

GARA REGIONALE IN UNIONE D'ACQUISTO PER LA FORNITURA DI AUSILI PER STOMIA (COD. ISO 09.18) PER I PRESIDI TERRITORIALI DELLA ASL 8 DI CAGLIARI. (DELIBERA RECEPIMENTO N. 113 DEL 18/02/2016 E N. 475 DEL 23/05/2016).

**LINEE GUIDA
GESTIONE FASE ESECUTIVA**

Preso atto delle rilevanti criticità evidenziate dai Servizi aziendali coinvolti nella gestione della gara indicata in oggetto relative alla gestione del ciclo passivo (contratto-emissione dell'ordine - liquidazione delle fatture elettroniche) e al governo della spesa, si intende, in questa sede, adottare linee guida per una migliore gestione della fase esecutiva della fornitura, volte a regolamentare in particolare i seguenti aspetti:

- A. La definizione del percorso assistenziale e la ripartizione delle competenze inerenti le fasi di prescrizione, autorizzazione, emissione ordini e liquidazione fatture
- B. La programmazione delle attività di monitoraggio della spesa
- C. L'elaborazione di nuovo fabbisogno aziendale alla data del 26.02.2017

A. DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE E RIPARTIZIONE DELLE COMPETENZE INERENTI LE FASI DI PRESCRIZIONE, AUTORIZZAZIONE, EMISSIONE ORDINI E LIQUIDAZIONE FATTURE

PERCORSO ASSISTENZIALE PORTATORI DI STOMIA

La Asl di Cagliari con Delibera n. 113 del 18.02.2016 e successiva Delibera n. 475 del 23/05/2016 ha recepito la Delibera n. 1279 del 17.11.2015 della ASL di Olbia avente ad oggetto: "Gara a valenza regionale per la fornitura di ausili per stomia Cod. ISO 09.18 per i Presidi Territoriali", per il periodo di tre anni con opzione di rinnovo per ulteriori 12 mesi".

Pertanto, dal 01 Marzo 2016, le persone portatrici di stomie non ritirano più i dispositivi prescritti dallo specialista presso la Farmacia di fiducia, ma li ricevono a domicilio nei giorni e negli orari concordati con la Ditta fornitrice ovvero, in alternativa, possono ritirarli presso la Farmacia Territoriale della Asl, competente per Distretto.

Il percorso prevede quattro fasi:

- 1. Prescrizione
- 2. Autorizzazione
- 3. Ordine
- 4. Liquidazione

Il presente allegato è composto da n° 11 fogli
di n° _____ pagine.

IL RESP. SERV. ACQUISTI
Dott.ssa Maria Alessandra De Virgiliis

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1053 DEL - 9 AGO, 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Antonella Carreras, Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

1. Prescrizione

Si distingue in Prima Prescrizione e Prescrizione Successiva alla prima (Rinnovo)

Prima Prescrizione

- a. All' atto della dimissione ospedaliera la persona sarà presa in carico dagli ambulatori per le stomie di riferimento, affinché la stomia sia gestita in totale autonomia per tutto il periodo di prova durante il quale la persona sarà accompagnata nella individuazione degli ausili più compatibili alla sua condizione clinica e biologica.

Tale individuazione dovrà avvenire nel rispetto della graduatoria di aggiudicazione della gara stomie per i presidi territoriali. Ciò significa che, nell' effettuare le prove, si dovrà dare priorità agli ausili della Ditta prima aggiudicataria e, solo successivamente in caso di incompatibilità , si passerà alla Ditta seconda aggiudicataria e eventualmente alle Ditte successive. A tal fine è stato predisposto il modulo c.d. “ **Consulenza Stomaterapica**” parte integrante del modulo prescrittivo allegato 1C, con lo scopo di applicare le indicazioni della gara e contestualmente evitare prescrizioni di ausili per stomia che possono stravolgere la graduatoria di aggiudicazione della gara e dei relativi importi.

