

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE E DI AUTORIZZAZIONE DEGLI AUSILI PER INCONTINENZA
FECALE DIVERSI DAGLI AUSILI ASSORBENTI PER PAZIENTI AFFETTI DA GRAVE
INCONTINENZA FECALE CRONICA**

Nelle more dell'attivazione della Piattaforma Informatizzata si utilizza il modulo cartaceo di prescrizione e autorizzazione di ausili per incontinenza fecale.

SEZIONE A) DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Recapito Telefonico	
Indirizzo Mail	
Indirizzo di residenza	
Azienda ULSS di residenza/Regione	
Medico curante	

SEZIONE B) VALUTAZIONE CLINICA

Diagnosi Clinica:
<u>Popolazione Adulta</u>
☐ incontinenza fecale cronica refrattaria al trattamento conservativo standard
☐ incontinenza fecale secondaria a malformazioni anorettali congenite o alterazioni anatomiche strutturali
☐ incontinenza fecale passiva associata a disfunzione intestinale di origine neurogena o funzionale
☐ incontinenza fecale secondaria a esiti chirurgici (LARS, interventi perineali)
<u>Popolazione Pediatrica</u>
☐ incontinenza fecale o <i>soiling</i> secondario a malformazioni anorettali congenite o esiti di correzione chirurgica
☐ incontinenza fecale associata a malattia di Hirschsprung
☐ incontinenza fecale o <i>soiling</i> associati a disfunzione intestinale neurogena
Punteggio Wexner-CCS (≥ 9): _____
Tale punteggio deve essere superiore a 9 -PPDTA per pazienti affetti da incontinenza fecale (Decreto 29 del 27.5.2025)

SEZIONE C) VALUTAZIONE DEL DISPOSITIVO**Per paziente affetto da GRAVE INCONTINENZA FECALE CRONICA (Wexner-CCS≥9)**

- ❖ *Si raccomanda di prescrivere gli ausili in base alle necessità individuali, senza necessariamente raggiungere la quantità massima prescrivibile mensilmente*
- ❖ *In caso di quantitativi eccedenti il massimale, la prescrizione è di competenza dello specialista e ha una durata massima di 12 mesi*
- ❖ *In caso di rinnovo, qualora il dispositivo prescritto sia invariato rispetto alla precedente fornitura, i campi relativi al codice prodotto specifico (CodRef) e alla ditta fornitrice possono non essere compilati; in tal caso è possibile riportare la dicitura «precedente fornitura».*

Ausili monouso (barrare i prodotti necessari)		Quantità mensile prescritta	Codice prodotto specifico (CodRef)	Ditta Fornitrice
☐ Tampone Anale ad espansione	☐ 09.31.06.003 (q max 30/mese)			
☐ Irrigatore anale: set completo	☐ 09.31.06.006 (q max 2/anno)			
☐ Irrigatore anale: cateteri monouso	☐ 09.31.06.009 (q max 15/mese)			
Per Irrigatore anale- set completo (codice ISO 09.31.06.006), indicare Volume di Irrigazione: _____				

SEZIONE D) PRESCRIZIONE

- ❖ *Selezionare la propria qualifica barrando la casella corrispondente*
 ❖ *La durata massima del piano è di 12 mesi; in presenza di stabilità clinica attestata, la durata complessiva del piano può essere estesa fino a 36 mesi.*

Prescrittore: ☐ Chirurgo generale ☐ Fisiatra ☐ Neurologo ☐ Pediatra ospedaliero° ☐ Chirurgo pediatrico°

Solo per rinnovo in condizioni di stabilità attestata dallo Specialista nella precedente prescrizione:

☐ Medico di Ruolo Unico (RU) ☐ Pediatra di libera scelta (PLS)°

°prescrizione può essere effettuata solo per TAI essendo i tamponi anali indicati esclusivamente per pazienti adulti.

Barrando la casella sottostante si attesta la stabilità clinica del paziente e si consente, nei casi previsti, il rinnovo automatico della prescrizione per ulteriori 24 mesi, fino a una durata complessiva massima del piano pari a 36 mesi

☐ DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI DI STABILITÀ CLINICA PER RINNOVO FINO A VALIDITÀ MASSIMA DEL PIANO A 36 MESI (A CURA DELLO SPECIALISTA)

Si attesta che le condizioni clinico/terapeutiche del paziente sono ritenute irreversibili e/o non modificabili nel tempo, per:

☐ Qualità di vita mantenuta con il dispositivo

☐ Condizione anatomica non suscettibile di miglioramenti chirurgici o di altro natura

☐ Altro (specificare): _____

In caso di variazione del prodotto rispetto alla precedente prescrizione, il piano ha una validità massima di 12 mesi, e deve essere indicata la motivazione della variazione.

☐ VARIAZIONE PRESCRIZIONE/PRODOTTO:

Motivo variazione prescrizione/ prodotto:

☐ Peggioramento condizioni cliniche

☐ Ipersensibilità / allergia

☐ Altro (specificare): _____

Nome e cognome del medico prescrittore:

Timbro e firma del medico prescrittore

- Data di compilazione: _____
- Durata prescrizione in mesi (max 36 mesi): _____

SEZIONE E) AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI**Spazio riservato al Distretto di residenza del paziente**

- ❖ *Si ricorda che per i pazienti residenti extra ULSS/Regione ai fini della fornitura deve essere preventivamente raccolta l'autorizzazione al rimborso della spesa da parte della ULSS di residenza dell'assistito.*
- ❖ *Relativamente alla richiesta di autorizzazione l'Azienda Sanitaria deve esprimere un parere tempestivo (entro 5 giorni lavorativi) dalla consegna della prescrizione al fine di garantire l'erogazione dei prodotti richiesti entro e non oltre 5 giorni (lavorativi) dal ricevimento dell'autorizzazione, fatte salve eventuali problematiche di indisponibilità dei prodotti non prevedibili.*
- ❖ *Si precisa che, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, gli ausili monouso non sono più erogati in regime di assistenza protesica bensì come assistenza integrativa; pertanto, non deve essere più accertata la condizione di invalidità del paziente.*

Azienda ULSS di residenza:

- Verificata la competenza territoriale, l'utente risulta:
☐ domiciliato con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di Residenza (extra Regione)
- Verificata la prescrizione e il rispetto delle quantità erogabili, si autorizza la fornitura dei dispositivi medici prescritti:
☐ sì ☐ no ☐ sì nelle quantità _____

Nome e cognome del direttore di distretto o delegato:

Timbro e firma del direttore di distretto (o delegato)

Data di autorizzazione

.....

Eventuali note: