

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	NU013_ALL.005
	PDTA SLA	
PROTESICA SEMPLICE E COMPLESSA		

PROTESICA SEMPLICE

La protesica semplice viene attivata dall'Ufficio Protesi di ogni Distretto Sociosanitario a seguito di presentazione della richiesta, con allegata la prescrizione dello specialista, da parte dell'interessato e/o referente, così come da indicazioni contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017)”* e, nello specifico, nei seguenti allegati:

- ALLEGATO 2 “Ausili monouso”
- ALLEGATO 5 “Ausili su misura e ausili di serie”
- ALLEGATO 11 “Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso”
- ALLEGATO 12 “Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica”

PROTESICA COMPLESSA – FULL SERVICE E FULL RISK

Considerata la patologia degenerativa ed il quadro clinico del paziente affetto da SLA, che si configura come bisogno sociosanitario complesso, è richiesta una presa in carico globale e la garanzia della continuità nell'erogazione delle cure assistenziali e sanitarie. Pertanto è opportuno attivare un servizio comprensivo di full risk, con assistenza ordinaria e straordinaria delle apparecchiature elettromedicali, non erogabile mediante la procedura di protesica semplice, così come previsto dall'Art 18 comma 8 del suddetto DPCM che afferma che *“in casi particolari, per i soggetti affetti da gravissime disabilità, le Aziende Sanitarie Locali possono garantire l'erogazione di protesi, ortesi o ausili non appartenenti ad una delle tipologie riportate nel nomenclatore allegato, nel rispetto delle procedure fissate dalla regione e sulla base di criteri e linee guida”*. I Distretti sociosanitari procederanno, a seguito di presentazione della prescrizione da parte dello specialista, **con l'attivazione del Full Service** per l'erogazione degli ausili presso il domicilio del paziente al fine di **garantire l'erogazione di tutte le misure necessarie in caso di malfunzionamento e la manutenzione ordinaria e straordinaria Full risk 24/24 h e 7/7 gg festivi compresi**.


Il Full Service deve essere **sempre** attivato non appena vengono rilevate le necessità di:

- supporto ventilatorio invasivo o non invasivo
- aspirazione orale¹ o oro/tracheale
- nutrizione enterale² nei casi di infungibilità, qualora non sia prevista una gara ARES
- letto e materasso antidecubito con caratteristiche non garantibili dalla protesica classica.