- b. Quando la stomia si sarà stabilizzata, una volta individuati i dispositivi più adatti, lo Specialista di struttura pubblica prescriverà gli ausili su apposito modulo (allegato 1C) specificando, oltre al codice ministeriale, anche la Ditta produttrice e il codice del prodotto (REF) nonché la durata temporale presumibile (Tempo Indeterminato nelle stomie definitive / tempo determinato nelle stomie temporanee).

- c. La prima prescrizione può essere effettuata anche da specialisti di struttura privata accreditata in applicazione all'art. 2 comma 1 lett. e) del D.M. 332/99 qualora ricorrano le condizioni di necessità e urgenza prima della dimissione dal reparto di chirurgia della Struttura privata accreditata. Limitatamente alle nuove stomie , accanto all' allegato 1C deve essere compilato anche la Consulenza Stomaterapica, in applicazione e nel rispetto degli aggiudicatari della gara regionale .

Prescrizione successiva alla prima (rinnovo)

Alla persona già portatrice di stomia continueranno ad essere garantiti gli ausili in uso che si sono dimostrati più compatibili alla sua condizione fisica e biologica. Il rinnovo della prescrizione degli ausili per stomia può essere effettuata unicamente da specialisti operanti in strutture pubbliche territoriali e ospedaliere . Limitatamente ai pazienti allettati, il rinnovo della prescrizione degli ausili per stomia può essere effettuata anche dal Medico di Assistenza Primaria. In alternativa il Medico curante avrà cura di richiedere una consulenza specialistica domiciliare per “prescrizione di ausili per stomia in paziente non deambulante”.

2. Autorizzazione

La persona interessata si recherà, con la prescrizione dello Specialista, presso l' Ufficio Protesi competente per Distretto di residenza, al fine di ottenere l'autorizzazione degli ausili per stomia. Contestualmente dovrà sottoscrivere sia il modulo del consenso al trattamento dei dati personali, sia

la dichiarazione di scelta sul luogo in cui intende ricevere gli ausili per stomia (Domicilio/Farmacia).
La pratica potrà essere espletata anche da un familiare o da una persona di fiducia previa presentazione di regolare delega dell'interessato nonché di copia del documento di riconoscimento del delegato e del delegante. L'interessato dovrà sottoscrivere una dichiarazione ove si impegna a comunicare all'ufficio Assistenza protesica ogni variazione che lo riguardi e che determina l'interruzione/sospensione nell'erogazione dei dispositivi (intervento di ricanalizzazione, decesso etc).
Il personale amministrativo dedicato all'accoglienza del paziente portatore di stomia, dopo aver preso visione della regolarità della richiesta e della documentazione necessaria, avrà cura di registrare la tipologia degli ausili per stomia nel sistema informatico Ser.A.Pro e di predisporre l'Allegato 2 per la successiva autorizzazione a cura del Medico di Distretto .
Non sussiste la necessità di acquisire il verbale di invalidità sia nelle condizioni di stomia definitiva sia nelle condizioni di stomia temporanea .
L' autorizzazione (Allegato 2) avrà validità massimo annuale nel caso in cui la stomia sia definitiva e sarà rinnovata alla scadenza, previa esibizione di una nuova prescrizione specialistica. L'autorizzazione avrà durata semestrale o inferiore, nel caso in cui sia previsto un intervento di ricanalizzazione.
L'autorizzazione sarà rilasciata in triplice copia, di cui la prima sarà riservata al richiedente quale promemoria, la seconda sarà inoltrata al Servizio Farmaceutico di competenza territoriale per il successivo ordine di acquisto e la terza sarà archiviata nel fascicolo personale dell'interessato.
La persona interessata avrà cura di rinnovare la prescrizione specialistica alla scadenza programmata indicata nel periodo di autorizzazione di cui all'Allegato 2 .

