.103	€ 9,40
97 Cinghia a bretelle, imbottita	18.09.18.106	€ 9,90
98 Cinturini fermipiedi (al paio)	18.09.18.109	€ 4,23
99 Divaricatore imbottito regolabile e/o estraibile	18.09.18.112	€ 15,75
100 Cuscinetto di spinta laterale o supporto laterale per il tronco (ciascuno)	18.09.18.118	€ 13,15
101 Poggiatesta imbottito	18.09.18.121	€ 11,27
102 Poggiatesta regolabile in altezza, con protezioni laterali o ad angolo variabile	18.09.18.124	€ 13,39
103 Possibilità di variare l'altezza dello schienale	18.09.18.127	€ 23,03
104 Pedana con regolazione della flessione del piede (pato)	18.09.18.130	€ 10,24
105 Possibilità di basculamento e/o di asportazione della scocca superiore	18.09.18.133	€ 40,66
106 Telaio regolabile in altezza	18.09.18.136	€ 18,32
107 Poggiatesta a cassetta	18.09.18.139	€ 45,60
108 Poggiatesta ribaltabile	18.09.18.142	€ 14,34
109 Bracciolo regolabile in altezza (al paio)	18.09.18.145	€ 20,67
NORME TECNICHE		
Tutti gli ausili contemplati nel capitolo devono essere rispondenti ove possibile, alle caratteristiche riportate nel UNI EN ISO 12182. Per quanto non previsto si applicano i parametri ISO 6440-7193-7.176.1 fino a 20-7930.		
L'analisi di rischio di utilizzo degli ausili va fatta secondo la UNI EN ISO 14971. Gli ausili e/o i dispositivi elettrici di cui sono eventualmente corredati, devono sottostare ai parametri di cui a IEC n. 65-335-601-a EN 50065.1-50.081-50.082.1-55.011/3/4/5-55.020/2-60.555.1.2.3.		
Sono da applicare le prescrizioni di cui al EN 12182.		
La biocompatibilità, il pericolo di contaminazione e i rischi da contatto con residui vanno valutati secondo la UNI EN 30993 e relative parti.		
Per i rischi di infezione e/o contaminazione, il produttore deve in particolare tenere conto di quelli derivanti dall'eventuale impiego di cuoio e/o pelle di pecora (per fasce di contenimento, sedute, cuscini, cinghie, ecc.).		
Tutti gli ausili devono in ogni caso rispondere ai requisiti essenziali indicati nell'allegato 1 della Direttiva 93/42 CEE e, tranne quelli su misura, muniti della dichiarazione di conformità CE e relativa fascicolazione tecnica prevista dall'allegato VII di tale direttiva.		
Ogni ausilio e accessorio deve recare la marcatura CE e deve essere corredato di etichettatura e istruzioni d'uso.		
Gli ausili su misura devono attenersi alle procedure previste dall'allegato VIII della direttiva citata.		
L'imballaggio deve garantire che il trasporto e la manipolazione non compromettano il rispetto dei suddetti requisiti essenziali.		
In applicazione della direttiva 93/42 CEE il rispetto delle norme tecniche determina la presunzione di rispetto dei requisiti essenziali. Qualora il produttore o l'importatore europeo ritenga di non attenersi in tutto o in parte alle norme tecniche, l'onere della prova del rispetto dei requisiti essenziali resta a suo carico e lo scostamento dalle norme e relative motivazioni tecniche devono risultare nelle istruzioni d'uso.		
A decorrere dal 15 giugno 1998 non potranno essere posti in servizio e/o in commercio ausili e relativi accessori non marcati CE e quindi privi della dichiarazione di conformità CE e relativa fascicolazione tecnica.		
Ogni ausilio accessorio dovrà essere conforme alla direttiva CEE 92/59.		
NORME GENERALI		
Le Aziende A.S.L. ed i medici Specialisti possono prescrivere nei casi di disabilità gravissime anche ausili non compresi in questo elenco.		
Si possono scegliere prodotti ed ausili non inclusi nei tre elenchi del Regolamento per migliorare il Significato Terapeutico.		

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE	codice class. ISO	nuova tariffa
In questi casi, tuttavia, lo Specialista prescrittore dovrà attestarne la riconducibilità, motivandone l'omogeneità funzionale. La parte del costo dell'ausilio che eccede da quanto fissato dalla Regione rimane a carico dell'assistito.		
gruppo 8 - VESTITI E CALZATURE		
Consistono in dispositivi predisposti che necessitano di essere individuali e non richiedono adattamenti o modifiche.		
GUANTI E MANOPOLE		
<u>Guanto di rivestimento per mano protesica:</u>		
110 -di pelle	09.03.12.003	€ 19,24
111 -di flanca (al paio)	09.03.12.006	€ 7,32
CALZE		
112 Calza di lana intera (coscia-gamba-piede), per paraplegico	09.03.27.003	€ 14,79
SCARPE		
<u>Calzature rivestimento protesi</u>		
Calzatura di serie per il rivestimento del piede protesico e come accompagnamento per il piede controlaterale sano, deve essere scelta fra i modelli del mercato. Queste calzature vanno sempre fornite a paio. Con questa calzatura il piede sano non può utilizzare eventuali ortesi.		
113 <u>Bassa</u> Dal n. 34 al n. 46 (al paio)	09.03.42.003	€ 26,20
114 <u>Alta</u> Dal n. 34 al n. 46 (al paio)	09.03.42.006	€ 27,81
gruppo 9 - AUSILI DI PROTEZIONE DEL CORPO		
Consistono in dispositivi predisposti che necessitano di essere individuali e non richiedono adattamenti o modifiche.		
AUSILI DI PROTEZIONE DEL BRACCIO E DEL GOMITO		
<u>Copriconcone di arto superiore:</u>		
115 Di cotone leggero.	09.06.12.003	€ 2,13
116 Di lana leggera.	09.06.12.006	€ 3,00
117 Di nylon.	09.06.12.009	€ 3,33
AUSILI DI PROTEZIONE DELLA GAMBIA E DEL GINOCCHIO INCLUSE LE CALZE PER GAMBE AMPUTATE.		
<u>Copriconcone di arto inferiore:</u>		
118 Di cotone leggero.	09.06.18.003	€ 2,82
119 Di lana leggera.	09.06.18.006	€ 4,17
120 Di nylon.	09.06.18.009	€ 3,29
121 Calza tubolare con tirante per indossare la protesi di coscia pneumatica.	09.06.18.015	€ 2,96
gruppo 10 - PROTESI NON DI ARTO		
PROTESI MAMMARIE		
<u>Protesi mammarie esterne</u>		
Si tratta di un ausilio ortopedico atto e ripristinare una visione anatomo-estetica del corpo umano dopo un intervento radicale di mastectomia.		
122 Protesi mammaria esterna prowisoria Da utilizzare nel periodo intercorrente tra l'intervento e la cicatrizzazione, in schiuma di gomma rivestita di tessuto anallergico	06.30.18.003	€ 20,00

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
	- nella misura dalla 1 alla 8, ambidestre		
123	Protesi mammaria esterna definitiva A profilo e volume/peso fisio-anatomico (0,96) in tutto silicone a composizione medicale, a riempimento differenziato, analergica esteticamente naturale, con assorbimento del calore del corpo - Nella misura dalla 1 alla 13 (da 55 a 115)	06.30.18.006	€ 110,00
gruppo 11 - AUSILI ANTIDECUBITO			
CUSCINI ANTIDECUBITO			
Ausili antidecubito idonei all'utilizzo su sedie normali o carrozzelle. Costituiti da materiali o sistemi diversi atti ad assicurare l'ottimizzazione delle pressioni di appoggio per limitare i rischi di occlusione capillare prolungata in soggetti a mobilità ridotta, esprimono livelli diversi di prevenzione o terapia direttamente relazionabili alle differenti patologie.			
Sono prescrivibili, in alternativa tra loro, ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 non deambulanti obbligati alla postura seduta senza soluzione di continuità.			
124	Cuscino in fibra cava siliconata Pr EN 12182; punti 4,5,10,11,13	03.33.03.003	€ 27,00
125	Cuscino in gel fluido Pr EN 12182; punti 4,5,10,11,13	03.33.03.006	€ 45,00
126	Cuscino in materiale viscoelastico compatto Pr EN 12182; punti 4,5,10,11,13	03.33.03.009	€ 75,00
127	Cuscino composto con base anatomica preformata o base con formazione personalizzata, integrata con fluidi automodellanti. Pr EN 12182; punti 4,5,10,11,13	03.33.03.012	€ 110,00
128	Cuscino a bolle d'aria a micro interscambio Pr EN 12182; punti 4,5,10,11,13	03.33.03.015	€ 150,00
129	Cuscino a bolle d'aria a micro interscambio o a celle con fluidi automodellanti a settori differenziati.	03.33.03.018	€ 150,00
MATERASSI E TRAVERSE ANTIDECUBITO			
Ausili antidecubito idonei all'utilizzo su letti normali od ortopedici (materassi) oppure su materassi normali od antidecubito (traverse). Costituiti da materiali o sistemi diversi atti ad assicurare l'ottimizzazione delle pressioni di appoggio per limitare i rischi di occlusione capillare prolungata in soggetti a mobilità ridotta, esprimono livelli differenti di prevenzione o terapia, direttamente relazionabili alle differenti patologie.			
I materassi e le traverse antidecubito, alternativi tra loro, sono prescrivibili ad adulti invalidi e a minori di anni 18 affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuità.			
130	Materasso ventilato in espanso (CENT/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.06.003	€ 70,00
131	Materasso ventilato in espanso composto, realizzato con materiali di diversa densità per garantire lo scarico differenziato delle pressioni a livello delle specifiche zone corporee.	03.33.06.006	€ 170,00
132	(CENT/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13) Materasso in fibra cava siliconata	03.33.06.009	€ 90,00
133	(CENT/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13) Materasso in fibra cava siliconata ad inserti asportabili	03.33.06.012	€ 160,00
134	(CENT/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13) Materasso ad acqua con bordo laterale di irrigidimento	03.33.06.015	€ 60,00
135	(CENT/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13,8.1,8.2) Materasso ad aria con camera a gonfiaggio alternato, con compressore	03.33.06.018	€ 70,00

