



OGGETTO: Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica – D.P.C.M. 12.1.2017 Allegato 12. Percorso prescrittivo-autorizzativo-erogativo del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS): adozione del modulo “Piano riabilitativo-assistenziale-individuale”.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Si adotta nell’ambito del percorso del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno, il modulo “Piano riabilitativo-assistenziale-individuale”.

IL DIRETTORE GENERALE  
AREA SANITÀ E SOCIALE

- VISTO il D.P.C.M. 12.1.2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Allegato 12 - “Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica”, art. 1 ove si afferma: La procedura di erogazione dell'assistenza protesica si articola nelle seguenti fasi: formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale, prescrizione, autorizzazione, erogazione, collaudo, follow up. Le regioni adottano misure idonee per semplificare, agevolare e accelerare lo svolgimento della procedura, evitando di porre a carico degli assistiti o dei loro familiari adempimenti non strettamente necessari;*
- VISTO il succitato D.P.C.M. 12.1.2017, Allegato 5 - Elenco 2b “Ausili di serie pronti per l’uso”, ove si riconosce come prestazione essenziale l’erogazione dei dispositivi a pressione positiva continua (CPAP) negli assistiti con disturbi respiratori del sonno, erogabile secondo le modalità previste nel suddetto Allegato 12 e prescrivibile esclusivamente da Centri specialistici individuati dalla Regione;
- VISTA la D.G.R. n. 1274 del 9.8.2016 “Linee di indirizzo regionali sul trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS)”, con la quale già nel 2016 si approvava il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per diagnosi e cura dei disturbi respiratori legati al sonno e si stabilivano i criteri e i requisiti per l’individuazione dei centri di riferimento da autorizzare alla prescrizione del trattamento con CPAP, lo specialista competente alla prescrizione, nonché gli standard qualitativi minimi che le strutture sanitarie devono garantire per poter eseguire studi polisonnografici completi e/o cardiorespiratori notturni;
- VISTO il proprio decreto n. 103 del 8.8.2017 con il quale si individuavano quindi i Centri regionali autorizzati alla prescrizione del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS), come rettificato dal decreto n.115 del 12.9.2017;
- VISTA la D.G.R. n. 850 del 13.6.2017 “Tavolo Regionale per l’Assistenza Protesica. Istituzione” (TRAP) laddove si incarica il Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale dell’eventuale adozione dei provvedimenti di recepimento delle proposte tecniche elaborate dal Tavolo stesso;

ESAMINATA

la proposta di modulo "Piano riabilitativo-assistenziale-individuale" da utilizzare nell'ambito del percorso per la prescrizione, autorizzazione ed erogazione degli apparecchi per il trattamento domiciliare con pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) a favore di pazienti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), licenziata dal TRAP nella seduta del 28.11.2017.

DECRETA

1. di adottare il modulo "Piano riabilitativo-assistenziale-individuale" **Allegato A**, parte integrante del presente atto, da utilizzarsi da parte dei Centri regionali, di cui al proprio decreto n. 103 del 8.8.2017 rettificato con decreto n.115 del 12.9.2017, nell'ambito del percorso di prescrizione, autorizzazione ed erogazione degli apparecchi per il trattamento domiciliare con pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) a favore di pazienti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) aventi diritto ai sensi dell'art. 18 del D.P.C.M. del 12.1.2017;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
3. di pubblicare il presente provvedimento in forma integrale nel Bollettino Ufficiale della Regione.



F.to Dr. Domenico Mantoan

**TIMBRO CENTRO  
AUTORIZZATO PER LA  
PRESCRIZIONE****PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE****APPARECCHI PER IL TRATTAMENTO DOMICILIARE CON PRESSIONE  
POSITIVA CONTINUA NELLE VIE AEREE (CPAP) A FAVORE DI  
PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL  
SONNO (OSAS)****DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

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

**PIANO SPECIALISTICO**

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione/disabilità	
Diagnosi (menomazione/disabilità)	
Descrizione del programma di trattamento (indicare gli esiti attesi a medio e lungo termine)	
Modi e tempi d'uso dei prodotti	
Necessità di aiuto/supervisione nell'uso	
Possibili controindicazioni/limiti di utilizzo	

**PRESCRIZIONE DEI PRODOTTI**

PRIMA PRESCRIZIONE

RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE

Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:

Tipologia di prodotto

Quantità

Codice ISO

Durata della prescrizione (N° mesi):



**FOLLOW-UP DEL PROGRAMMA E DEGLI ESITI OTTENUTI**

Follow-up previsto dopo: 3 mesi 6 mesi 12 mesi 24 mesi altro

Modalità del follow-up: ambulatoriale via telematica altro

Nome e Cognome medico specialista prescrittore

Data di compilazione

*Timbro e firma del medico specialista prescrittore*

**AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI**

Azienda ULSS di residenza

• Vista la prescrizione da parte di un Centro autorizzato: sì no

• Verificata la competenza territoriale dell'utente:

residente NON residente NON residente ma con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di residenza

• Accertata la condizione di invalidità nei pazienti di età  $\geq 18$  anni (codice ICD9-CM \_\_\_\_\_): sì no  
domanda invalidità\*

*\* presentare il certificato di invalidità non appena disponibile*

• SI AUTORIZZA LA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI: sì no

Nome e Cognome medico responsabile

Data di autorizzazione

Eventuali note

*Timbro e firma del medico responsabile*

NB: ai fini del rilascio dell'autorizzazione, l'Azienda ULSS di residenza è tenuta ad esprimere un parere tempestivo: entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della prescrizione per i pazienti in dimissione ed entro 20 giorni lavorativi dalla ricezione della prescrizione per gli altri pazienti.

I prodotti richiesti dovranno essere poi erogati al paziente nel più breve tempo possibile dal rilascio dell'autorizzazione e non oltre i 30 giorni dal ricevimento del modello di prescrizione.