3. Ordine

La Delibera n° 113 del 18/02/2016 e successiva Delibera n. 475 del 23/05/2016 individua per la fase ordinante le Farmacie Territoriali Aziendali, coordinate dal Direttore del Dipartimento del Farmaco e con il supporto dei Distretti.
Il Direttore dell'Esecuzione dei Contratti (DEC), con il supporto dei Direttori di Distretto, presiederà l'esecuzione dei contratti discendenti dalla suddetta delibera con particolare riguardo al controllo e alla verifica della fornitura nonché al controllo sull'andamento e sulla variazione della spesa derivante dall'esecuzione dei suddetti contratti, come previsto dalla succitata Deliberazione.
Fatta eccezione per la fase di avvio (Marzo/Aprile 2016), in cui sono stati emessi ordini cartacei, la procedura impone l'utilizzo della piattaforma AREAS- SISAR in uso presso Centri Ordinanti dei Servizi Farmaceutici Aziendali .
Il Servizio Assistenza Integrativa e Protesica del Distretto invierà al Servizio Farmaceutico Territoriale una richiesta d'ordine di acquisto (Allegato 2) con tutti i dati del paziente e degli ausili richiesti dallo specialista in forma cartacea oppure elettronica. A tal fine è stato predisposto un nuovo modello di autorizzazione- Ausili per stomia -(Allegato 2) ove, oltre alla Descrizione del presidio , alla quantità , al codice ISO Ministeriale, è riportato anche il nome della Ditta, il codice prodotto (REF) , la durata temporale dell' autorizzazione e il luogo in cui il paziente intende ricevere gli ausili per stomia .
Il Servizio Farmaceutico potrà comunque prendere visione dell'avvenuta autorizzazione rilasciata dall '

Ufficio Protesi competente anche attraverso il collegamento informatico al programma aziendale "Software Ser.A.pro" installato nei P.C. in uso al personale del Servizio Farmaceutico Aziendale .

Il Servizio Farmaceutico inoltrerà l'ordine alla Ditta individuata a fornire gli ausili con le indicazioni sulla eventuale consegna a domicilio che avverrà con cadenza bimestrale o trimestrale.

Le persone che non scelgono la consegna a domicilio ritireranno i dispositivi presso la Farmacia Territoriale del proprio Distretto, personalmente o tramite persona delegata, nei giorni e orari di apertura al pubblico.

Anche coloro che hanno optato per la consegna a domicilio, fino a nuove disposizioni, continueranno a ritirare gli accessori per stomia presso la Farmacia Territoriale ad eccezione dei casi per i quali la Ditta aggiudicataria degli ausili per stomia (Placche e sacche) non si sia aggiudicata anche gli accessori per zone peristomali ; in tal caso la persona che ha optato per la fornitura a domicilio riceverà anche gli accessori per stomia .

4- Liquidazione

La procedura relativa alla liquidazione delle fatture è di competenza del Direttore dell'esecuzione che si avvale del supporto dei Direttori di Distretto (per le consegne a domicilio) e dei centri ordinanti delle Farmacie Territoriali (per le consegne presso i magazzini Aziendali).

La seguente tabella riepiloga in maniera sintetica attività e competenze nelle varie fasi del processo:

ATTIVITA'	COMPETENZA
1. Prescrizione	Specialista (Allegato 1)
2. Autorizzazione	Assistenza Protesica Distretti (Allegato 2)
3. Inserimento fornitura in AREAS (inserimento fornitore, prodotti, prezzi, variazioni e incrementi di spesa)	Servizio Acquisti e/o soggetti incaricati dal DEC
4. Emissione ordini su Sisar tramite funzionalità ordine da contratto multiplo	Farmacie territoriali coordinate dal Direttore Dipartimento del Farmaco e coadiuvate dai Distretti
5. Registrazione documenti di trasporto (ddt) su Sisar (contabilità di magazzino)	Farmacie territoriali coordinate dal Direttore Dipartimento del Farmaco e coadiuvate dai Distretti

6 Liquidazione fatture elettroniche	<ul style="list-style-type: none">• DEC coadiuvato dalle Farmacie Territoriali per consegne presso magazzini farmaceutici aziendali.• DEC coadiuvato dai Direttori di Distretto per consegne a domicilio paziente.
-------------------------------------	---

I Direttori dei Distretti sociosanitari, nel rispetto della peculiare organizzazione, dovranno provvedere ad avviare le opportune procedure interne volte a dare attuazione alle attività descritte nel presente atto.

Note:

Punto 5.

Per le consegne presso le Farmacie Territoriali, una copia del ddt viene trattenuta direttamente dalla Farmacia Territoriale.

Per le consegne a domicilio una copia del ddt viene consegnata al paziente e una copia viene trattenuta dal corriere e deve essere trasmessa in formato elettronico (dischetto o file con copia scannerizzata), al Dec e/o Direttori di Distretto.

Punto 6.

Si precisa che il processo di liquidazione comporta, ai sensi degli artt. 312 e ss. DPR n. 207/2010, lo svolgimento di un'attività di verifica tecnico, funzionale e contabile da parte del Direttore dell'esecuzione del contratto, coadiuvato dai Servizi Farmaceutici e dai Distretti sopracitati.

In particolare " *le attività di verifica di conformità sono dirette a certificare che le prestazioni contrattuali siano state eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico e funzionale in conformità e nel rispetto delle condizioni, modalità, termini e prescrizioni del contratto e hanno lo scopo di accertare che i dati risultanti dalla contabilità e dai documenti giustificativi corrispondano tra loro e con le risultanze di fatto*".

L'attività propedeutica alla verifica di conformità consiste nell'accertamento, a monte, del rispetto di tutte le disposizioni previste dalle leggi di settore e dal Capitolato Speciale di Appalto.

Nella fornitura in oggetto la verifica di conformità/liquidazione si articola in due fasi successive:

- 1) Verifica tecnico funzionale – al momento della registrazione documenti di trasporto.
- 2) Verifica contabile – al momento del ricevimento della fattura elettronica.

B. PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DELLA SPESA: INSERIMENTO CONTRATTI SU AREAS SiSAR

Atteso che, come noto, tutti gli importi di aggiudicazione si basano su *dati presunti*, calcolati a monte dall'Asl di Olbia, Azienda Capofila (Allegato A1 e A2 al CSA), è necessario programmare l'attività volta alla valorizzazione concreta dei singoli accordi quadro alla luce del numero effettivo degli assistiti in trattamento e dalla precisa quantificazione delle consegne a domicilio.

A tal fine, per consentire un monitoraggio della spesa e una definizione precisa del fabbisogno aziendale, i singoli contratti sono stati inseriti sul Sistema SiSAR e articolati in tanti prospetti quanti sono i lotti aggiudicati per ogni singolo operatore economico.

Ogni singolo contratto, pertanto, ha un *tetto massimo di spesa* corrispondente alla percentuale di aggiudicazione per quel lotto (primo, secondo, terzo aggiudicatario ecc.) .

Qualora in corso di esecuzione l'importo contrattuale non dovesse risultare sufficiente a coprire le effettive necessità aziendali (= esaurimento budget di spesa), sarà necessario procedere ad incrementare la spesa, attraverso gli opportuni interventi sui contratti Sisar, sulle macro e sub autorizzazioni di spesa, da parte dei Servizi competenti (Servizio Acquisti, Distretti, Servizio Programmazione e Controllo).

Il Sistema SiSar consentirà di tracciare precisamente ogni variazione di spesa in aumento e/o in diminuzione.

C. ELABORAZIONE DEL NUOVO FABBISOGNO AZIENDALE ALLA DATA DEL 26.02.2017

Allo scadere dei 12 mesi dall'inizio dell' esecuzione del contratto, grazie all'attività continua di monitoraggio e integrazione della spesa, sarà possibile revisionare il fabbisogno aziendale sulla base delle effettive necessità degli utenti e dunque rimodulare i dati presunti, originariamente forniti da Olbia, utilizzando quali parametri certi gli ordini emessi sul SiSAR nel corso dell'anno di riferimento.