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
136	Materasso ad elementi interscambiabili con compressore (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13,8,1,8,2)	03.33.06.021	€ 115,00
137	Traversa in vello naturale (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.06.024	€ 32,40
138	Traversa in materiale sintetico (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.06.027	€ 8,33
139	Traversa in fibra cava siliconata (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.06.030	€ 104,58
139 bis	Traversa a bolle d'aria microinterscambio (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.06.033	€ 290,55
gruppo 12 - ATTREZZATURE SPECIALI ANTIDECUBITO			
ATTREZZATURE SPECIALI ANTIDECUBITO			
Ausili antidecubito idonei ad essere applicati su zone corporee specifiche, costituiti da materiali diversi atti ad assicurare l'ottimizzazione delle pressioni di appoggio per limitare i rischi di occlusione in zone corporee particolarmente a rischio.			
Sono prescrivibili ad adulti ed a minori di anni 18 non deambulanti e/o affetti da patologia grave che obbliga alla degenza continua e/o postura seduta.			
140	Protezione per tallone in materiale sintetico (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.09.003	€ 1,83
141	Protezione per tallone in fibra cava siliconata (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.09.006	€ 2,61
142	Protezione per gomito in materiale sintetico (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.09.009	€ 4,30
143	Protezione per gomito in fibra cava siliconata (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.09.012	€ 4,30
144	Protezione per ginocchio in materiale sintetico (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.09.015	€ 25,56
145	Protezione per ginocchio in fibra cava siliconata (CEN/TC 293 N. 138-liv. 1-standard-4,5,10,11,13)	03.33.09.018	€ 25,56
03.33 AUSILI ANTIDECUBITO: NORME DI RIFERIMENTO			
Non esistono attualmente tecniche di riferimento specifiche per la sottoclasse 03.33 = AUSILI ANTIDECUBITO, pertanto si fa riferimento a pr EN ISO "Ausili tecnici per disabili e requisiti generali e metodi di prova".			
gruppo 14 - AUSILI PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO LESIONI CUTANEE			
Sono prescrivibili ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 non deambulanti e/o affetti da patologia grave che obbliga alla degenza continua.			
BENDAGGIO FLESSIBILE AUTOADESIVO IDROATTIVO O GELIFICANTE , in confezione singola sterile (Standard ISO Liv. 1 CE classe IB)			
● I quantitativi massimi dei bendaggi prescrivibili, di cui ai codici 09.21.12003/006/009/012, mensilmente sono da intendersi per ogni zona sottoposta al decubito ed in relazione alla estensione.			
171	Formato con una superficie totale flessibile idroattiva di cm. 10x10	09.21.12.003	€ 2,32
172	Formato con una superficie totale flessibile idroattiva di cm. 20x20	09.21.12.006	€ 8,37
173	Formato sagomato con una totale superficie flessibile idroattiva non inferiore a 60 cm.2	09.21.12.009	€ 3,11
174	Formato sagomato con una totale superficie flessibile idroattiva non inferiore a 120 cm.2	09.21.12.012	€ 8,62

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
175	Pasta, gel o idrogel atta ad assorbire l'essudato, prescrivibile esclusivamente in associazione con gli ausili di cui al codice 09.21.12	09.21.18.003	€ 4,50
gruppo 17 - LETTI			
LETTI ORTOPEDICI			
Ausilio prescrivibile ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuità. I letti a movimentazione elettrica sono prescrivibili a pazienti in grado di azionarli autonomamente e che non dispongono di una persona di aiuto in via continuativa.			
E' costituito da una struttura metallica di supporto munita di due testiere; la rete è collegata ad un telaio articolato con uno o due snodi, predisposto per l'applicazione di sponde di contenimento; la struttura oleodinamica o elettrica applicata ad un telaio sostanziale, con o senza ruote per consentire o no la mobilità orizzontale.			
191	Letto a manovella regolabile manualmente Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, inclinazione della testiera a mezzo manovella manuale. Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"	18.12.07.003	€ 140,00
192	Letto a due manovelle regolabile manualmente Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, inclinazione della testiera e del pedinatore a mezzo di manovelle manuali. Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"	18.12.07.006	€ 170,00
193	Letto articolato elettrico Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, fondo articolato in tre posizioni trasversali. Movimentazione tramite dispositivi elettrici con comando utilizzabile dal paziente o dall'assistente. Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova".	18.12.10.003	€ 320,00
Aggiuntivi a letti			
194	Supporto per alzarsi dal letto Struttura in acciaio cromato o verniciato con maniglia regolabile. Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"	12.30.09.103	€ 43,20
195	Base elettrica per letto regolabile in altezza Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, regolazione in altezza a mezzo dispositivi elettrici con comando utilizzabile dal paziente o dall'assistente. Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova".	18.12.12.103	€ 330,00
196	Base per letto regolabile in altezza Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, regolabile in altezza a mezzo pompa oleodinamica a pedale. Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"	18.12.12.106	€ 181,80
197	Sponde per letto Struttura in acciaio cromato o verniciato del tipo abbassabile, pieghevole o asportabile con sistema di ancoraggio; Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"	18.12.27.103	€ 50,00
198	Set di ruote (4 pezzi) per movimentazione letti e/o basi ad altezza variabile per letti Ruote del Ø di mm. 125. Proiettanti complete di freno di stazionamento sia sulla ruota che sull'asse di rotazione. Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"	24.36.06.103	€ 30,00
gruppo 18 - APPARECCHIATURE DI SOLLEVAMENTO (MONTASCALE)			
MONTASCALE			
E' indicato per i soggetti totalmente non deambulanti dimoranti abitualmente in edifici sprovvisti di ascensore idoneo, serviti da scale non superabili mediante l'installazione di una rampa di cui al D.M. lavori pubblici 14/08/1989, N° 236; oppure per il superamento di barriere architettoniche interne all'abitazione. L'indagine sociale preventiva dovrà attestare l'assoluta indispensabilità di tale dispositivo.			
		18.30.12	

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE		codice class. ISO	nuova tariffa
199	<p>Montascale mobile a cingoli</p> <p>Caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - struttura in metallo, recante cingoli dentati in gomma; - parte superiore smontabile o riducibile con staffe di appoggio e bloccaggio della carrozzina; - leva di comandi avanti e indietro, pulsante di stop e chiave di arresto; - motore a corrente continua a bassa tensione; batteria, caricabatteria e indicatore della carica compresi; - possibilità di superare pendenze a 35 gradi (indicatore compreso); - autonomia di salita e discesa fino a 10 piani; - carico utile fino a 130 kg.; - garanzia di 24 mesi. 	18.30.12.003	€ 1.850,00
200	<p>Montascale a ruote</p> <p>Caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - struttura con staffe di appoggio e bloccaggio della carrozzina, poggiatesta e cintura di sicurezza o con poltroncina incorporata all'intelaiatura; - movimentazione con ruote gommate munite di dispositivo atto a consentire la salita e la discesa di gradini di altezza fino a 24 cm. (a richiesta fino a 20 cm.); - dispositivo di inserimento automatico del freno motore; - motore a bassa tensione; - accumulatore e carica batteria; - autonomia a moto continuo su scale non inferiori a 10 piani; - comandi elettrici di salita e discesa; - portata massima di 120 kg.; - garanzia 12 mesi. 	18.30.12.006	€ 1.850,00
LE TARIFFE CONTENUTE NEL PRESENTE ELENCO NON SONO COMPRESIVE DEL TRASPORTO A DOMICILIO DELL'ASSISTITO.			

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 30 maggio 2014, n. U00189

Ratifica del nuovo protocollo d'Intesa tra Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto - Tariffazione degli ausili ortopedici di cui all'elenco 2 del D.M. 27 agosto 1999, n. 32.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

DECRETO n.

Oggetto : Ratifica del nuovo protocollo d'Intesa tra Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto - Tariffazione degli ausili ortopedici di cui all'elenco 2 del D.M. 27 agosto 1999, n. 32.

VISTA la Legge Costituzionale n. 3/2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n. 1 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare l'articolo 98;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge dello Stato n. 311 del 30 dicembre 2004 – legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: *“Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”* e la deliberazione della Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”*”;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione, secondo i Programmi operativi di cui al richiamato articolo 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013, con cui il Dott. Renato Botti è stato nominato sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare, le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera

uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

DATO ATTO che con la citata delibera del 21 marzo 2013 sono stati confermati i contenuti del mandato Commissariale affidato a suo tempo al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e in particolare il comma 88, il quale prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 6 dicembre 2013, n. U00480 recante “Definitiva adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTO il D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria*” che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti cui rivolgersi;

PRESO ATTO del D.Lgs. n. 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato per i LEA delle prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO il Decreto del Ministero della Sanità 27 agosto 1999, n. 332 concernente il “Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe”;

VISTO il Decreto Commissariale n. 112 del 24/11/2011 “Tariffazione degli ausili ortopedici di cui all'elenco 2 del D.M. 27 Agosto 1999, n. 32” con il quale sono stati approvati l'accordo tra la Regione Lazio e le Associazioni Assortopedia, Federlazio e Fioto rappresentative delle aziende fornitrici di tali ausili e la tariffazione degli stessi per il periodo 14/12/2011 – 31/12/2013;

CONSIDERATO che, a fronte delle criticità emerse, sia per i soggetti erogatori che per gli utenti, nel corso dell'attuazione del Decreto Commissariale n. 112 del 24/11/2011, la Regione ha istituito dei tavoli tecnici e dei gruppi di lavoro con i professionisti del SSR coinvolti in tutto il processo della prescrizione e le associazioni di categoria dei produttori dei presidi ortopedici;

RITENUTO necessario, essendo comunque trascorso il periodo di validità dell'accordo e del tariffario di cui al Decreto Commissariale n. 112 del 24/11/2011, assumere, nelle more della conclusione dei lavori e delle attività sopra descritte, azioni che consentano nella maniera più tempestiva e conveniente garantire all'assistito l'erogazione dei presidi di cui necessita;

PRESO ATTO della segnalazione del 17/01/2013 fatta alle Regioni e Province Autonome dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato affinché per l'erogazione a carico dei sistemi sanitari regionali di ausili tecnici per persone disabili vengano utilizzati dalle Aziende UU.SS.LL. sistemi informatizzati accessibili a tutti i potenziali distributori, compresi esercizi commerciali autorizzati per non determinare, come in alcune Regioni, alterazioni della concorrenza tra canali distributivi;

CONSIDERATO che è in fase di attivazione un sistema informativo regionale che consentirà il monitoraggio sia a livello di Azienda USL che a livello centrale dei consumi degli ausili protesici, tracciando tutto il processo dalla prescrizione all'erogazione e che, essendo elaborato dal partner regionale LAIT S.p.a., rispetterà la segnalazione di cui sopra;