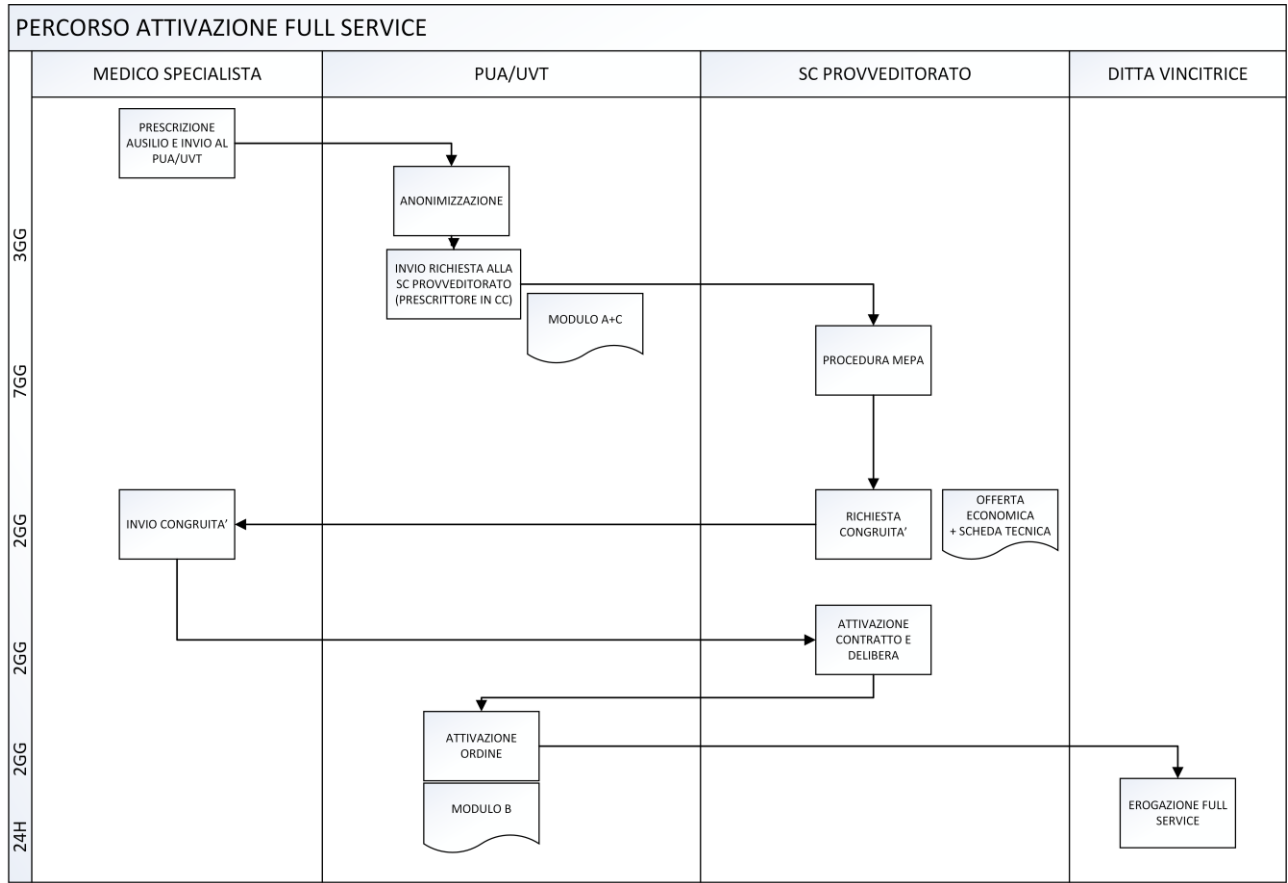
N.B.: Per la prescrizione degli ausili per la comunicazione si rimanda alla specifica procedura dedicata, di prossima approvazione.

¹**NB:** in caso di aspirazione orale garantire sempre l'erogazione di cannule atraumatiche

²**NB2:** Condividere SEMPRE le prescrizioni con il Distretto di pertinenza, anche se non prevista procedura full service

