

PROTOCOLLO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE

DEFINIZIONI

L'Assistenza Domiciliare (**A.D.**) è un setting assistenziale che comprende diverse tipologie di prestazioni, sanitarie e sociali, che vengono erogate a domicilio, caratterizzate da diversi livelli di complessità in rapporto al bisogno del paziente.

Le forme di A.D, sono riferite anche ai vigenti ACN e AIR Puglia per la Medicina Generale, al Documento Regionale "Linee guida regionali per le cure domiciliari integrate" allegato alla D.G.R. n.630 del 30.03.2015 - come integrato dalla D.G.R. n.750 del 13.4.2015- , al Regolamento regionale n. 4 del 18.1.2007 e successive modifiche ed integrazioni "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia", alla D.G.R. n. 691 del 12.4.2011 "Approvazione Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari", così come di seguito riportate:

1. ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)
2. ADT (Assistenza Domiciliare Temporanea)
3. Assistenza Domiciliare Prestazionale
4. Assistenza Domiciliare Integrata con 3 livelli di complessità/intensità crescenti delle cure nonchè Cure Palliative per i Pazienti Oncologici o comunque terminali (comprese in ADI 3° Livello)
5. Assistenza domiciliare riabilitativa

Nell'ambito della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono comprese una serie di prestazioni e interventi socio – sanitari concordate in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto S.S. che costituiscono il Piano di assistenza del Paziente (PAI).

OBIETTIVI

1. Fornire assistenza a pazienti, eleggibili in assistenza domiciliare, nel proprio ambiente di vita evitando, per quanto è possibile, il ricovero ospedaliero o l'inserimento in strutture residenziali.
2. Preservare le abilità residue e consentire il mantenimento dei rapporti relazionali sociali.
3. Consentire le Dimissioni Protette anche al fine di contenere i tempi di degenza ospedaliera .

DESTINATARI DEL SERVIZIO

- Persone anziane affette da malattie croniche invalidanti che versano in condizioni di fragilità anche con riferimento a quanto previsto dai vigenti ACN e AIR Puglia per la Medicina Generale.
- Disabili fisici e psichici in condizioni di non autosufficienza
- Persone affette da malattie cronico degenerative progressivamente invalidanti
- Malati terminali

TITOLARITA' DELLE FUNZIONI E RESPONSABILITA' DI SPESA

I soggetti titolari delle funzioni assistenziali sono:

- La ASL al 100% per le prestazioni di tipo esclusivamente sanitario e al 50% per le prestazioni socio assistenziali ad elevata integrazione socio sanitaria.
- L'Ambito Sociale territoriale di riferimento al 100% per le prestazioni sociali (SAD) e al 50% per le prestazioni assistenziali ad elevata integrazione sociosanitaria.
- L'ADI di III° livello è di competenza della ASL anche per la figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) impiegato a supporto delle attività infermieristiche, come avanti riportato nei limiti previsti da quanto normato dalle Linee Guida Regionali per l'Assistenza Domiciliare di cui alla Tabella 1 "Profili di Cura e Standard qualificanti delle Cure Domiciliari".

ACCESSO AL SERVIZIO E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La segnalazione/domanda di accesso al servizio viene presentata alla PUA (Porta Unica di Accesso) distrettuale cui compete la prima valutazione.

Detta segnalazione può pervenire direttamente dal cittadino o tramite rete formale / informale dei servizi ed in questo caso la PUA valuta i criteri di eleggibilità e segnala il caso al MMG del paziente.

Il modulo per l'attivazione è unico per tutte le forme di assistenza domiciliare; viene compilato in ogni caso dal MMG e presentato agli uffici distrettuali preposti al servizio.

I criteri di accesso ad ogni tipologia di assistenza domiciliare sono:

- condizione di non autosufficienza del paziente (soggetti non in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza aiuto esterno)

- situazione clinica compatibile con l'intervento a domicilio
- adeguata assistenza informale
- presa in carico a cura del MMG/PLS
- idonee condizioni abitative da valutare a cura dei Servizi Sociali del Comune di residenza
- presenza della figura del care giver nel domicilio del paziente
- consenso informato da parte del paziente o del tutore/amministratore di sostegno
- intrasportabilità (intesa come pericolo o rischio di ulteriore danno alla salute del paziente in caso di allontanamento dal proprio domicilio)

Il venir meno nel corso del tempo di uno dei requisiti comporta la necessaria interruzione del servizio di assistenza domiciliare. A tale scopo il MMG comunica al Distretto qualunque variazione rilevante che può comportare la sospensione/cessazione del servizio di assistenza domiciliare (ricovero, decesso, ecc). La segnalazione può essere inoltrata al distretto anche dal personale infermieristico che ha un contatto più ravvicinato nel tempo col paziente.

TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO ASSISTENZIALE

1) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

Il MMG propone il piano di assistenza domiciliare programmata per quei pazienti non deambulanti o con gravi difficoltà a lasciare il proprio domicilio e affetti da patologie croniche e/o sindromi che ne richiedono un controllo costante. Viene concordato il numero degli accessi mensili (da 1 a 4) con il medico del Distretto delegato dal Direttore del Distretto.

Modalità proposta: cartaceo (da inviare via breve o mail) da parte del MMG e inserimento telematico (EDOTTO) da parte del Distretto.

Tempo di Attivazione Assistenza: 10 giorni

Piano di Assistenza Sanitario: richiesto

Unità di Valutazione Multidimensionale: non richiesta

Durata: massimo 12 mesi

2) ASSISTENZA DOMICILIARE TEMPORANEA

E' l'assistenza che il MMG attiva al fine di evitare il ricovero (oppure in caso di dimissioni volontarie) per quei pazienti affetti da patologia acuta gestibile a domicilio con un livello di intensità di cure alto che possa richiedere sia l'assistenza infermieristica che eventuali consulenze specialistiche domiciliari.

Elenco patologie:

BPCO riacutizzate

Patologie acute del sistema respiratorio (polmoniti, broncopolmoniti, riacutizzazioni di BPCO, ecc.)

Patologie infettive che comportino allettamento e/o isolamento (epatite, mononucleosi, febbre tifoide, ecc)

Coliche renali complicate (es. con iperpiressia o resistente a terapia)

Coliche biliari complicate (es. con iperpiressia o resistente a terapia)

Riacutizzazioni di scompenso cardiaco cronico

Dimissioni volontarie con patologie e/o terapie che necessitano di controlli medici plurisettimanali.

Insufficienza cardiorespiratoria da patologia cardiaca o polmonare cronica

Trasfusione di sangue o suoi derivati

Somministrazione endovenosa di albumina

Modalità proposta: cartaceo (da inviare via breve o mail) da parte del MMG e telematico (EDOTTO) da parte del Distretto.

Tempo di Attivazione Assistenza: 48 ore (24 in casi urgenti)

Piano di Assistenza Sanitario: richiesto

Unità di Valutazione Multidimensionale: non richiesto

Durata: massimo 20 giorni eventualmente prolungabili

3) ASSISTENZA DOMICILIARE PRESTAZIONALE

Si tratta di una risposta prestazionale estemporanea, di tipo sanitario (medico, riabilitativo, infermieristico) eventualmente ripetibile nel tempo, nei confronti di pazienti il cui stato di inabilità non consente l'accesso ai servizi ambulatoriali, con la supervisione da parte del MMG che comunque dovrà obbligatoriamente avvenire ad ogni rinnovo o proroga di richiesta.

Rientrano tra le cure prestazionali:

- Il cambio catetere vescicale periodico ;
- La sostituzione periodica di sacche o buste per la stomia;
- I prelievi venosi (comprensivi del trasporto) per analisi cliniche limitatamente ai pazienti in TAO
- I cicli brevi di terapia endovenosa o flebo senza alcun farmaco aggiunto (max 10 giorni eventualmente rinnovabili) solo se tale terapia non comporti valutazioni dello stato di salute del paziente post terapia
- Assistenza Riabilitativa Semplice Estemporanea disciplinata dalle Linee Guida Aziendali per le Cure Riabilitative Domiciliari (cure domiciliari riabilitative di livello base)

- Visita del medico palliativista per valutazione di eventuale presa in carico del paziente oncologico/terminale

Modalità Proposta: cartacea (da inviare via breve o mail) da parte del MMG al Distretto

Tempo di Attivazione Assistenza: 48-72 ore

Piano di Assistenza Individuale: non richiesto

Unità di Valutazione Multidimensionale: non richiesta

Durata: massimo 6 mesi con possibilità di rinnovo.

-Nelle cure prestazionali è coinvolta una sola figura professionale

- La valutazione e l'autorizzazione sono affidate al Medico incaricato del Distretto S.S. sulla scorta della proposta del medico curante e della documentazione clinica presentata.

4) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE

Si rivolge a pazienti portatori di bisogni complessi di tipo sanitario e socio assistenziali (I°, II° e III° livello di complessità) ai quali occorre fornire una risposta integrata e prolungata nel tempo definita tramite valutazione multidimensionale, in collaborazione con l'Ambito Sociale Territoriale di riferimento (R.R. n.4/2007 artt. 87-88).

Il MMG propone l'attivazione di questa modalità di assistenza per tutti i pazienti affetti da stati patologici complessi che richiedono una pluralità di interventi (MMG, specialista, infermiere, fisioterapista, operatore socio-sanitario, ecc.) per un periodo di tempo da concordare nell'ambito dell'UVM. La casistica è quella riportata nell'allegato H dell'ACN per la Medicina Generale, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

- Malati terminali o oncologici (cure palliative).
- Malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi.
- Incidenti vascolari acuti.
- Gravi fratture e loro esiti e complicanze.
- Forme psicotiche acute gravi.
- Riabilitazione in vasculopatici.
- Riabilitazione in neurolesi.

- Anziano pluripatologico non autosufficiente.
- Dimissione protette da strutture ospedaliere.

La presa in carico del paziente complesso nella rete dei servizi socio sociosanitari, e nell'assistenza domiciliare in particolare, avviene attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e la redazione di un PAI.

La proposta di Assistenza Domiciliare Integrata su apposita modulistica e mediante sistema informativo viene inoltrata, dal MMG/PLS (o dal medico ospedaliero in caso di dimissione), alla PUA distrettuale con specifica indicazione dei bisogni prevalenti e del livello di non autosufficienza, tramite la compilazione telematica della scheda di valutazione SVAMA .

Nei casi in cui la richiesta di ADI non provenga dal Medico curante, come nelle dimissioni protette, è necessario acquisire comunque l'adesione dello stesso e la sua partecipazione alla seduta UVM. Il compenso per la partecipazione alla UVM è stabilito dagli AACCN e integrativi regionali, nonché dalle leggi vigenti in materia.

Nel caso in cui il MMG, dopo valutazione del paziente, ritenga necessario un programma di cure palliative, può richiedere la visita estemporanea da parte del medico esperto in cure palliative.

Livelli di ADI

Le cure domiciliari integrate prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

- primo livello: gli interventi si articolano di norma su 5 giorni /settimana .
- secondo livello: gli interventi si articolano di norma su 6 giorni.

Nel terzo livello gli interventi sono programmati su 7 giorni

Le Cure Palliative sono rivolte a Pazienti oncologici e terminali portatori di **bisogni complessi** rientranti per intensità e complessità nel terzo livello dell'intervento assistenziale.

Elementi che concorrono a definire il bisogno complesso

- SANITARI: comorbilità, rapida ingravescenza dello stato generale, terminalità.
- SOCIALI: limitato sostegno parentale, precarietà economica, stato abitativo
- LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA: punteggio di Barthel /scala di Karnofsky

VALUTAZIONE E PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

Il Direttore del Distretto S.S. direttamente o tramite delegato, in funzione di coordinatore socio sanitario, convoca la Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale in composizione adeguata rispetto ai bisogni del Paziente in esame, compresa la componente professionale sociale dell'Ambito territoriale.

La UVMD, dopo ampia valutazione, redige un piano di cure individuale (PAI) nel quale sono riportate in dettaglio:

- Obiettivi dell'intervento
- Prestazioni da erogare
- Figure professionali impegnate
- Attività affidate al care giver
- Data di attivazione, durata e tempi di rivalutazione del piano
- Consenso del Paziente
- Individuazione di un Case Manager istituzionale nei casi particolarmente complessi

Modalità proposta: cartacea e/o telematica

Tempo di Attivazione Assistenza: 48-72 ore

Piano di Assistenza Individuale: richiesto

Unità di Valutazione Multidimensionale: richiesta scheda **SVAMA** compilata sul portale EDOTTO

Durata: fino a 6 mesi

Criteri di ammissione alla presa in carico da parte della rete Cure Palliative

La richiesta di presa in carico del paziente terminale viene formulata dal MMG al Distretto direttamente, ovvero previa valutazione da parte del medico esperto in cure palliative .

Per l'ammissione all'ADI di III° Livello oncologico/terminale devono essere riscontrati contemporaneamente i seguenti criteri:

- a) presenza di malattie progressive in fase avanzata e a prognosi infausta per le quali qualunque terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata;

- b) aspettativa di vita presunta non superiore ai 6 mesi;
- c) performance status secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 30, salvo situazioni di particolare necessità da valutarsi caso per caso in sede di UVM.