CONSIDERATO che l'area dell'Assistenza Protesica, sia in termini di supporto al percorso assistenziale del paziente che in termini di impatto economico, costituisce un ambito di rilevante importanza e che si rende, pertanto, necessario individuare alcuni indirizzi che migliorino l'appropriatezza prescrittiva ed uniformino le prestazioni su tutto il territorio nel rispetto dei bisogni degli assistiti;

CONSIDERATO che sono stati individuati sottocodici ISO per la categoria "stomie e cateteri" a partire da quelli del Nomenclatore di cui al D.M. 332/1999 che tengono conto della presenza sul mercato di ausili innovativi;

CONSIDERATO che i nuovi sottocodici consentono di raggiungere un maggiore livello di appropriatezza e di coerenza tra il presidio prescritto e quello erogato, superando così le criticità emerse e costituiscono l'elemento fondante del nuovo tariffario;

CONSIDERATO che nelle more dell'attuazione del sistema informativo di cui sopra è stata predisposta una modulistica che costituisce parte integrante del presente atto (allegato 3) che servirà a identificare, tramite l'apposizione obbligatoria delle fustelle con i codici a barre da parte dei soggetti erogatori, l'esatto presidio erogato ed a consentirne la tracciabilità;

CONSIDERATO che, ai fini della liquidazione delle competenze, il soggetto erogatore dovrà consegnare alla Azienda USL di competenza territoriale il modulo sopra indicato in aggiunta a quanto sinora previsto;

CONSIDERATO che la totale attuazione delle procedure sopra descritte porterà alla definizione di strategie di acquisizione legate alla specificità del settore tramite l'esame accurato di aspetti quali la puntuale definizione dell'oggetto del contratto, l'analisi dei fabbisogni e del mercato della fornitura, la selezione dello strumento di acquisizione più adeguato, la necessità di individuare e valutare le caratteristiche essenziali e migliorative di prodotti e servizi;

CONSIDERATO che il nuovo protocollo d'intesa relativo agli ausili monouso "stomie e cateteri" stipulato in data 15/05/2014 tra la Regione Lazio e Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto, recepisce il nuovo tariffario (allegato 1) e garantisce i principi di qualità delle prestazioni, l'economicità, l'efficacia, tempestività e correttezza, libera concorrenza, parità di

trattamento, non discriminazione, trasparenza indicati nell'articolo 2 del D.lgs. n. 163/2006 con l'obiettivo di monitorare spesa e qualità dell'assistenza;

CONSIDERATO che con tale accordo la Regione continua ad assicurare l'erogazione dei dispositivi secondo le modalità già in essere senza alcun aggravio di spesa per gli assistiti e comunque ottenendo prezzi in alcuni casi migliorativi con quelli del precedente tariffario e con i prezzi di rimborso riconosciuti da altre Regioni italiane;

PRESO ATTO che con sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, del 28 ottobre 2013, n. 5174, viene riconosciuta la valenza di accordi stipulati con le associazioni di categoria non per sottrarre un ampio settore del mercato alla competizione economica, contravvenendo ai principi nazionali ed europei dell'evidenza pubblica vigenti in materia, ma per realizzare un risparmio economico per la Regione e una più efficiente allocazione dei prodotti stessi sul mercato;

CONSIDERATO che l'adozione di tale protocollo d'intesa e relativo tariffario è pienamente attuativa del Piano di Rientro poiché consente di contenere il disavanzo sanitario regionale non comportando alcun danno, in termini economici, né ai pazienti né agli operatori economici del settore, che vedono comunque distribuire capillarmente i loro prodotti così come specificato nel punto 5) dell'accordo stesso *“ le farmacie e le sanitarie si obbligano ad assicurare al paziente la libera scelta di tutte le marche e tipo di dispositivi compatibilmente con quanto prescritto senza ulteriori oneri a carico del SSR e che nessuna forma di corresponsione dovrà essere a carico del cittadino a seguito dell'applicazione dell'accordo e del nuovo tariffario ad esclusione di quanto espressamente indicato ”*;

CONSIDERATO che il tariffario relativo agli ausili monouso “stomie e cateteri” nel periodo di vigenza permetterà di implementare e sperimentare gli strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, di tracciabilità dei presidi e di monitoraggio della spesa, consentendo inoltre di esaminare accuratamente all'interno dei gruppi di lavoro e dei tavoli tecnici tutti quegli aspetti, quali la definizione dell'oggetto del contratto, l'analisi dei propri fabbisogni e del mercato della fornitura, la selezione dello strumento di acquisizione più adeguato, la necessità di individuare e valutare le caratteristiche essenziali e migliorative di prodotti e servizi, che porteranno poi alla definizione di nuove strategie per l'acquisizione e l'erogazione degli ausili;

RITENUTO necessario mantenere le tariffe del D.C.A. 112/2011 per gli ausili dell'elenco 2 e 3 diversi dagli ausili monouso nelle more di definizione di diverse modalità di acquisizioni Regionali (allegato 2);

DECRETA

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di recepire il Protocollo d'Intesa sottoscritto, in data 15/05/2014, tra la Regione Lazio, Assortopedia, Federfarma, Federlazio, Federsan-Confcommercio e Fioto, e gli allegati n.1 e n.2 che ne costituiscono parte integrante;
- di recepire il modulo (allegato 3) che verrà utilizzato dalle strutture erogatrici dei presidi oggetto del presente provvedimento e che servirà a identificare, tramite l'apposizione obbligatoria delle fustelle con i codici a barre, l'esatto presidio erogato ed a consentirne la tracciabilità.

Sarà compito delle Direzioni Generali delle Aziende UU.SS.LL. garantire la massima diffusione del presente decreto e vigilare sulla corretta applicazione dello stesso.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il Presidente
Nicola Zingaretti



PROTOCOLLO D'INTESA
TRA
LA REGIONE LAZIO
DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
E
LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA ASSORTOPEDIA, FEDERFARMA, FEDERLAZIO,
FEDERSAN-CONFCOMMERCIO E FIOTO

PREMESSO

che il verbale d'intesa 2011-2013 stipulato tra le parti in data 13 ottobre 2011 di cui al Decreto Commissariale U00112 del 20/12/2011 ha determinato risultati positivi in termini di risparmio, pari a circa 2,1 milioni di euro nel solo anno 2012 e a circa 1,5 milioni di euro nel 2013;

che tale sistema erogativo ha consentito agli aventi diritto libertà di scelta del fornitore su tutto il territorio regionale;

che tuttavia, nel corso della sua attuazione si sono manifestate criticità sul territorio, sia per i soggetti erogatori che per gli utenti, legate alla alta variabilità dei prezzi degli ausili che, pur se identificati dallo stesso codice ISO, presentano caratteristiche funzionali e qualitative differenti;

che la Regione al fine di conciliare l'esigenza degli assistiti di disporre di una gamma di modelli idonea a soddisfare le specifiche esigenze con la necessità di evitare aumenti di spesa relativamente ai cateteri ed agli ausili per stomie di cui all'elenco n. 2 del D.M. 332/99 erogabili a carico del SSR ha provveduto alla individuazione di sottocodici specifici e dei relativi prezzi basandosi, oltre che sui precedenti prezzi del DCA U0112/2011 che già costituivano un benchmark di riferimento a livello nazionale, sull'analisi dei listini dei principali produttori e sui prezzi di rimborso riconosciuti da altre Regioni (es. Umbria, Marche);

che per quanto concerne i restanti ausili dell'elenco 2 e dell'elenco 3 resteranno valide le tariffe previste dal D.C:A n. 112 del 2011 fino alla definizione da parte della Regione Lazio di diverse modalità di approvvigionamento (allegato 2);

che le singole AA.SS.LL. dovranno rispettare quanto previsto dal seguente protocollo;

che le Associazioni di categoria, intendono coadiuvare, al fine di sostenere il rapporto di collaborazione con la Regione, l'operato della Regione stessa volto a monitorare quanto più possibile la spesa sanitaria ed in tal senso sono disponibili a valutare la revisione dell'accordo;

che la Farmacia e la Sanitaria, proprio in quanto presidi sanitari presenti nel territorio grazie alla loro capillarità e agli orari di apertura rappresentano una facilitazione all'accesso dei presidi del nomenclatore erogati dal SSR;

TUTTO CIO' PREMESSO

si conviene e si stipula quanto segue:

1. considerate le proposte di integrazione all'elenco n.2 del D.M. 332/99, per quanto riguarda i dispositivi "cateteri ed ausili per stomie", predisposte nel corso di varie riunioni svoltesi con i rappresentanti delle Associazioni e con i professionisti del SSR competenti in materia, viene recepito un tariffario regionale allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del protocollo e che contiene le tariffe massime di remunerazione per gli ausili sopraccitati;
2. il presente accordo sostituisce per la parte relativa ai dispositivi cateteri ed ausili per stomie il tariffario precedentemente approvato con DCA U0112/2011;
3. le farmacie e le sanitarie operanti nella Regione, si impegnano ad apporre su apposita modulistica le fustelle autoadesive presenti sulle confezioni; nei casi in cui le confezioni dovessero esserne sprovviste l'erogatore dovrà indicare il codice prodotto e darne descrizione analitica;
4. le farmacie e le sanitarie inoltre, al fine del pagamento degli ausili erogati, dovranno inviare ai servizi di assistenza protesica delle AA.SS.LL. di pertinenza la fattura corredata dal preventivo, precedentemente inviato ed autorizzato dalla A.S.L. competente, e la modulistica di cui sopra completa del codice a barra dell'ausilio venduto;
5. le farmacie e le sanitarie si obbligano ad assicurare al paziente la libera scelta di tutte le marche e tipo di dispositivi compatibilmente con quanto prescritto senza ulteriori oneri a carico del SSR e nessuna forma di corresponsione dovrà essere a carico del cittadino a seguito dell'applicazione dell'accordo e del nuovo tariffario di cui all'allegato 1 ad esclusione di quanto espressamente indicato;
6. ai fini di un'implementazione del sistema informativo regionale per l'assistenza protesica e di una adeguata valutazione degli effetti del nuovo tariffario, l'accordo sarà efficace fino al 31 dicembre 2015 prorogabile per ulteriori sei mesi e la sua applicazione decorrerà dalla pubblicazione dell'atto di recepimento sul BURL che ne condiziona la validità;
7. le Parti si impegnano ad istituire un tavolo tecnico al fine di verificare la qualità e l'appropriatezza prescrittiva degli ausili oggetto del presente accordo nonché effettuare il relativo monitoraggio con particolare riferimento all'andamento della spesa. In caso di incremento della spesa nel periodo di validità dell'accordo le Parti si impegnano ad una revisione dell'accordo stesso al fine dell'obiettivo di contenimento dei costi.

Letto, firmato e sottoscritto

Roma, 15/05/2014

Per la Regione Lazio

Il Direttore della Direzione Regionale
Salute e Integrazione Sociosanitaria
Dr.ssa Flori Degrassi

Per l'Associazione ASSORTOPEDIA

per Il Presidente pro tempore
Dott.ssa Antonietta Zaccarini
Il delegato Dott. Michele Clementi

Per l'Associazione FEDERFARMA

Il Presidente
Dott. Franco Caprino

Per l'Associazione FEDERLAZIO

Il Presidente pro tempore
Dott. Alessandro Casinelli

Per l'Associazione FEDERSAN-CONFCOMMERCIO

FEDERSAN-LAZIO
Dott. Franco Picchi

Per l'Associazione FIOTO

Il Presidente pro tempore
Dott. Marco Laineri Milazzo

gruppo 15 - <u>CATETERI VESICALI ED ESTERNI</u>	codice class. ISO	Quantità max concedibile	Tariffario
CATETERI VESICALI			
Cateteri vescicali a dimora			
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in puro silicone 100%, trasparente, a due vie con scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616). (1)	09.24.03 09.24.03.003 a	1 pz al mese	€ 12,00
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in puro silicone 100%, trasparente, a due vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 b	2 pz al mese	€ 5,00
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in lattice siliconato, trasparente, a due vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 c	3 pz al mese	€ 1,75
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in lattice siliconato, trasparente, a due vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 d	3 pz al mese	€ 4,00
Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in lattice siliconato o in puro silicone 100%, trasparente, a tre vie senza scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616).	09.24.03.003 e	2 pz al mese	€ 5,60
Cateteri urologici vescicali ad intermittenza			
Catetere tipo nelaton, monouso, in PVC, ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, in confezione singola sterile. Per donna e bambino (UNI EN 1616):			€ 0,23
Per donna e bambino	09.24.06.003	120 pz al mese	€ 0,23
Per uomo	09.24.06.006	120 pz al mese	€ 0,26
Catetere monouso, autolubrificante, che si lubrifica con gel lubrificante incorporato nella confezione, adeso o stratificato al catetere stesso che è costruito in PVC trasparente a varie misure, vari tipi di punte e diametri e confezionato in busta singola sterile (UNI EN 1616):			
Per neonati fino ad un anno	09.24.06.009 a	180 pz al mese	€ 1,65
Per bambino fino a 6 anni	09.24.06.010 a	150 pz al mese	€ 1,65
Per donna e bambino oltre 6 anni	09.24.06.011 a	120 pz al mese	€ 1,65
Per uomo	09.24.06.012 a	120 pz al mese	€ 1,65
Catetere monouso, autolubrificante, idrofilo in PVC con polivinilpirrolidone e sodio cloruro od urea, che si lubrifica mediante immersione in acqua o soluzione fisiologica, costituito in materiale ipoallergenico trasparente a varie lunghezze, punte e diametri, contenuto in busta singola sterile (UNI EN 1616):			
Per neonati fino ad un anno	09.24.06.009 b	180 pz al mese	€ 1,70
Per bambino fino a 6 anni	09.24.06.010 b	150 pz al mese	€ 1,70
Per donna e bambino oltre 6 anni	09.24.06.011 b	120 pz al mese	€ 1,70
Per uomo	09.24.06.012 b	120 pz al mese	€ 1,70
Catetere monouso, autolubrificante, idrofilo che si lubrifica mediante immersione in soluzione fisiologica o acqua già integrata o contenuta all'interno della confezione, costruito in materiale ipoallergenico trasparente a varie lunghezze e diametri, contenuto in busta singola sterile (UNI EN 1616):			
Per neonati fino ad un anno	09.24.06.009 c	180 pz al mese	€ 2,15
Per bambino fino a 6 anni	09.24.06.010 c	150 pz al mese	€ 2,15
Per donna e bambino oltre 6 anni	09.24.06.011 c	120 pz al mese	€ 2,15
Per uomo	09.24.06.012 c	120 pz al mese	€ 2,15

gruppo 15 - <u>CATETERI VESICALI ED ESTERNI</u>	codice class. ISO	Quantità max concedibile	Tariffario
Catetere monouso, autolubrificante idrofilo, che si lubrifica mediante immersione in soluzione fisiologica o acqua già integrata o contenuta all'interno della confezione, costruito in materiale ipoallergenico trasparente a varie lunghezze e diametri, contenuto in confezione Tascabile singola sterile (UNI EN 1616); Per uomo	09.24.06.012 d	30 pz al mese in sostituzione di 30 pz dei codici 09.24.06.012 a-b-c	€ 2,45
<u>CATERE MONOUSO</u> , autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, integrato in una sacca graduata in confezione singola sterile (2)	09.24.06.015	60 pz al mese	€ 4,30
Catetere/tutore per ureterocutaneostomia con foro centrale e fori di drenaggio, due alucee per il bloccaggio del catetere e disco di fissaggio in materiale sintetico	09.24.06.018 a	2 pz al mese	€ 32,00
Catetere/tutore per ureterocutaneostomia con foro centrale e fori di drenaggio, due alucee per il bloccaggio del catetere e disco di fissaggio in silicone puro	09.24.06.018 b	2 pz al mese	€ 37,19
Spray lubrificante al silicone per cateterismo (pr EN 12182).	09.21.18.006	1 flacone al mese	€ 9,00
CATERI ESTERNI			
	09.24.09		
Catetere (condom) in puro silicone, ipoallergenico, autocollante o con striscia biadesiva (pr EN 12182)	09.24.09.003 a	30 pz al mese	€ 1,50
Catetere (condom) in lattice o altro, ipoallergenico, autocollante o con striscia biadesiva (pr EN 12182)	09.24.09.003 b	30 pz al mese	€ 1,30
RACCOLTORI PER URINA			
SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA GAMBA , impermeabile, con tubo di raccordo, rubinetto di scarico e valvola antireflusso, con sistema antisciarbordio, con o senza rivestimento in TNT, con o senza sistema antiorione (UNI EE ISO 8669-2):	09.27.04		
Tipo monouso con rivestimento in tessuto e tubo di lunghezza regolabile	09.27.04.003	30 pz al mese	€ 0,51
Tipo riutilizzabile con rivestimento in tessuto e tubo di lunghezza regolabile	09.27.04.006	8 pz al mese	€ 1,55
SACCA DI RACCOLTA PER URINA DA LETTO , impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed indicazione del volume prestampato (UNI EE ISO 8669-2):	09.27.07		
Tipo monouso senza scarico	09.27.07.003 a	30 pz al mese	€ 0,28
Tipo monouso con scarico	09.27.07.003 b	20 pz al mese	€ 0,50
Tipo riutilizzabile	09.27.07.006	8 pz al mese	€ 2,00
(1) Concedibili due pezzi al mese nel caso in cui il medico prescrittore ne ravvisi l'assoluta necessità			
(2) Concedibile a soggetti che svolgono un'attività esterna di lavoro o di studio, nonché in combinazione con il catetere di cui ai codici 09.24.06.012 a-b-c, ma fino ad un massimo di altri 60 pz. al mese			
I CODICI DI CLASSIFICAZIONE ISO CORRISPONDONO A QUELLI DEL NOMECLATORE DI CUI AL D.M. 332/99 AD ECCEZIONE DEI NUOVI SOTTOCODICI CONTRADDISTINTI DALLE LETTERE a - b - c - d			
LE TARIFFE CONTENUTE NEL PRESENTE ELENCO NON SONO COMPRENSIVE DEL TRASPORTO A DOMICILIO DELL'ASSISTITO			

gruppo 13 - AUSILI PER STOMIE	codice class. ISO	Quantità max concedibile	Tariffario
SISTEMA AD 1 PEZZO COLO-ILEOSTOMIA			
Sacca a fondo chiuso con filtro, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o supporto integralmente idrocolloidale con o senza rivestimento antitraspirante in TNT, con o senza cintura. (UNI EN ISO 8670-2)	09.18.04	60 pz al mese	€ 1,95
Sacca a fondo aperto con o senza filtro, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o o supporto integralmente idrocolloidale con o senza rivestimento in TNT con o senza cintura. (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.04.003	60 pz al mese	€ 1,95
Sacca a fondo aperto con o senza filtro, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o o supporto integralmente idrocolloidale, con o senza rivestimento in TNT, con o senza cintura, con chiusura in velcro o analoga (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.04.006 a	60 pz al mese	€ 2,79
Sacca a fondo chiuso con o senza filtro, barriera protettiva integrale per stomi introflessi, con o senza rivestimento in TNT (UNI EN ISO 8670-2) con supporto microporoso o con supporto idrocolloidale (2)	09.18.04.009 a	60 pz al mese	€ 5,20
Sacca a fondo aperto con o senza filtro, barriera protettiva integrale per stomi introflessi, con o senza rivestimento in TNT (UNI EN ISO 8670-2) con supporto microporoso o con supporto idrocolloidale, con chiusura in velcro o analoga (2)	09.18.04.009 b	60 pz al mese	€ 5,54
SISTEMA A 2 PEZZI COLO-ILEOSTOMIA			
Placche:			
Placca con aggancio meccanico, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocolloidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182) (3)	09.18.05		
Placca con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocolloidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182) (3)	09.18.05.003 a	10 pz al mese	€ 3,10
Placca con aggancio meccanico, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocolloidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.05.003 b	10 pz al mese	€ 3,15
Placca con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocolloidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.05.006 a	10 pz al mese	€ 6,50
Sacche:	09.18.05.006 b	10 pz al mese	€ 6,50
Sacca a fondo chiuso con flangia con o senza filtro, con o senza dispositivo di sicurezza, con o senza rivestimento antitraspirante in TNT. (UNI EN ISO 8670-2)	09.18.05.009	60 pz al mese	€ 1,10
Sacca a fondo aperto con flangia, con o senza filtro, con o senza dispositivo di sicurezza, con o senza rivestimento antitraspirante in TNT (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.05.012 a	60 pz al mese	€ 1,10
Sacca a fondo aperto con flangia, con o senza filtro, con o senza dispositivo di sicurezza, con o senza rivestimento antitraspirante in TNT, con chiusura in velcro o analoga (UNI EN ISO 8670-2) (1)	09.18.05.012 b	60 pz al mese	€ 1,65
SISTEMA AD 1 PEZZO UROSTOMIA			
Sacca con barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o o integralmente idrocolloidale , con dispositivo antiriflusso e sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto. (UNI EN ISO 8669-2)	09.18.07		
Sacca con barriera protettiva autoportante, supporto adesivo microporoso ipoallergenico o o integralmente idrocolloidale a convessità integrale per stomi introflessi, con dispositivo antiriflusso e sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto (UNI EN ISO 8669-2) (2)	09.18.07.003	30 pz al mese	€ 4,30
	09.18.07.006	30 pz al mese	€ 5,60

gruppo 13 - AUSILI PER STOMIE	codice class. ISO	Quantità max concedibile	Tariffario
SISTEMA A 2 PEZZI UROSTOMIA			
Placche:			
Placca con aggancio meccanico, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocolloidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182)	09.18.08	10 pz al mese	€ 3,10
Placca con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante o anello protettivo e supporto microporoso ipoallergenico o integralmente idrocolloidale con o senza chiusura di sicurezza, ritagliabile o modellabile (Pr EN 12182)	09.18.08.003 a	10 pz al mese	€ 3,15
Placca con meccanico, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocolloidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.08.006 a	10 pz al mese	€ 6,50
Placca con aggancio adesivo, barriera protettiva autoportante e supporto microporoso o integralmente idrocolloidale a convessità integrale o parziale per stomi introflessi, modellabile o ritagliabile (Pr EN 12182) (2)	09.18.08.006 b	10 pz al mese	€ 6,50
Sacca di raccolta con aggancio adesivo o meccanico, con o senza dispositivo di sicurezza, con dispositivo antiriflusso e sistema di scarico raccordabile a raccogliitore da gamba o da letto. (standard ISO 8669)	09.18.08.009	30 pz al mese	€ 2,15
SISTEMA AD IRRIGAZIONE			
Set di irrigazione composto da: borsa graduata per l'acqua, con anatomico e cannula, sistema di regolazione del flusso con o senza visualizzazione, una cintura con o senza placca e sacche di scarico. (Standard Liv. 1)	09.18.24.003	1 pz ogni 6 mesi	€ 40,00
● Può essere alternativo ai codici 09.18.24.015 e 09.18.24.018			
Irrigatore semplice composto da: borsa graduata per l'acqua, cono e cannula, sistema di regolazione con o senza visualizzazione del flusso. (Standard Liv. 1)	09.18.24.004	1 pz ogni 6 mesi	€ 28,00
● Può essere alternativo al cod. 09.18.24.003			
Sacca di scarico trasparente a fondo aperto per irrigazione con barriera autoportante o adesivo o fiangia (Standard Liv. 1)	09.18.24.009	20 pz al mese	€ 1,40
DISPOSITIVI DI CHIUSURA AD 1 PEZZO			
Sacca con fondo chiuso con filtro, anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o barriera autoportante, con o senza investimento antitraspirante in TNT, con o senza cintura (Standard 8670)	09.18.24.012 sottocodice 09.18.24.003	30 pz al mese	€ 1,00
Mini sacchetto post-irrigazione con barriera autoportante, filtro incorporato e lato interno in TNT assorbente (Standard 8670)	09.18.24.015	30 pz al mese	€ 1,30
● Può essere alternativo ai codici 09.18.24.003 e 09.18.24.018			
Sistema dispositivo di chiusura ad 1 pezzo , costituito da un tappo autoportante ad espansione con o senza barriera autoportante e/o filtro incorporato. (Standard ISO Liv. 1)	09.18.24.018	30 pz al mese	€ 3,20
● Può essere alternativo ai codici 09.18.24.003 e 09.18.24.015			
DISPOSITIVI DI CHIUSURA A 2 PEZZI			
<i>I sistemi di chiusura a 2 pezzi sono alternativi tra loro</i>			
Sistema a 2 pezzi costituito da:			
una placca con fiangia , anello protettivo e supporto adesivo microporoso ipoallergenico o con barriera autoportante (Standard Liv. 1)	09.18.24.006	10 pz al mese	€ 2,74
Una sacca post-irrigazione con fiangia, con filtro e lato interno in TNT assorbente (Standard Liv. 1)	09.18.24.021 sottocodice 09.18.05.009	30 pz al mese	€ 1,01
Sistema a 2 pezzi composto da:			
una placca con fiangia barriera autoportante o adesivo microporoso (Standard Liv. 1)	09.18.24.006	10 pz al mese	€ 2,74
Tappo ad espansione con filtro incorporato (Standard Liv. 1)	09.18.24.024	30 pz al mese	€ 2,11

gruppo 13 - AUSILI PER STOMIE		codice class. ISO	Quantità max concedibile	Tariffario
ACCESSORI PER STOMIA				
	Cono anatomico da irrigazione	09.18.24.101	1 pz ogni 6 mesi	€ 5,60
	Pasta protettiva con o senza alcool per la pelle peristomiale (4)	09.18.30.003 a	2 confezioni al mese da minimo 57 g	€ 8,00
	Strisce preformate con o senza alcool (4)	09.18.30.003 b	30 strisce al mese per chi utilizza monopezzo - 10 strisce al mese per chi utilizza 2 pezzi	€ 0,90
	Polvere per zone peristomiali (4) (5)	09.18.30.006 a	2 confezioni al mese da minimo 25 g	€ 4,00
	Film protettivo Salviette con alcool (4)	09.18.30.006 b	100 salviette a trimestre per chi utilizza monopezzo - 50 salviette a trimestre per chi utilizza 2 pezzi	€ 0,25
	Film protettivo Spray (4)	09.18.30.006 c	2 confezioni al mese da minimo 28ml	€ 11,70
(1) Per pazienti ileostomizzati fino a 90 sacche al mese				
(2) Tipo di sacca o placca prescrivibile unicamente a pazienti con stoma introflesso				
(3) Per pazienti ileostomizzati fino a 15 placche al mese				
(4) Prescrivibili alternativamente tra loro ed esclusivamente in associazione con gli ausili per stomia nei casi in cui il medico prescrittore ne ravvisi l'assoluta necessità				
(5) Per questo codice è garantita l'erogazione senza integrazione economica da parte dell'assistito per quei prodotti il cui prezzo di listino al pubblico dei fornitori (iva esclusa) non superi il 25% del rimborso stabilito				
N.B.: I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione riferiti agli ausili colo-ileo-urostomizzati sono tra loro alternativi. Per coloro che praticano l'irrigazione a giorni alternati, è prevista una prescrizione mista con il sistema monopezzo. Pertanto, per i giorni che non praticano l'irrigazione, in sostituzione di una sacca di scarico (09.18.24.009) e di uno dei dispositivi di chiusura ad un pezzo (09.18.24.012.-09.18.24.015.-09.18.24.018) e/o a due pezzi (09.18.24.006-09.18.24.021-09.18.24.024), possono essere prescritte due sacche, a seconda dei casi, di cui al codice 09.18.04.003 o del codice 09.18.04.006 o del codice 09.18.04.009 limitatamente a pazienti con stoma introflesso. I quantitativi massimi concedibili sono da intendersi per ogni stomia e sono aumentabili, a giudizio del medico prescrittore dell'Azienda unità sanitaria locale, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza non superiore a 6 mesi.				
I CODICI DI CLASSIFICAZIONE ISO CORRISPONDONO A QUELLI DEL NOMENCLATORE DI CUI AL D.M. 332/99 AD ECCEZIONE DEI NUOVI SOTTOCODICI CONTRADDISTINTI DALLE LETTERE a - b - c - d				
LE TARIFFE CONTENUTE NEL PRESENTE ELENCO NON SONO COMPRENSIVE DEL TRASPORTO A DOMICILIO DELL'ASSISTITO				

descrizione		codice ex D.M. 28/12/92	codice class. ISO	Tariffario
gruppo 1 - AUSILI PER LA STABILIZZAZIONE, POSTURA E DEAMBULAZIONE (stampelle, tripodi, quadripodi, deambulatori)				
AUSILI PER EVACUAZIONE				
1	Sedia per WC e Doccia E' indicata per i soggetti con gravi disabilità motoria che necessitano di sedia comoda utilizzabile anche per doccia e per il WC. Trattasi di una variante della sedia comoda tradizionale che la rende polifunzionale. La sedia deve essere in grado di resistere all'umidità, ai detersivi e agli acidi; è pertanto incompatibile con la fornitura della 22.51.001 (12.21.03.003).		9.12 09.12.03.003	€ 202,75
	Caratteristiche: - schienale e sedile rigidi e/o imbottiti; idrorepellenti; - 4 ruote piroettanti diametro min. mm. 110 di cui 2 con freno, con supporti inox; - dispositivo WC estraibile; - pedane regolabili in altezza e ribaltabili; - braccioli estraibili o ribaltabili Aggiuntivi:			
2	Ruote almeno 4E mm. 600 di diametro con cerchio corrimano e freni (al paio)		09.12.03.103	98,73/1945
3	Rialzo stabilizzante per WC E' indicato per il mantenimento di una posizione corretta in tutti i casi in cui le esigenze fisiologiche del soggetto, in condizioni di inerzia o di grave disabilità motoria interessante gli arti ed il tronco, richiedano una lunga permanenza sul WC.		09.12.24.003	€ 67,03
	Caratteristiche: - piano di appoggio sul WC - struttura metallica in alluminio anodizzato o inox - braccioli - regolazione in altezza Aggiuntivi:			
4	Staffe di bloccaggio al WC (al paio) Fornibile solo a persone affette da gravi deficit di controllo del tronco.		09.12.24.103	€ 15,95
5	Quattro ruote piroettanti con freno		09.12.24.106	€ 30,48
AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON UN BRACCIO				
	Stampella:			
6	- con appoggio antibrachiale e puntale di appoggio - regolabile nella parte inferiore	22.01.013	12.03.06.003	€ 5,27
7	- c.s. con ammortizzatore	22.01.019	12.03.06.006	€ 7,43
8	- con appoggio sottoascellare, puntale di appoggio e regolazione	22.01.027	12.03.12.003	€ 7,87
	Tripode:			
9	- regolabile	22.01.033	12.03.15.003	€ 7,43
10	- regolabile con appoggio antibrachiale	22.01.035	12.03.15.006	€ 7,87
	Quadripode:			
11	- regolabile	22.01.043	12.03.18.003	€ 8,08
12	- regolabile con appoggio antibrachiale	22.01.045	12.03.18.006	€ 9,00

