

**AUSILI AD ASSORBENZA PER INCONTINENZA - Istruzioni 2022 per attivare il servizio**

Dopo aver letto la comunicazione a firma del Responsabile del Servizio Unificato Protesica e Integrativa, La invitiamo a seguire attentamente le istruzioni di seguito riportate:

prenda visione di tutte le informazioni contenute nel **“Modulo da compilare per attivare il servizio”**; consideri l'intera gamma di prodotti messi a disposizione dalle Ditte individuate da Regione Lombardia e, eventualmente dopo aver consultato le informazioni specifiche sulle caratteristiche dei prodotti, messe a disposizione sul sito dell'ASST (www.territorio.asst-spedalivicivi.it > Assistenza sanitaria > Fornitura presidi per incontinenza > **Fornitura presidi ad assorbenza per incontinenza**):

1. utilizzi il Modulo PRODOTTI della ditta a gara da Lei preferita, tenendo presente **presidi e taglia** elencati nel PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO (parte superiore del Modulo), compili la seconda parte del modulo avendo cura di:
 - nella colonna **“Indicare con una X i prodotti”** barrare la casella corrispondente ai prodotti che ritiene rispondano meglio alle Sue esigenze, tra quelli di tipologia e misura corrispondenti al PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO;
 - datare e firmare il modulo.
2. prenda visione della **“INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI”** resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (RGPD 679/2016) con la quale si informa che i Suoi dati sono trattati nel rispetto della vigente normativa in tema di privacy (RGPD 679/2016 e D.Lgs. n.196/2003);
3. compili in ogni sua parte il foglio **“DICHIARAZIONE DEL CITTADINO”** (relativa a: generalità del dichiarante, periodicità e fascia oraria di consegna a domicilio, scelta dei prodotti, indirizzo per la consegna, recapito telefonico, nominativo di eventuale persona delegata al ritiro, presa visione della Informativa per il trattamento dei dati sensibili, data e firma del dichiarante);
4. restituisca entrambi i moduli di cui ai punti 1. e 3. da Lei compilati all'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di Sua residenza (all'indirizzo indicato in fondo al modulo **“DICHIARAZIONE DEL CITTADINO”**), con una delle seguenti modalità:
 - invio per fax o per e-mail;
 - spedizione postale o consegna a mano;
5. se ha dubbi o trova difficoltà alla compilazione, si rivolga all'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale (indirizzi e riferimenti indicati nel modulo **“DICHIARAZIONE DEL CITTADINO”**).

NOTA BENE:

Nel caso in cui, per nuove esigenze cliniche sopravvenute, il Suo fabbisogno di prodotti per l'incontinenza fosse variato, La invitiamo a rivolgersi al Suo medico curante per formulare un nuovo Piano Terapeutico, che dovrà essere consegnato al Presidio Territoriale di residenza, insieme ai moduli allegati.

Le forniture sono garantite gratuitamente in tutto il territorio regionale; nel caso avesse necessità di ricevere forniture al di fuori di tale territorio, è necessario che contatti l'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di Sua residenza.

I prodotti che riceve sono consegnati per conto dell'ASST Spedali Civili di Brescia, che li fornisce agli assistiti aventi diritto in base alla situazione clinica riscontrata e alla documentazione medica presentata.

Si ricorda che i prodotti consegnati sono da considerare di proprietà dell'ASST; pertanto, nel caso non fossero più da Lei utilizzati/utilizzabili per qualsiasi motivo (sopraggiunte modifiche dello stato di salute, fornitura eccedente il reale utilizzo, fornitura di prodotti di misura o tipologia non adatte), è invitata ad informarne prontamente l'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di Sua residenza che provvederà a recuperarli.

Una diversa destinazione di tali prodotti (es.: vendita o cessione a qualsiasi titolo) PUÒ COSTITUIRE REATO.

**DICHIARAZIONE DEL CITTADINO**

Sig./Sig.ra _____

CF _____

Io sottoscritto _____ codice fiscale: _____

in qualità di diretto interessato genitore/tutore/amministratore di sostegno

avendo preso visione di quanto contenuto nei **“Moduli PRODOTTI a gara”**, in particolare della tipologia e della misura dei presidi elencati nel PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO a me intestato e della gamma di prodotti proposta dalla Ditta ed in conformità a quanto previsto dal provvedimento generale del Garante privacy sulle modalità di consegna dei presidi sanitari al domicilio dell'interessato:

DICHIARO DI

1. volermi avvalere della fornitura degli articoli della Ditta **SERENITY**
2. chiedere la consegna a domicilio con periodicità
trimestrale **bimestrale** **mensile** (spiegare il motivo:
.....)
3. voler ricevere la fornitura dei presidi sanitari richiesti nella seguente fascia oraria:
 mattino dalle 8:00 alle 13:00 **pomeriggio** dalle 13:00 alle 18:00
4. avere scelto - barrando la relativa casella - tra i prodotti per incontinenza messi a disposizione da tale Ditta, gli articoli che ritengo più adeguati al mio bisogno tra quelli di tipologia e misura corrispondenti a quanto riportato nel mio PIANO TERAPEUTICO AUTORIZZATO;
5. voler ricevere la fornitura dei presidi per incontinenza al seguente indirizzo di domicilio:
Via _____ n. ____ Comune _____
recapito telefonico _____
eventuale persona delegata al ritiro sig./sig.ra _____
6. impegnarmi, con i miei familiari, a comunicare prontamente al mio Presidio Territoriale di residenza ogni eventuale cambiamento di quanto sopra e/o delle necessità di trattamento e a restituire al Presidio Territoriale eventuali prodotti non utilizzati;

Data _____

Firma del dichiarante _____

Da restituire, unitamente al Modulo PRODOTTI a gara, a:**UFFICIO PROTESICA del Presidio Territoriale di _____**

Via _____, 13 – 25XXX - _____

tel. _____ fax _____ e-mail: _____@_____.it

giorni e orari: _____

Modulo da compilare per la scelta dei prodotti SERENITY

Sig./Sig.ra CF:

.....

Tipologia di prodotto	Cod. ISO	Taglia	CARATTERISTICHE (standard, traspirante, pull-on)	Nome Prodotto	Indicare con una X le scelte	Prezzo unitario no IVA	Pezzi per conf.
Pannolone a mutandina 09.30.21	.003	L	Traspirante	Pann. Cintura Id Expert Belt Plus L		0,20499 €	14
	.003	L	Traspirante	Pannolone Mutandina Extra L 4X30		0,21400 €	30
	.006	M	Traspirante	ID Expert Belt TBS Plus M N1 14		0,14350 €	14
	.006	M	Traspirante	Pann. Mutandina SD Extra M 4X30Pz		0,18599 €	30
	.006	M	Traspirante	Innofit Premium SD + Aloe Extra M 4X30Pz		0,18599 €	30
	.009	S	Traspirante	Pann. Mutandina SD Sensitive Extra S 3X30		0,31200 €	30
	.009	S	Standard	Pann. Mutandina Classic Extra S 3X30Pz		0,08999 €	30
	.009	S	Traspirante	Tena Pann. Mutandina Plus Tg Piccola		0,08999 €	30
	.009	S	Traspirante	Tena Flex Plus Small		0,19500 €	30
	.009	XS	Traspirante	Id Comfy Junior Xs Slip		0,08999 €	14
Pannolone a mutandina 09.30.21 ALTA ASSORBENZA (per doppia incontinenza di alto grado e ridotta auto-sufficienza)	.012	XL	Standard	Pann. Mutandina Classic Super XL 4X15Pz		0,32500 €	15
	.012	XL	Traspirante	Pann. Mutandina SD Sensitive Super XL 4X15		0,38099 €	15
	.012	XL	Traspirante	Pann. Mutandina SD Sensitive Maxi XL 4X15		0,38099 €	15
	.012	L	Traspirante	ID Expert Belt TBS Super L N2 14		0,29500 €	14
	.012	L	Traspirante	Pann. Mutandina SD + Aloe Ultra TG L 4X30PZ		0,28099 €	30
	.012	L	Traspirante	Pann. Mutandina SD Maxi L 4X15PZ		0,28099 €	15
	.015	M	Traspirante	Id Expert Belt Diaper Super M N2 14		0,28000 €	14
	.015	M	Traspirante	Id Expert Belt Maxi M		0,28000 €	14
	.015	M	Standard	Pann. Mutandina Classic Maxi M 4X15PZ		0,24499 €	15
	.015	M	Traspirante	Pann. Mutandina SD Maxi M 4X15PZ		0,24499 €	15
	.015	M	Traspirante	Pann. Mutandina SD + Aloe Maxi M 4X15PZ		0,24499 €	15
	.015	M	Traspirante	Pann. Mutandina SD Super M 4X30PZ		0,24499 €	15
	.018	S	Traspirante	Id Expert Belt Tbs Super Small 14		0,19500 €	14
	.018	S	Traspirante	Id Expert Belt Maxi Small		0,19500 €	14
	.018	S	Traspirante	Tena Pann. Mutandina Super Tg Piccola		0,31200 €	30
Pannolone a mutanda PULL-ON 09.30.24	.063	XL	Traspirante	Serenity Pants SD Sensitive Extra XL 8X14		0,41000 €	14
		XL	Traspirante	Pants Lille Suprem Maxi XL		0,41000 €	14
		L	Traspirante	Serenity Pants Man Ultra L 4X8PZ		0,39940 €	8
		L	Traspirante	Serenity Pants Normal Large 8X10PZ		0,18999 €	10
		L	Traspirante	Serenity Pants Be Free Super L 8X10PZ		0,39940 €	10
		M	Traspirante	Serenity Pants Normal Medium 8X10PZ		0,19999 €	10
		M	Traspirante	Serenity Pants Be Free Super M 8X10PZ		0,39940 €	10
		M	Traspirante	Pants SD Underwear Ultra Medium		0,19999 €	10
		S	Traspirante	Serenity Pants SD Sensitive Extra S 8X14		0,33699 €	14
XS	Traspirante	Id Pants Xs Plus 14		0,33699 €	14		
Traversa assorbente 09.30.42	.003	80x180	Rimboccabile	Traversa Assorbente 80X180 4X30		0,15199 €	30
	.006	60 x 90	Non rimboccabile	Traversa Assorbente 60X90 4X30		0,13499 €	30
	.006	60 x 60	Non rimboccabile	Traversa Classic 60X60 Cm 8X15Pz		0,09700 €	15
	.006	60 x 40	Non rimboccabile	Traversa Classic 40X60 Cm 8X15PZ		0,07800 €	15