I pazienti oncologici che non rientrano per quanto sopra descritto nel 3° livello ADI e quindi nelle Cure Palliative saranno inseriti nel 1° o 2° livello di assistenza ADI, qualora ne ricorrano i presupposti.

Il PAI del malato terminale/oncologico, redatto dal MMG e dal medico esperto di cure palliative, sarà subito attivato a cura del Servizio distrettuale Cure domiciliari, limitatamente alle figure professionali del medico e dell'infermiere (trattasi di prestazioni estemporanee), nelle more della valutazione multidimensionale del caso, (art. 3, comma 9 del R.R. n. 4/2007) .

Il numero degli accessi del medico palliativista previsti di norma è di 2 a settimana per pazienti con indice di Karnofsky inferiore a 30.

Gli accessi dello psicologo sono mediamente 1 ogni 15 giorni, laddove richiesto dal paziente e ritenuto necessario in sede di UVM.

Durata media del PAI : 60 giorni

CONCLUSIONE DELL'INTERVENTO

La conclusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si realizza in caso di :

- Completamento del programma assistenziale
- Dimissione volontaria
- Decesso del Paziente
- Ricovero in Ospedale o in Struttura residenziale di durata superiore a giorni 30
- Ricovero in Hospice
- Trasferimento in altra ASL
- Venir meno dei requisiti di ammissione

La conclusione dell'intervento deve essere registrata nel sistema informativo in uso e comunicata al Comune di residenza, settore Servizi Sociali.

Il rinnovo dell'intervento assistenziale a scadenza avviene automaticamente se le condizioni clinico-sociali del paziente sono immutate, mentre in caso di variazioni nel quadro complessivo è necessaria la rivalutazione multidimensionale del caso.

LE PRESTAZIONI DOMICILIARI INFERMIERISTICHE

Le **prestazioni infermieristiche** oggetto dell'affidamento per lo svolgimento del servizio di assistenza domiciliare integrata dell'ASL BR sono le seguenti:

Medicazioni multiple 30'	Stick glicemico 10'
Flebo 20'	Terapia sottocutanea 5'
Medicazione singola 15'	Clistere evacuativo 15'
Rimozione – sostituzione catetere vescicale 15'	Nutrizione enterale 15'
Gestione uro-colo-tracheostomia 15'	Terapia endovenosa 10'
Lavaggio PEG 15'	Emotrasfusione 50'
Prelievo venoso domiciliare 15'	Igiene intima per medicazione 10'
Alimentazione parenterale 20'	Inserimento – sostituzione Sondino Naso-Gastrico 30'
Gestione CVC – Port Acath 30'	Supporto per cambio cannula/toilette 1 5' chirurgica
Bendaggio Elastocompressivo 15'	Terapia intramuscolare 5'
Controllo parametri vitali 15'	Dialisi peritoneale 60'
Medicazione di ferita chirurgica 10'	Esecuzione ECG 15'
Svuotamento rettale manuale 10'	Inserimento – Rimozione ago cannula 15'
Trasporto campione in laboratorio 10'	Lavaggio vescicale 15'
Infusione di emoderivati 50/100 ml 20'	Prelievo urine/feci (add., con catet., stick) 15'
Rimozione punti di sutura 15'	Gestione pompa antalgica 15'
Tampone cutaneo 15'	

Potrà essere erogata una prestazione infermieristica su paziente complesso della durata di 60 minuti e comprensiva di più prestazioni singole in sequenza.

5) ASSISTENZA DOMICILIARE RIABILITATIVA

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di Valutazione Multidimensionale che consentano la Presa in Carico della Persona e la definizione del Progetto di Assistenza Individuale "P.A.I."

Gli obiettivi si integrano con quelli più generali dell'A.D.I.

- migliorare la prognosi e la qualità di vita del malato preso in carico
- evitare ricoveri impropri
- favorire dimissioni precoci
- privilegiare la permanenza della Persona al proprio domicilio
- prevenire danni terziari da immobilità (piaghe da decubito, ect.) e diminuire i costi sociali e sanitari

Destinatari

Pazienti residenti nel territorio della ASL, non in grado di raggiungere i servizi territoriali:

- non trasportabili con patologia neurologica e/o ortopedica post-acuta
- dopo prolungato allettamento per ricoveri in reparti di acuzie
- con disabilità media che potrebbero accedere ai servizi territoriali se non vivessero in alloggi con barriere architettoniche non superabili o con difficoltà obiettive di trasporto

Criteri di Esclusione

- gravi condizioni cliniche con necessità di elevato impegno sanitario e di stretto monitoraggio internistico
- grave decadimento cognitivo senza modificazioni ipotizzabili
- problemi di insufficiente motivazione o di personalità fortemente disturbate non in grado di fruire di un intervento riabilitativo
- autonomia giudicata sufficiente.

Tempistica e Modalità di Erogazione dei Trattamenti

Dalla Valutazione Fisiatrice o da quella interdisciplinare deriva il Piano Riabilitativo comprensivo del *Periodo di Trattamento* da cui far scaturire la *Durata del Trattamento* (lungo, medio-lungo, medio-breve), in modo da considerare i programmi assistenziali come Fasi di Intervento a Termine con obiettivi prefissati da raggiungere ed eventualmente rideterminabili in corso di assistenza.

La *Periodicità* e la *Ciclicità* dei periodi di trattamento non sono assimilabili ai cicli così come intesi per i trattamenti ambulatoriali ma determinati dal tipo di Patologia, dal Livello di Disabilità, dalla Stabilità Clinica, dalla Resistenza allo sforzo fisico e dallo Stato Mentale.

Si ritiene inoltre che in linea di massima la *Durata del Trattamento* possa essere indicata in cicli di 45-60 gg (*training medio*) con una *Ciclicità* di 2-3 Cicli per Anno e con *Accessi bi-trisettimanali* (*Intensità del trattamento*) per le Patologie Croniche che abbisognano di mantenimento delle autonomie residue.

Le patologie con il carattere della Sub-Acuzie (esiti protesici e post-traumatici) possono essere trattate anche con accessi Trisettimanali o superiori, sempre su indicazione Specialistica, come anche trattamenti *Una Tantum* con periodiche sedute di trattamento o rivalutazione.

Trattamenti prolungati (Training Lungo) possono essere prescritti a Pazienti con gravissime disabilità che pur presentando caratteristiche cliniche tali da poter essere trattati a domicilio, per la stabilizzazione del loro quadro clinico, per l'opportunità di essere seguiti nel proprio contesto familiare e per evitare ricoveri incongrui, possono afferire comunque all'assistenza domiciliare con cicli di 24 sedute bisettimanali (come per gli ex-Art 26).

E' opportuno inoltre differenziare nella Valutazione, e descriverli come tali, *Interventi di tipo Immediato* da *Interventi di Tipo Differibile e Programmabile* in maniera da poter gestire nel miglior modo possibile l'Organizzazione del Servizio e determinare le priorità di presa in carico.

Le **prestazioni fisioterapiche** oggetto dell'affidamento per lo svolgimento del servizio di assistenza domiciliare integrata dell'ASL BR sono le seguenti:

Fkt Neurologica 50'
Fkt Ortopedica 45'
Fkt Ipocinetica 45'
Logoterapia 45'
Linfodrenaggio 50'

Patologie con Priorità di trattamento Riabilitativo Domiciliare
PATOLOGIA
Frattura Collo Femorale (con Carico)
Frattura Pertrocanterica o di Arto Inferiore con proscrizione del Carico
Artroprotesi Anca Ginocchio *
Patologie Neurologiche entro 1 anno dall'esordio **
Malati in Coma
SLA - Sclerosi Multipla
Sindrome Ipocinetica post - acuzie o da patologie croniche evolutive
Insuff Respiratoria Cronica (anche su prescrizione Pneumologica)

* opportuno valutare la possibilità di trattamenti ambulatoriali soprattutto per le Protesi di Ginocchio in soggetti giovani e senza comorbidità

** ove non sussista l'Intrasportabilità avviare quanto prima il trattamento ambulatoriale

Patologie per le quali l'intervento riabilitativo domiciliare non risulta, di norma, appropriato e/o efficace
Patologie neurovascolari stabilizzate oltre i due anni dall'evento acuto (salvo i casi in cui sia perseguito un obiettivo mirato di recupero di una specifica funzione o di trattamento di una specifica complicanza invalidante)
Gravi forme di demenza con scarso grado di collaborazione
Morbo di Parkinson di grado superiore a 3 della scala di Hoehn & Yahr
Poliartrosi, salvo i casi in cui sia perseguito un obiettivo mirato di recupero
AIDS in fase terminale
Neoplasia in fase terminale
Amputazione di Arto Inferiore con esiti già stabilizzati
Tetraparesi da trauma vertebro-midollare oltre i 3 anni dall'evento acuto (salvo i casi in cui sia perseguito un obiettivo mirato di recupero di una specifica funzione o di trattamento di una specifica complicanza invalidante)

LE PRESTAZIONI DOMICILIARI SOCIO SANITARIE

Le **prestazioni socio sanitarie** oggetto del servizio di assistenza domiciliare integrata dell'ASL BR sono le seguenti:

Igiene completa della persona
Mobilizzazione
Bagno completo in vasca

La durata dell'impegno assistenziale relativo alla figura dell'OSS è normata secondo i profili fissati dalle Linee Guida Regionali per l'Assistenza Domiciliare (Tabella 1 – Profili di Cura e Standard qualificanti delle Cure Domiciliari) DGR 750/2015.

Gli eventuali bisogni aggiuntivi potranno essere garantiti ai pazienti dall'attivazione dell'assistenza tutelare da parte dei Comuni a completamento del PAI.

Il bagno completo è consigliato 1 volta alla settimana; in questo caso non sarà prevista la prestazione di igiene completa della persona.

FORNITURA DIRETTA DI MATERIALE SANITARIO E FARMACI

- Gli **ausili e protesi** necessari per la gestione del malato vanno prescritti ed erogati secondo quanto previsto dal nomenclatore tariffario e dalla legislazione vigente in materia.
- Tutte le richieste di **materiale sanitario e farmaceutico** necessario per la gestione del paziente in ADI devono essere autorizzate dal medico del Distretto e trasmesse alla Farmacia competente per territorio. Una copia dovrà essere allegata al fascicolo personale del paziente . Le richieste vengono formulate dal sanitario che ha in carico il paziente (M.M.G./PLSmedico specialista)tenendo presente la normativa vigente in materia.

- L'amuchina e il cotone idrofilo non saranno erogati, come anche i guanti monouso, essendo dispositivi di protezione individuali.
- La modulistica (allegata) da utilizzare per la richiesta di prodotti farmaceutici è unica per tutta la ASL .

ELENCO DEI FARMACI E PRODOTTI DI MAGGIORE USO CHE POSSONO ESSERE FORNITI SOLO SE PREVISTI NEL PTH E IN ANAGRAFICA, CON RISERVA DI MODIFICHE ED INTEGRAZIONI:

FARMACI	PRODOTTI FARMACEUTICI
Soldesam fiale da 4 e 8 mg	Connettivina crema e garze
Urbason fiale da 20 e 40 mg	Connettivina plus crema e garze
Aloperidolo fiale e gocce	Fitostimolina crema e garze
Talofen fiale e gocce	Jalonet garze paraffina
Midazolam fiale	Betametasone crema e pomata
Ketoprofene fiale	Gentamicina crema
Flectadol fiale	Iruxol crema
Keterolac fiale e gocce	Noruxol crema
Paracetamolo 1000 cps	Sofargen crema
Perfalgan fiale	Luan gel pomata
Trimeton fiale	Altri prodotti per medicazioni avanzate
Rivotril gocce	Garza iodofornica
Pregabalin cps	Garze sterili
Keppra fiale e cps / Vimpat fiale	Garze non sterili nei vari formati
Micropam 10 mg. sol. rettale	Bende a rullo
Ac. Tranexamico fiale	Bende Cambric
Levobren fiale	Bende elastiche Roma
Plasil fiale	Bende Versocrepe
Zofran fiale e cps	Bende all'ossido di zinco
Omeprazolo 40 mg.	Surgifix, vari formati
Daktarin gel e polvere	Eurofix, vari formati
Glicerina supposte	Micropore, varie misure
Movicol bustine	Hipordress, misure varie
Portolac sciroppo	Clorexidina 0.2%
Rifocin topico fiale	H2O2
Epsodilave fiale	Betadine sol.
Mannitolo 18% fl. 250 ml	Prontosol sol.
Siframin fl. 500 ml	Siringhe sterili nei vari formati
Sol. glucosata 5% 500 ml	Agocannula nei vari formati
Sol. Reidratante 500 ml	Ago butterfly nei vari formati
Sol. Fisiologica da 10, 100, 250, 500 ml	Deflussori
Ringer lattato fl. 250 ml	Raccordi a 1 e 2 vie per flebo
Ceftriaxone da 1 gr. fiale	Tappi sterili per catetere venoso
Tazocin fiale	Kit per Picc
	Sonda rettale
	Cotone di Germania, misure varie
	Guanti sterili
Diflucan (flacone ev)	