A seguito di tale revisione si procederà:

- 1) All'adozione del conseguente atto deliberativo
- 2) Alla Stipula dei relativi contratti con i singoli aggiudicatari

In allegato:

- *Modulo di Consulenza Stomaterapica (a cura dei reparti di Chirurgia con costruzione di stomia)*
- *Allegato 1C-Modello Prescrizione Ausili per Stomia (a cura del Chirurgo prescrittore)*
- *Allegato 2- Modello di Autorizzazione Ausili per stomia (a cura del Servizio Assistenza Integrativa/ protesica)*

Consulenza stomaterapica

(Delibera Regionale n°24190/3 del 05/7/2005)

Di interesse esclusivo dei reparti di chirurgia con costruzione di stomie .

Al momento della dimissione occorre consegnare in prova una ampia gamma di ausili per stomie, tra le diverse tipologie potenzialmente più adatte al pz , allo scopo di testare la compatibilità fisica e biologica tra il dispositivo protesico e la stomia .

La consegna in prova degli ausili per stomia deve essere garantita per il tramite delle farmacie aziendali .

Devono essere consegnati al pz quanto occorrente per 10 gg, delle diverse marche di ausili protesici più adatti alle necessità cliniche e assistenziali , con istruzioni alla gestione della stomia .

I prodotti devono essere consegnati secondo la priorità relativa all'aggiudicazione della gara d'appalto a valenza regionale della Asl di Olbia (Delibera n° 1279 del 17/11/2015) , con valutazione finale dell' idoneita' dell'ausilio proposto , secondo lo schema di seguito riportato :

<i>Ditta Farmaceutica</i>	<i>codici prodotto</i>	<i>Giudizio di</i>
<i>Compatibilità(+/-)</i>		
<i>positivo/negativo</i>		

• *B Braun Milano S.P.A.* _____

• *Coloplast S.P.A.* _____

• *Convatec Italia S.R.L.* _____

• *Surgical S.R.L.* _____

• *Hollister S.P.A.* _____

• *Teleflex Medical S.R.L.* _____

La consulenza stoma terapeutica può essere resa anche da personale infermieristico con specifica esperienza/formazione in stoma terapia sulla base della prescrizioni del medico di base che dovrà riportare la seguente dicitura "consulenza stomaterapica" riconducibile alla prestazione codice 93.03 (valutazione o verifica di protesi e ausili).

Professionale

Firma del Medico/Infermiere

ALLEGATO 1C

Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. n. ____ di _____

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA Modello di Prescrizione Ausili per Stomia

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____ Tel. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stomia Definitiva | <input type="checkbox"/> Prima Prescrizione |
| <input type="checkbox"/> Stomia Temporanea | <input type="checkbox"/> Successiva Prescrizione |
| <input type="checkbox"/> Stomia Intestinale | |
| <input type="checkbox"/> Stomia Urinaria | |

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Tempi di impiego previsti
_____**PRESIDI PROPOSTI**

Descrizione Presidio (vedi retro pagina)	Codice ISO	Quantità	Ditta Farmaceutica	Codice prodotto