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	NU013_ALL.0 05
	PD TA SLA	
PROTESICA SEMPLICE E COMPLESSA		

FLOW-CHART PERCORSO FULL SERVICE – PRIMO AFFIDAMENTO



 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	NU013_ALL.005
	PDTA SLA	
PROTESICA SEMPLICE E COMPLESSA		

LEGENDA FLOW-CHART PERCORSO FULL SERVICE – PRIMO AFFIDAMENTO

PRESCRIZIONE AUSILIO E INVIO AL PUA/UVT	<p>Il medico specialista che ha in carico il paziente emette la prescrizione dell'ausilio necessario e procede ad inviarla via mail al PUA/UVT del Distretto di appartenenza del paziente: Nuoro: segreteria.pua.nuoro@aslnuoro.it Siniscola: pua.siniscola@aslnuoro.it Sorgono: pua.sorgono@aslnuoro.it Macomer: pua.macomer@aslnuoro.it</p> <p>NB: Per i beni infungibili è obbligatorio indicare esplicitamente tale caratteristica nella prescrizione; in assenza di tale indicazione, sarà applicato il criterio di rotazione tra i fornitori di prodotti equivalenti.</p>
ANONIMIZZAZIONE + INVIO RICHIESTA ALLA SC PROVVEDITORATO (PRESCRITTORE IN CC)	<p>Il PUA/UVT provvede all'anonimizzazione della prescrizione caricando la pratica di attivazione sul SiSar, stilando apposito verbale UVT, compilando il MODULO A e assegnando il codice del paziente con i seguenti criteri: iniziali del nome, del cognome e anno di nascita (es. Mario Rossi Nato il 1960, avrà come codice paziente: MR1960). Contestualmente invia comunicazione al medico prescrittore contenente il codice univoco assegnato al paziente, che ne garantirà l'anonimato lungo l'intero iter amministrativo.</p> <p>Successivamente, il PUA/UVT trasmette alla SC Provveditorato il Modulo A allegato alla richiesta formale (MODULO C), firmata congiuntamente dal Presidente dell'UVT e dal Direttore del Distretto Socio Sanitario, entro 3 giorni lavorativi.</p> <p>L'invio avviene tramite e-mail all'indirizzo della SC Provveditorato [sc.provveditorato@aslnuoro.it], inserendo in copia (CC) i seguenti destinatari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico prescrittore • Direzione Generale ASL Nuoro [direzione.generale@aslnuoro.it]
PROCEDURA MEPA	La SC Provveditorato procederà con affidamento diretto per spese inferiori a 5.000 euro; per importi superiori a 5.000 euro l'acquisto sarà effettuato tramite piattaforme di e-procurement, quali MEPA e SardegnaCat, le quali richiedono tempi di gestione compresi tra 5 e 10 giorni lavorativi.
RICHIESTA CONGRUITA'	<p>Una volta ricevute l'offerta economica e la scheda tecnica dal fornitore, la SC Provveditorato le trasmetterà via e-mail al medico prescrittore entro 2 giorni lavorativi, mettendo in copia conoscenza (CC) il PUA/UVT competente per il caso, al fine di richiedere il parere di congruità.</p> <p>Sarà cura del PUA/UVT sollecitare il parere di congruità nel caso il medico prescrittore non lo fornisca nei tempi previsti.</p>
INVIO CONGRUITA'	Il medico prescrittore esprimerà quindi il proprio parere in merito alla congruità dell'acquisto , rispondendo via e-mail alla SC Provveditorato, con il PUA/UVT in copia (CC) entro 2 giorni lavorativi. Nel caso di assenza del Medico prescrittore (es. malattia/ferie etc..) il parere di congruità potrà essere fornito dal Medico Presidente UVT.
ATTIVAZIONE CONTRATTO E DELIBERA	Qualora la congruità dell'acquisto venga confermata, la SC Provveditorato procederà con l' adozione della Delibera e la successiva attivazione del Contratto che invierà via mail al PUA/UVT richiedente entro 2 giorni lavorativi. Il contratto ha durata annuale e può essere rinnovato. In caso di recesso anticipato, è obbligatorio acquisire il parere clinico. Nel caso di cessione del contratto o di decesso del paziente, il Distretto competente deve SEMPRE darne comunicazione alla SC Provveditorato.
ATTIVAZIONE ORDINE	Successivamente, a seguito della Delibera, il Distretto responsabile del caso provvederà all' attivazione dell'ordine e compilerà il MODULO B che verrà trasmesso alla ditta erogatrice entro 2 giorni lavorativi.
EROGAZIONE FULL SERVICE	La ditta erogatrice darà avvio all'erogazione del servizio completo (full service) entro 24 ore, garantendo assistenza operativa 24 ore su 24, 7 giorni su 7 .

NB: l'intero processo dovrà avere una durata massima di 30 giorni lavorativi.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	NU013_ALL.0 05
	PDTA SLA	
PROTESICA SEMPLICE E COMPLESSA		

PERCORSO FULL SERVICE – SUCCESSIVE INTEGRAZIONI

Nel caso di forniture già attive si riavvia la medesima procedura, mediante compilazione del Modulo C, rendendo noto alla Sc Provveditorato che il Full Service è già attivo per il paziente interessato, indicando la ditta e i riferimenti contrattuali. In questo caso la Sc Provveditorato procederà ad avviare la trattativa direttamente con la ditta fornitrice al fine di agevolare i rapporti e le intermediazioni con il caregiver e la famiglia dell'interessato.