descrizione	codice ex D.M. 28/1/92	codice class. ISO	Tariffario
AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON DUE BRACCIA		12.06	
Sono indicati in tutti i casi in cui è necessario riattivare la funzione deambulatoria e/o nei casi in cui il soggetto non è in grado di sorreggersi con sufficiente sicurezza. La descrizione che segue si riferisce agli ausili di base. La valutazione delle particolari condizioni dei soggetti può e deve necessariamente prevedere l'applicazione di uno o più aggiuntivi, necessarie per determinare una funzione specifica non rinvenibile.			
Deambulatori:			
- struttura in acciaio cromato e/o verniciato a forno o in lega leggera			
- rigido od articolato			
- con o senza ruote piroettanti, freno azionabile in deambulazione, freno di stazionamento, accessori di sostegno, sedile imbottito o rivestito.			
- per deambulazione eretta o carponi, con fascia di appoggio al bacino.			
E' realizzato in tre misure standard adeguate alla corporatura dei soggetti:			
13 - Rigido con appoggio al terreno (di serie i codici ISO 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	22.05.001 22.05.003	12.06.03.003 12.06.03.003	€ 32,40 € 32,40
14 - Articolato in grado di assecondare meccanicamente la deambulazione (di serie i codici ISO 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	22.11.001 22.11.003 22.11.005	12.06.03.006 12.06.03.006 12.06.03.006	€ 36,45 € 36,45 € 36,45
15 - Con due ruote e due puntali di appoggio al terreno (di serie il codice ISO 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	22.15.001 22.15.003 22.15.005	12.06.06.003 12.06.06.003 12.06.06.003	€ 39,60 € 39,60 € 39,60
- Scorrevole su quattro ruote piroettanti:			
- senza freno di stazionamento	22.21.001	12.06.09.003	€ 69,75
(di serie i codici ISO 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza, 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.142 Manubrio anteriore regolabile)	22.21.003 22.21.005	12.06.09.003 12.06.09.003	€ 69,75 € 69,75
- con freno di stazionamento su ruote	22.21.007	12.06.09.006	€ 72,45
(di serie i codici ISO 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza, 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.142 Manubrio anteriore regolabile)	22.21.011	12.06.09.006	€ 72,45
- con freno azionabile a mano	22.21.019	12.06.09.009	€ 117,04
(di serie i codici ISO 12.06.09.130 Telaio pieghevole e 12.06.09.109 Regolazione della base in altezza)	22.21.021	12.06.09.009	€ 117,04
	22.21.023	12.06.09.009	€ 117,04
19 - con sedile avvolgente per bambini		12.06.09.012	€ 72,68
19 bis - per deambulazione carponi con fascia di appoggio	22.31.001	12.06.09.015	€ 45,53
Aggiuntivi:			
20 Sedile imbottito e rivestito (escluso 12.06.09.012)	22.85.013	12.06.09.106	€ 11,70
21 Regolazione della base in altezza (escluso 12.06.09.015)	22.85.015	12.06.09.109	€ 10,86
22 Divisorio intermedio regolabile	22.85.017	12.06.09.112	€ 18,09
23 Sella divaricatrice	22.85.019	12.06.09.115	€ 15,75
24 Sostegno pettorale regolabile	22.85.021	12.06.09.118	€ 21,72
25 Sostegno pelvico regolabile	22.85.023	12.06.09.121	€ 21,86
26 Appoggio brachiale (al paio)	22.85.025	12.06.09.124	€ 27,90
27 Barre di appesantimento in acciaio pieno (al paio)	22.85.027	12.06.09.127	€ 13,75
28 Telaio pieghevole e smontabile	22.85.029	12.06.09.130	€ 17,16
29 Ruote con rotazione frizionata (al paio)	22.85.031	12.06.09.133	€ 13,86
30 Tavolo con incavo regolabile	22.85.033	12.06.09.136	€ 27,02
31 Mutanda di sostegno	22.85.035	12.06.09.139	€ 15,75
32 Manubrio regolabile	22.85.037	12.06.09.142	€ 8,69
33 Blocchi direzionali disinsensibili sulle ruote (al paio)	22.85.039	12.06.09.145	€ 13,99

descrizione	codice ex D.M. 28/1/92	codice class. ISO	Tariffario
gruppo 2 - BICICLETTE			
Sono indicate in tutte i casi in cui i soggetti disabili con attività deambulatoria compromessa o con altri deficit motori possono utilmente avvalersi di tali ausili per la mobilità personale e per scopi riabilitativi.			
BICICLETTE			
34 Bicicletta (a due ruote) E' caratterizzata da un telaio in acciaio cromato e/o verniciato in lega con una forcella ed un manubrio anteriormente con due ruote grandi ed una forcella posteriormente. Il telaio e le ruote devono essere compatibili con le misure antropometriche del soggetto. La ruota posteriore è munita di un rocchetto dentato per la trasmissione del moto. E' munita di freni, pedivella, catena, catarifrangenti, fanali anteriori e dinamo. Posteriormente una coppia di stabilizzatori registrabili, con due ruote di almeno mm. 200 di AE , assicura la stabilità laterale.	22.51.140	12.18.03.003	€ 130,50
Aggiuntivi			
35 Sella lunga per l'abduzione e per la circolazione facilitata delle gambe			€ 7,44
36 Ammortizzatori agli stabilizzatori della bicicletta a due ruote. Indicato per minori e adulti con accentuata instabilità del tronco		12.18.21.127 12.18.21.130	€ 14,40
gruppo 3 - CARROZZINE			
CARROZZINA A TELAIO RIGIDO			
37 Carrozzina a telaio rigido manovrabile dall'accompagnatore E' indicata in tutti i casi in cui il soggetto necessita di un ausilio per la mobilità assistita da un accompagnatore. Caratteristiche tecniche: - telaio in acciaio cromato e/o verniciato; - schienale a sedile rigidi e/o imbottiti; - quattro ruote piroettanti di diametro minimo di mm. 100 di cui due con freni; - dispositivo WC estraibile; - pedana ribaltabili regolabili in altezza - braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili.	22.51.001	12.21 12.21.03.003	€ 79,20
38 Carrozzina a telaio rigido reclinabile manovrata dall'accompagnatore Caratteristiche come la precedente tranne: - schienale reclinabile almeno di 80°; - pedane ad inclinazione regolabile con appoggia polpacci e poggiatesta regolabili e/o ribaltabili	22.51.003	12.21.03.006	€ 169,65
39 Carrozzina a telaio rigido manovrabile dall'accompagnatore con regolazione servoassistita E' indicata in tutti i casi in cui il soggetto ha una scarsissima mobilità residua del tronco e degli arti superiori e necessita di continua diversificazione della posizione anche per prevenire le piaghe da decubito. Questo ausilio è alternativo alle altre carrozzine fisse. Caratteristiche: - struttura adeguata al carico da sostenere; - schienale prolungato o con appoggiatesta, sedile, braccioli e poggiatesta imbottiti o rivestiti in corda di materiale sintetico; - schienale e poggiatesta con regolazione servoassistita a mezzo pistone a gas o dispositivo equivalente con bloccaggio; - pedana poggiatesta; - pedana ruote di cui due con freno di diametro minimo di mm. 100		12.21.03.009	€ 607,50
Carrozzina a telaio rigido ad autospinna con mani sulle ruote posteriori E' prescrivibile in tutti i casi in cui l'utilizzatore è in grado di attivare la mobilità senza necessità di un accompagnatore. Caratteristiche: - schienale e sedile rigidi e imbottiti; - braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili; - schienale e appoggiatesta inclinabili; - poggiatesta regolabili e/o ribaltabili - due ruote grandi AE max 650 mm. Con anello corrimano e due ruote piccole piroettanti anteriori AE massimo 200 mm.			

	descrizione	codice ex D.M. 28/1/92	codice class. ISO	Tariffario
40	Con WC estraibile	22.51.101	12.21.06.003	€ 199,80
41	Senza WC estraibile	22.51.103	12.21.06.006	€ 159,92
	Carrozzina a telaio rigido ad autospinta con mani sulle ruote anteriori Hanno caratteristiche e tariffe uguali a quelle con autospinta sulle ruote posteriori. Cambia il numero di codice nel senso che il terzo gruppo di cifre .06 (la divisione secondo le classifiche ISO) diventa .09.			
42	Con WC estraibile	22.51.101	12.21.09.003	€ 199,80
43	Senza WC estraibile	22.51.103	12.21.09.006	€ 159,92
	Aggiuntivi			
44	Sistema monoguida unilaterale	22.85.269	12.24.03.103	€ 71,64
45	Telaio a crociera o dispositivo similare per riduzione di ingombri (solo per 12.21.03.003)	22.85.283	12.24.03.106	€ 33,14
46	Cinghia pettorale	22.85.255	12.24.06.103	€ 10,80
47	Divaricatore imbottito regolabile	22.85.257	12.24.06.106	€ 30,60
48	Cuscinetto di spinta per il tronco	22.85.259	12.24.06.109	€ 13,04
49	Schienale prolungato regolabile o poggiatesta	22.85.263	12.24.06.112	€ 16,65
50	Protezione laterale parietale bilaterale	22.85.265	12.24.06.115	€ 32,85
51	Braccioli regolabili in altezza	22.85.267	12.24.06.118	€ 35,10
52	Variazione larghezza (inferiore a 40 cm. e da 45 a 50 cm.)	22.85.277	12.24.06.121	€ 49,50
53	Variazione larghezza (superiore a 50 cm.)	22.85.279	12.24.06.124	€ 49,50
54	Imbottitura del lato interno dei fianchi estraibili	22.85.281	12.24.06.127	€ 13,05
55	Rivestimento del sedile imbottito senza cuciture		12.24.06.130	€ 18,00
56	Sedile senza cuciture con imbottitura in gel atossico Nota: questo aggiuntivo esclude la fornitura di un cuscino antidecubito		12.24.06.133	€ 27,00
57	Dispositivo con trazione a manovella con braccioli fissi e leva di guida	22.85.271	12.24.09.103	€ 66,97
58	Tavolino normale	22.85.273	12.24.15.103	€ 11,92
59	Tavolino con incavo avvolgente e bordi	22.85.275	12.24.15.106	€ 27,90
60	Quattro ruote diametro 200 mm. di cui due fisse e due piroettanti per carrozzine 12.21.03.006	22.85.261	12.24.21.103	€ 20,44
	Riparazioni (carrozze fisse)			
61	Revisione dispositivi di movimento		12.24.03.503	€ 14,55
62	Smontaggio e rimontaggio di una o più parti in sostituzione		12.24.03.506	€ 5,76
63	Sedile imbottito con fondo rigido, dimensioni analoghe all'ausilio in uso		12.24.06.503	€ 21,82
64	Schienale imbottito con fondo rigido, dimensioni analoghe all'ausilio in uso		12.24.06.506	€ 20,04
65	Parte imbottita dei braccioli (al paio)		12.24.06.509	€ 7,17
66	Appoggiateambe estraibili complete di pedane appoggiatepiedi ribaltabili (al paio)		12.24.03.509	€ 15,75
67	Appoggiategambe con inclinazione regolabile, complete di pedane appoggiatepiedi e appoggiatepolpacci (al paio)		12.24.03.512	€ 21,60
68	Ruota grande diametro max mm. 650 con anello corrimano, gommata come quelle dell'ausilio in uso.		12.24.21.503	€ 25,20
69	Ruota piccola \varnothing 200 mm con supporto piroettante, gommata come quelle dell'ausilio in uso		12.24.21.506	€ 18,14
	CARROZZINA AD AUTOSPINTA UNILATERALE		12.21	
	Carrozzina a tre ruote con trazione a manovella E' indicata e strutturata per prevalente uso esterno. Il soggetto utilizzatore deve conservare una notevole vigoria fisica all'arto superiore che aziona la propulsione.			
	Caratteristiche:			
	- ruote \varnothing minimo mm. 500			
	- freni di stazionamento sulle ruote posteriori e di soccorso su quella anteriore			
	- schienale, sedili e braccioli imbottiti			
	- fanaleria, dinamo e segnalatore acustico.			
70	- Tipo con manovella di propulsione destra	22.51.125	12.21.15.003	€ 232,31