Il Medico Specialista

Data _____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

Descrizione sintetica ausili prescrivibili D.M. 332/99

Sistema 1 pezzo per colo ileostomia

DESCRIZIONE	QUANTITÀ	CODICE
Sacca a fondo chiuso	Massimo 60 pz./mese	09.18.04.003
Sacca a fondo aperto ⁽¹⁾	Massimo 60 pz./mese	09.18.04.006
Sacca a fondo aperto o chiuso per stomi introflessi ⁽²⁾	Massimo 60 pz./mese	09.18.04.009
Sistema 2 pezzi per colo ileostomia		
Placche con flangia ⁽³⁾	Massimo 10 pz./mese	09.18.05.003
Placche con flangia per stomi introflessi ⁽²⁾	Massimo 10 pz./mese	09.18.05.006
Sacche a fondo chiuso	Massimo 60 pz./mese	09.18.05.009
Sacche a fondo aperto ⁽¹⁾	Massimo 60 pz./mese	09.18.05.012
Sistema 1 pezzo per urostomia		
Sacca con sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto	Massimo 30 pz./mese	09.18.07.003
Sacca per stomi introflessi raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto ⁽²⁾	Massimo 30 pz./mese	09.18.07.006
Sistema 2 pezzi per urostomia		
Placche con flangia	Massimo 20 pz./mese	09.18.05.003/09.18.08.003
Placche con flangia per stomi introflessi ⁽²⁾	Massimo 15 pz./mese	09.18.05.006
Sacca con sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto	Massimo 30 pz./mese	09.18.08.009
Sistema ad irrigazione		
Set irrigazione	Massimo 1 set/semestre	09.18.24.003
Irrigatore semplice	Massimo 1 set/semestre	09.18.24.004
Sacca di scarico trasparente a fondo aperto per irrigazione	Massimo 30 pz./mese	09.18.24.009
Dispositivi di chiusura a 1 pezzo		
Sacca a fondo chiuso con filtro	Massimo 30 pz./mese	09.18.24.012
Mini Sacchetto post irrigazione	Massimo 30 pz./mese	09.18.24.015
Sistema dispositivo di chiusura ad 1 pezzo-tappo autoportante	Massimo 30 pz./mese	09.18.24.018
Dispositivi di chiusura a 2 pezzi		
Placche con flangia	Massimo 10 pz./mese	09.18.24.006
Sacca post irrigazione *	Massimo 30 pz./mese	09.18.24.021
Tappo ad espansione con filtro incorporato *	Massimo 30 pz./mese	09.18.24.024
* alternativi		
Accessori per stomia		
Cono anatomico e cannula da irrigazione	1 pz. ogni 6 mesi	09.18.24.006
Pasta protettiva per la pelle peristomale ⁽⁴⁾	2 pz. al mese	09.18.30.003
Polvere o film protettivo per zone peristomali ⁽⁴⁾	2 pz. al mese	09.18.30.006

* 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.

LEGENDA

- (1) Per pazienti ileostomizzati fino a 90 sacche al mese
 (2) Tipo di sacca o placca prescrivibile unicamente a pazienti con stomia introflesso
 (3) Per pazienti ileostomizzati fino a 15 sacche 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.

Allegato 2

DISTRETTO SOCIOSANITARIO _____

U.O. CURE PRIMARIE – ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA

Modello di Autorizzazione (Ausili per stomia)

Prot. N° _____

Data _____

COGNOME E NOME _____ C.F. _____
NATO A _____ IL _____ VIA _____
RESIDENZA _____
Vista la prescrizione dello Specialista Dott. _____
del Presidio Ospedaliero _____

 Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente**PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA**

PR	QTA	DESCRIZIONE PRESIDIO	CODICE ISO	DITTA FARMACEUTICA	COD. PRODOTTO

PERIODO AUTORIZZAZIONE: _____ **Numero Mesi:** _____

Il Dirigente Medico

L'Operatore Amministrativo

NOTA INFORMATIVA**COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE ALL'UFFICIO PROTESI E AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE DEL DISTRETTO DI COMPETENZA LA CONDIZIONE DI CESSATO UTILIZZO DEGLI AUSILI PER STOMIA**

DICHIARO DI VOLER RICEVERE GLI AUSILI PER STOMIA NELLA SEDE DI SEGUITO INDICATA

- () FARMACIA DEL DISTRETTO
() DOMICILIO

Note

Da consegnare all'assistito

Data _____

L'Assistito _____