ALLEGATI

All. N.	Codice file	Titolo descrittivo documento
1	MODULO A	MODULO A_Modello richiesta Service OMISSIS
2	MODULO B	MODULO B_Modello richiesta Service
3	MODULO C	MODULO C_Richiesta attivazione integrazione Full Service

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	NU013_ALL.005
	PDTA SLA	
PROTESICA SEMPLICE E COMPLESSA		

ALLEGATO 1 MODULO A MODELLO RICHIESTA SERVICE OMISSIS



AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE
DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI _____


MODULO A

Codice paziente			
Codice Sisar			
Pratica Sisar prot. N.			
AUSILIO <u>NB: Dovranno essere garantite tutte le misure necessarie in caso di malfunzionamento, la manutenzione e l'assistenza tecnica ordinaria e straordinaria full risk h 24/24 e 7/7 gg.¹</u> <u>SI RACCOMANDA DI CONCORDARE PREVENTIVAMENTE CON IL CAREGIVER IL FABBISOGNO MENSILE SUI CONSUMABILI</u>		Q.tà	Medico Prescrittore e contatto

Data UVT

Firma del Presidente UVT

¹ Per manutenzione ed assistenza tecnica FULL RISK si intende l'erogazione degli interventi di manutenzione ordinaria (programmata) e straordinaria 24/24 h e 7/7 gg, compresi i festivi, a chiamata per l'eliminazione di malfunzionamenti, guasti e/o rotture e la messa a disposizione di un muletto, ovvero porre in essere ogni attività necessaria per il buon funzionamento e per la risoluzione del malfunzionamento segnalato. Per malfunzionamento si intende ogni difformità del funzionamento del prodotto in relazione a quanto previsto nella documentazione tecnica e nel manuale d'uso. Pertanto è necessaria l'attivazione di un numero verde e il contatto telefonico di un referente della ditta, per la gestione delle segnalazioni e delle chiamate d'emergenza, a disposizione sia del beneficiario del servizio che dei servizi territoriali, che la Ditta comunicherà all'attivazione del servizio. Al fine di non interrompere la terapia ventilatoria gli interventi dovranno essere garantiti da entro 1 ora al massimo di 2,5 ore dalla chiamata, mentre per le altre tipologie di ausili è richiesto un intervento entro le 24 ore dalla chiamata.
NB: La ditta dovrà consegnare gli ausili richiesti, presso il luogo indicato dal Distretto competente, entro 24 ore dall'emissione dell'ordine, dovrà eseguire le necessarie verifiche funzionali e di sicurezza elettrica con analizzatore automatico di sicurezza elettrica, sui DM presso il domicilio del paziente. Inoltre dovrà essere effettuata la consegna presso il domicilio del paziente di tutto il materiale di consumo richiesto in base al fabbisogno.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	NU013_ALL.005
	PDTA SLA	
PROTESICA SEMPLICE E COMPLESSA		

ALLEGATO 2 MODULO B MODELLO RICHIESTA SERVICE



AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE
 DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI _____

MODULO B


Nome e Cognome	Codice Fiscale		
Luogo e data di nascita			
Comune di residenza			
ATTUALMENTE DOMICILIATO			
Care Giver di riferimento Numero di telefono			
Pratica Sisar prot. N.			
AUSILIO			
<u>NB: Dovranno essere garantite tutte le misure necessarie in caso di malfunzionamento, la manutenzione e l'assistenza tecnica ordinaria e straordinaria full risk h 24/24 e 7/7 gg.¹</u> <u>SI RACCOMANDA DI CONCORDARE PREVENTIVAMENTE CON IL CAREGIVER IL FABBISOGNO MENSILE SUI CONSUMABILI</u>			Q.tà
			Medico Prescrittore e contatto