descrizione		codice ex D.M. 28/12/92	codice class. ISO	Tariffario
71	- Tipo con manovella di propulsione sinistra	22.51.127	12.21.15.006	€ 232,31
Aggiuntivi				
72	- Manubrio snodabile	22.85.403	12.24.03.124	€ 19,53
73	- fiancata ribaltabile	22.85.405	12.24.06.177	€ 14,81
gruppo 4 - MOTOCARROZZINE				
MOTOCARROZZINE				
Motocarrozina a tre ruote				
E' indicata per i soggetti non deambulanti ma con piena efficienza agli arti superiori che intendono compiere lunghi percorsi su strade pubbliche e non. Si richiede il possesso dei requisiti neuropsichici e fisici in grado di determinare il controllo del veicolo in condizioni di sicurezza. In caso di uso su strade pubbliche la motocarrozina deve essere in regola con le prescrizioni del vigente Codice della Strada.				
Caratteristiche:				
- telaio in acciaio cromato e/o verniciato a forno con carenatura in acciaio o idoneo materiale plastico su tre ruote di cui quella anteriore con				
- motore a scoppio di cilindrata non superiore a 50 cc.;				
- sospensioni telescopiche;				
- ruote con freni regolamentari;				
- sedile, schienale e braccioli imbottiti				
- fanaleria regolamentare;				
- segnalatore acustico;				
- messa in moto tramite manovella o leva;				
74	Con cambio o variatore di velocità	22.51.131	12.21.30.003	€ 736,92
75	c.s. ma monomarcia	22.51.133	12.21.30.006	€ 655,71
Aggiuntivi				
76	Avviamento elettrico	22.85.452	12.24.03.127	€ 106,70
77	Parabrezza	22.85.453	12.24.03.130	€ 33,37
78	Bracciolo ribaltabile	22.85.455	12.24.06.178	€ 27,96
79	Fiancate chiuse	22.85.457	12.24.06.181	€ 25,74
80	Portapacchi	22.85.459	12.24.06.184	€ 22,32
81	Segnalatori di direzione (al paio)	22.85.461	12.24.03.133	€ 47,47
82	Retromarcia		12.24.03.136	€ 184,50
83	Forcella ammortizzatori idraulici		12.24.21.118	€ 94,50
84	Freni a tamburo con freni di servizio e di stazionamento		12.24.18.103	€ 44,55
85	Kit completo con carrozzeria in vetroresina con verniciatura epossidica - Manubrio alzabile e regolabile in lunghezza e altezza - Parabrezza antigraffio		12.24.03.139	€ 89,55
86	Cappotta rigida smontabile in vetroresina		12.24.03.142	€ 229,50
gruppo 5 - PASSEGGINI				
PASSEGGINI				
87	Passaggio chiudibile ad ombrello	22.45.101	12.27.03.003	€ 279,00
E' indicato per percorsi brevi su terreni privi di asperità e per facilitare l'accesso sui mezzi pubblici di trasporto. E' facilmente trasportabile in auto.				
Caratteristiche:				
- struttura che ne consente la chiusura e l'apertura con facilità;				
- poggiatesta;				
- cinghia pettorale;				
- ruote adatte per esterni, provviste di sistema frenante;				
Aggiuntivi				
88	Riduttore di larghezza del sedile	22.85.101	12.27.03.103	€ 44,55

	descrizione	codice ex D.M. 28/12/92	codice class. ISO	Tariffario
89	Divanatore imbottito regolabile ed estraibile	22.85.103	12.27.03.106	€ 30,60
90	Scocca rigida imbottita supplementare con fianchetti, poggiatesta, cintura di sicurezza e divanatore	22.85.105	12.27.03.109	€ 68,28
91	Poggiapiedi: regolabile e ribaltabile	22.85.107	12.27.03.112	€ 19,26
	gruppo 6 - AUSILI PER SOLLEVAMENTO			
	SOLLEVAPERSONE			
	Sollevatore mobile a imbracatura polifunzionale		12.36	
	E' indicato per lo spostamento di invalidi che non residuano alcuna capacità di spostamento autonomo;			
	Caratteristiche:			
	- struttura di sostegno adeguata ai carichi da sostenere;			
	- base regolabile in ampiezza con leva manuale;			
	- ruote piroettanti di diametro minimo 100 mm.;			
92	- sollevamento realizzato a mezzo di sistema oleo-dinamico o meccanico; - imbracatura a due fasce separate o ad amaca senza testiera adeguata a consentire la facile e sicura presa ed il trasporto della persona	22.41.001+ 22.85.054	12.36.03.003	€ 325,35
93	- sollevamento mediante sistema a bassa tensione alimentato da batteria ricaricabile (compreso di caricabatterie). - Garanzia 24 mesi (per gli accumulatori 6 mesi)		12.36.03.006	€ 488,25
	Aggiuntivi			
94	- Imbracatura ad amaca con contenzione del capo		12.36.03.103	€ 35,10
	gruppo 7 - AUSILI PER LA POSIZIONE SEDUTA			
	SEGGIOLONI			
95	Seggiolone normale	22.45.051	18.09.18	€ 143,33
	E' indicato per i minori di anni 18 che necessitano di una seduta personalizzata e controllata durante lo svolgimento di attività quotidiane, didattiche e ricreative.			
	Caratteristiche:			
	- struttura adeguata al carico da sostenere;			
	- schienale e sedile imbottiti e rivestiti in materiale lavabile o in corda di materiale sintetico o comunque atti ad offrire il sostegno adeguato al corpo in appoggio; tavolino estraibile con incavo avvolgente;			
	- ruote adatte per interni, provviste di sistema frenante.			
	Aggiuntivi			
96	Cinghia pettorale	22.85.055	18.09.18.103	€ 9,40
97	Cinghia a bretellaggio, imbottita		18.09.18.106	€ 9,90
98	Cinturini fermapiedi (al paio)	22.85.057	18.09.18.109	€ 4,23
99	Divanatore imbottito regolabile e/o estraibile	22.85.059	18.09.18.112	€ 15,75
100	Cuscinetto di spinta laterale o supporto laterale per il tronco (ciascuno)	22.85.061	18.09.18.118	€ 13,15
101	Poggiatesta imbottito	22.85.063	18.09.18.121	€ 11,27
102	Poggiatesta regolabile in altezza, con protezioni laterali o ad angolo variabile	22.85.065	18.09.18.124	€ 13,39
103	Possibilità di variare l'altezza dello schienale	22.85.067	18.09.18.127	€ 23,03
104	Pedana con regolazione della flessione-estensione del piede (paio)	22.85.069	18.09.18.130	€ 10,24
105	Possibilità di basculamento e/o di asportazione della scocca superiore	22.85.071	18.09.18.133	€ 40,66
106	Telaio regolabile in altezza	22.85.073	18.09.18.136	€ 18,32
107	Poggiatesta a cassetta	22.85.075	18.09.18.139	€ 45,60
108	Poggiapiedi ribaltabile	22.85.077	18.09.18.142	€ 14,34
109	Bracciolo regolabile in altezza (al paio)	22.85.079	18.09.18.145	€ 20,67

descrizione	codice ex D.M. 28/1/92	codice class. ISO	Tariffario
Coprimoncione di arto superiore:			
115 Di cotone leggero;	27.20.001	09.06.12.003	€ 2,13
116 Di lana leggera;	27.20.003	09.06.12.006	€ 3,00
117 Di nylon;	27.20.005	09.06.12.009	€ 3,33
AUSILI DI PROTEZIONE DELLA GAMBA E DEL GINOCCHIO INCLUSE LE CALZE PER GAMBE AMPUTATE			
Coprimoncione di arto inferiore:			
118 Di cotone leggero;	27.19.001	09.06.18.003	€ 2,82
119 Di lana leggera;	27.19.003	09.06.18.006	€ 4,17
120 Di nylon;	27.19.005	09.06.18.009	€ 3,29
121 Calza tubolare con tirante per indossare la protesi di coscia pneumatica.	27.19.015	09.06.18.015	€ 2,96
gruppo 10 - PROTESI NON DI ARTO			
PROTESI MAMMARE			
Protesi mammarie esterne			
Si tratta di un ausilio ortopedico atto e ripristinare una visione anatomo-estetica del corpo umano dopo un intervento radicale di			
122 Protesi mammaria esterna provvisoria	30.01.001	06.30.18.003	€ 6,60
Da utilizzare nel periodo intercorrente tra l'intervento e la cicatrizzazione. in schiuma di gomma rivestita di tessuto anallergico - nella misura dalla 1 alla 8, ambedestre			
123 Protesi mammaria esterna definitiva	30.05.001	06.30.18.006	€ 69,68
A profilo e volume/peso fisiologico (0,96) in tutto silicone a composizione medicale, a riempimento differenziato, anallergica esteticamente naturale, con assorbimento del calore del corpo - Nella misura dalla 1 alla 13 (da 55 a 115)			
gruppo 11 - AUSILI ANTIDECUBITO			
CUSCINI ANTIDECUBITO			
Ausili antidecubito idonei all'utilizzo su sedie normali o carrozzelle. Costituiti da materiali o sistemi diversi atti ad assicurare l'ottimizzazione delle pressioni di appoggio per limitare i rischi di occlusione capillare prolungata in soggetti a mobilità ridotta, esprimono livelli diversi di prevenzione o terapia direttamente relazionabili alle differenti patologie.			
Sono prescrivibili, in alternativa tra loro, ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 non deambulanti obbligati alla postura seduta senza soluzione di continuità.			
124 Cuscino in fibra cava siliconata Pr. EN 12182; punti 4,5,10,11,13	501.21.01	03.33.03.003	€ 34,86
125 Cuscino in gel fluido Pr. EN 12182; punti 4,5,10,11,13	501.21.01	03.33.03.006	€ 34,86
126 Cuscino in materiale viscoelastico compatto Pr. EN 12182; punti 4,5,10,11,13	501.21.03	03.33.03.009	€ 83,66
127 Cuscino composto con base anatomica preformata o base con formazione personalizzata, integrata con fluidi automodellanti Pr. EN 12182; punti 4,5,10,11,13	501.21.05	03.33.03.012	€ 116,20
128 Cuscino a bolle d'aria a micro interscambio Pr. EN 12182; punti 4,5,10,11,13	501.21.07	03.33.03.015	€ 151,07
129 Cuscino a bolle d'aria a micro interscambio o a celle con fluidi automodellanti a settori differenziati.		03.33.03.018	€ 151,07
MATERASSI E TRAVERSE ANTIDECUBITO			
Ausili antidecubito idonei all'utilizzo su letti normali od ortopedici (materassi) oppure su materassi normali od antidecubito (traverse).			
Costituiti da materiali o sistemi diversi atti ad assicurare l'ottimizzazione delle pressioni di appoggio per limitare i rischi di occlusione capillare prolungata in soggetti a mobilità ridotta, esprimono livelli differenti di prevenzione o terapia, direttamente relazionabili alle differenti patologie.			