Data UVT

Firma del Presidente UVT

¹ Per manutenzione ed assistenza tecnica FULL RISK si intende l'erogazione degli interventi di manutenzione ordinaria (programmata) e straordinaria 24/24 h e 7/7 gg, compresi i festivi, a chiamata per l'eliminazione di malfunzionamenti, guasti e/o rotture e la messa a disposizione di un muletto, ovvero porre in essere ogni attività necessaria per il buon funzionamento e per la risoluzione del malfunzionamento segnalato. Per malfunzionamento si intende ogni difformità del funzionamento del prodotto in relazione a quanto previsto nella documentazione tecnica e nel manuale d'uso. Pertanto è necessaria l'attivazione di un numero verde e il contatto telefonico di un referente della ditta, per la gestione delle segnalazioni e delle chiamate d'emergenza, a disposizione sia del beneficiario del servizio che dei servizi territoriali, che la Ditta comunicherà all'attivazione del servizio. Al fine di non interrompere la terapia ventilatoria gli interventi dovranno essere garantiti da entro 1 ora al massimo di 2,5 ore dalla chiamata, mentre per le altre tipologie di ausili è richiesto un intervento entro le 24 ore dalla chiamata.

NB: La ditta dovrà consegnare gli ausili richiesti, presso il luogo indicato dal Distretto competente, entro 24 ore dall'emissione dell'ordine, dovrà eseguire le necessarie verifiche funzionali e di sicurezza elettrica con analizzatore automatico di sicurezza elettrica, sui DM presso il domicilio del paziente. Inoltre dovrà essere effettuata la consegna presso il domicilio del paziente di tutto il materiale di consumo richiesto in base al fabbisogno.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	NU013_ALL.005
	PDTA SLA	
PROTESICA SEMPLICE E COMPLESSA		

ALLEGATO 3 MODULO C RICHIESTA ATTIVAZIONE/INTEGRAZIONE FULL SERVICE



MODULO C

Direzione Azienda Socio Sanitaria Locale
Distretto di _____

Punto Unico d'Accesso

_____@aslnuoro.it

tel. _____

Fax. _____

Spett.le Servizio Provveditorato ASL NUORO
Alla C.A. del Dr. Franco Casula
francomario.casula@aslnuoro.it
sc.provveditorato@aslnuoro.it

e p.c. Alla C. A. della Dr.ssa Liliana Sapa
liliana.sapa@aslnuoro.it
della Signora Sandra Manca
sandra.manca@aslnuoro.it

e p. c. Spett.le Direzione Generale ASL di Nuoro
direzione.generale@aslnuoro.it

e p. c. [MEDICO PRESCRITTORE]
XYZ@aslnuoro.it

Oggetto: Richiesta attivazione/integrazione Full Service a favore del/la Signore/a _____
(iniziali del nome del cognome e anno di nascita).

A seguito di acquisizione della certificazione specialistica e prescrizione ausili ed apparecchiature elettromedicali a favore del Signor/a meglio identificata in allegato, con la presente comunicazione si richiede cortesemente e con ogni consentita urgenza l'attivazione/integrazione del Full Service per l'erogazione delle apparecchiature elettromedicali come da modello allegato.

☐ Si precisa che è già attivo il Contratto n. _____ con la ditta _____^[1].

Si rende noto che il/la paziente, attualmente è ricoverato/a, presso l'U.O. di _____/si trova presso il proprio domicilio essendo in una condizione di fragilità con bisogno complesso verrà inserito/a in un programma di CDI di ____° Livello, affetto/a da patologia cronico-degenerativa e/o neoplastica, in ventilazione assistita e/o per pazienti inseriti in follow-up pneumologico, che determinano un quadro clinico di gravità e complessità tali da richiedere una presa in carico globale e la garanzia della continuità nell'erogazione delle cure assistenziali e sanitarie.

A disposizione per ulteriori informazioni ed in attesa un cortese e sollecito riscontro, si porgono Cordiali Saluti.

Il Presidente dell'UVT

Direttore del Distretto
Sociosanitario di _____

^[1] Barrare e compilare in caso di integrazione