descrizione	codice ex D.M. 28/12/92	codice class. ISO	Tariffario
I materassi e le traverse antidecubito, alternativi tra loro, sono prescrivibili ad adulti invalidi e a minori di anni 18 affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuità.			
130 Materasso ventilato in espanso (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)	501.11.01	03.33.06.003	€ 52,29
131 Materasso ventilato in espanso composito, realizzato con materiali di diversa densità per garantire lo scarico differenziato delle pressioni a livello delle specifiche zone corporee. (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.06.006	€ 170,78
132 Materasso in fibra cava siliconata (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.06.009	€ 83,66
133 Materasso in fibra cava siliconata ad inserti asportabili (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.06.012	€ 162,68
134 Materasso ad acqua con bordo laterale di irrigidimento (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)	501.11.03	03.33.06.015	€ 62,75
135 Materasso ad aria con camera a gonfiaggio alternato, con compressore (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13,8.1,8.2)	501.11.05	03.33.06.018	€ 104,58
136 Materasso ad elementi interscambiabili con compressore (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13,8.1,8.2)		03.33.06.021	€ 105,75
137 Traversa in vello naturale (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.06.024	€ 32,40
138 Traversa in materiale sintetico (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.06.027	€ 8,33
139 Traversa in fibra cava siliconata (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.06.030	€ 104,58
139 bis Traversa a bolle d'aria microinterscambio (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.06.033	€ 290,55
gruppo 12 - ATTREZZATURE SPECIALI ANTIDECUBITO			
ATTREZZATURE SPECIALI ANTIDECUBITO			
Ausili antidecubito idonei ad essere applicati su zone corporee specifiche, costituiti da materiali diversi atti ad assicurare l'ottimizzazione delle pressioni di appoggio per limitare i rischi di occlusione in zone corporee particolarmente a rischio.			
Sono prescrivibili ad adulti ed a minori di anni 18 non deambulanti e/o affetti da patologia grave che obbliga alla degenza continua e/o postura seduta.			
140 Protezione per tallone in materiale sintetico (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)	501.21.21	03.33.09.003	€ 1,83
141 Protezione per tallone in fibra cava siliconata (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)	501.21.21	03.33.09.006	€ 2,61
142 Protezione per gomito in materiale sintetico (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)	501.21.21	03.33.09.009	€ 4,30
143 Protezione per gomito in fibra cava siliconata (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)	501.21.21	03.33.09.012	€ 4,30
144 Protezione per ginocchio in materiale sintetico (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.09.015	€ 25,56
145 Protezione per ginocchio in fibra cava siliconata (CENT/TC 293 N. 138-iv. 1-standard-4.5,10,11,13)		03.33.09.018	€ 25,56
03.33 AUSILI ANTIDECUBITO: NORME DI RIFERIMENTO			
Non esistono attualmente tecniche di riferimento specifiche per la sottoclasse 03.33 = AUSILI ANTIDECUBITO, pertanto si fa riferimento a pr EN ISO "Ausili tecnici per disabili e requisiti generali e metodi di prova".			

descrizione	codice ex D.M. 28/12/92	codice class. ISO	Tariffario
gruppo 14 - AUSILI PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO LESIONI CUTANEE			
<i>Sono prescrivibili ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 non deambulanti e/o affetti da patologia grave che obbliga alla degenza continua.</i>			
BENDAGGIO FLESSIBILE AUTOADESIVO IDROATTIVO O GELIFICANTE , in confezione singola sterile (Standard ISO Liv. 1 CE classe IIB)			
● I quantitativi massimi dei bendaggi prescrivibili, di cui ai codici 09.21.12/003/006/009/012, mensilmente sono da intendersi per ogni zona sottoposta al decubito ed in relazione alla estensione.		09.21.12	
171 Formato con una superficie totale flessibile idroattiva di cm. 10x10	501.21.25	09.21.12.003	€ 2,32
172 Formato con una superficie totale flessibile idroattiva di cm. 20x20	501.21.25	09.21.12.006	€ 8,37
173 Formato sagomato con una totale superficie flessibile idroattiva non inferiore a 60 cm.2		09.21.12.009	€ 3,11
174 Formato sagomato con una totale superficie flessibile idroattiva non inferiore a 120 cm.2		09.21.12.012	€ 8,62
175 Pasta, gel o idrogel atta ad assorbire l'essudato, prescrivibile esclusivamente in associazione con gli ausili di cui al codice 09.21.12		09.21.18.003	€ 4,50
gruppo 17 - LETTI			
LETTI ORTOPEDICI			
Ausilio prescrivibile ad adulti invalidi ed a minori di anni 18 affetti da patologie gravi che obbligano alla degenza senza soluzione di continuità. I letti a movimentazione elettrica sono prescrivibili a pazienti in grado di azionarli autonomamente e che non dispongono di una persona di aiuto in via continuativa.			
E' costituito da una struttura metallica di supporto munita di due testiere; la rete è collegata ad un telaio articolato con uno o due snodi, predisposto per l'applicazione di sponde di contenimento; la struttura oleodinamica o elettrica applicata ad un telaio sottostante, con o senza ruote per consentire o no la mobilità orizzontale.			
191 Letto a manovella regolabile manualmente	501.01.01	18.12.07.003	€ 109,35
Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, inclinazione della testiera a mezzo manovella manuale.			
Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"			
192 Letto a due manovelle regolabile manualmente	501.01.03	18.12.07.006	€ 137,25
Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, inclinazione della testiera e del pedinare a mezzo di manovelle manuali.			
Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"			
193 Letto articolato elettrico		18.12.10.003	€ 320,40
Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, fondo articolato in tre posizioni trasversali. Movimentazione tramite dispositivi elettrici con comando utilizzabile dal paziente o dall'assistente.			
Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova".			
Aggiuntivi a letti			
194 Supporto per alzarsi dal letto		12.30.09.103	€ 43,20
Struttura in acciaio cromato o verniciato con maniglia regolabile.			
Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"			
195 Base elettrica per letto regolabile in altezza		18.12.12.103	€ 330,75
Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, regolazione in altezza a mezzo dispositivi elettrici con comando utilizzabile dal paziente o dall'assistente.			
Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova".			
196 Base per letto regolabile in altezza		18.12.12.106	€ 181,80
Struttura in acciaio con parti verniciate e cromate, regolabile in altezza a mezzo pompa oleodinamica a pedale.			
Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"			
197 Sponde per letto	501.01.07	18.12.27.103	€ 49,05
Struttura in acciaio cromato o verniciato del tipo abbassabile, pieghevole o asportabile con sistema di ancoraggio;			
Conforme al progetto pr-EN 1970 "Letti regolabili per disabili-Requisiti e metodi di prova"			
198 Set di ruote (4 pezzi) per movimentazione letti e/o basi ad altezza variabile per letti		24.36.06.103	€ 22,50
Ruote del Ø di mm. 125. Piroettanti complete di freno di stazionamento sia sulla ruota che sull'asse di rotazione.			
Conforme al progetto pr – EN 1970 "Letti regolabili per disabili – Requisiti e metodi di prova"			

descrizione	codice ex D.M. 28/12/92	codice class. ISO	Tariffario
<p align="center">gruppo 18 - APPARECCHIATURE DI SOLLEVAMENTO (MONTASCALE)</p>			
<p>MONTASCALE</p>		18.30.12	
<p>E' indicato per i soggetti totalmente non deambulanti dimoranti abitualmente in edifici sprovvisti di ascensore idoneo, serviti da scale non superabili mediante l'installazione di una rampa di cui al D.M. lavori pubblici 14/08/1989, N° 236; oppure per il superamento di barriere architettoniche interne all'abitazione. L'indagine sociale preventiva dovrà attestare l'assoluta indispensabilità di tale dispositivo.</p>			
<p>199 Montascale mobile a cingoli Caratteristiche: - struttura in metallo, recante cingoli dentati in gomma; - parte superiore smontabile o riducibile con staffe di appoggio e bloccaggio della carrozzina; - leva di comandi avanti e indietro, pulsante di stop e chiave di arresto; - motore a corrente continua a bassa tensione; batteria, caricabatteria e indicatore della carica compresi; - possibilità di superare pendenze a 35 gradi (indicatore compreso); - autonomia di salita e discesa fino a 10 piani;</p>	22.41.020	18.30:12.003	€ 1.859,25
<p>200 Montascale a ruote Caratteristiche: - struttura con staffe di appoggio e bloccaggio della carrozzina, poggiatesta e cintura di sicurezza o con poltroncina incorporata all'intelaiatura; - movimentazione con ruote gommate munite di dispositivo atto a consentire la salita e la discesa di gradini di altezza fino a 20 cm. (a richiesta fino a 24 cm.); - dispositivo di inserimento automatico del freno motore; - motore a bassa tensione; - accumulatore e carica batteria; - autonomia a moto continuo su scale non inferiori a 10 piani; - comandi elettrici di salita e discesa; - portata massima di 120 kg; - garanzia 12 mesi.</p>	22.41.030	18.30:12.006	€ 1.575,20