Modulo da compilare per la scelta dei prodotti SERENITY
Sig./Sig.ra **CF:**

Tipologia di prodotto	Cod. ISO	Taglia	CARATTERISTICHE (standard, traspirante, pull-on)	Nome Prodotto	Indicare con una X le scelte	Prezzo unitario no IVA	Pezzi per conf.
Pannolone sagomato 09.30.18	.048	L	Traspirante	Pann. Sagomato SD Super 4X30Pz		0,20299 €	30
			Traspirante	Pann. Sagomato SD Maxi 4X30Pz		0,20499 €	30
	.051	M	Standard	Pann. Sagomato Classic Extra 4X30Pz		0,09999 €	30
			Traspirante	Pann. Sagomato SD Extra 4X30Pz		0,16100 €	30
	.054	S	Per lieve incont. femm.	Serenity Light Mini 8X20Pz		0,03619 €	20
			Per lieve incont. femm.	Light Extra Advance Flexfit		0,10200 €	10
			Per lieve incont. femm.	Anat Pad Serenity Adv Super 6X10 Pz		0,10200 €	10
			Per lieve incont. femm.	Pann. Sagomato Classic Plus 4X30		0,02500 €	30
			Per lieve incont. femm.	Serenity Light Normal 8X30Pz		0,05000 €	30
			Per lieve incont. femm.	Serenity Light Extra 8X30Pz		0,10200 €	30
			Per lieve incont. femm.	Serenity Light Super 8X30Pz		0,10200 €	30
			Per lieve incont. femm.	Serenity Light Maxi 4X30Pz		0,10200 €	30
	.057	Unica	Per lieve incont. masch.	Tena Lady Mini		0,03619 €	20
			Per lieve incont. masch.	Serenity Man Extra 12X15 Pz		0,10200 €	15
Pannolone rettangolare 09.30.04	.060	Unica	Con barriera	Serenity Man Super		0,10200 €	15
			Con barriera	Classic C/Barriera6X30 (lunghi)		0,03899 €	30
			Senza barriera	Classic C/Barriera6X30		0,03899 €	30
			Senza barriera	Classic S/Barriera6X30		0,01600 €	30
Mutanda elastica riutilizzabile 09.30.39	.003	XXL		Classic S/Barriera6X30 (lunghi)		0,01600 €	30
	.003	XL		Mutande A Rete XL 12X3Pz		0,30499 €	3
	.006	L		Mutande A Rete L 12X3Pz		0,30499 €	3
	.009	M		Mutande A Rete M 12X3Pz		0,29999 €	3
	.012	S		Mutande A Rete S 12X3Pz		0,29999 €	3
Pannolini per bambino 09.30.12	.042 da 7 a 14 Kg	4-9 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature Midi N. 3		0,01200 €	33
		7-18 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature Maxi N. 4		0,07499 €	29
		7-18 kg	Traspirante pull-on	Bebecash Pant Maxi 8-15 Kg		0,16599 €	22
	.045 da 15 a 22 Kg circa	11/25 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature Junior N. 5		0,09999 €	25
		15/30 kg	Traspirante	Pannolino Moltex Nature XL N. 6		0,09999 €	21
		17/27 kg	Traspirante pull-on	Id Comfy Junior Pants (4-7 Anni)		0,33699 €	14
		24/47 kg	Traspirante pull-on	Id Comfy Junior Pants (8-15 Anni)		0,33699 €	14
		11/25 kg	Traspirante pull-on	Pants Baby Bebecash Junior 5		0,16599 €	30
		15/30 kg	Traspirante	Freelife By Bebecash Pants XL 15-30 Kg		0,09999 €	18
		17/27 kg	Traspirante	Huggies Nuovo Dry Nites Girl (4-7 Anni)		0,33699 €	10
		17/27 kg	Traspirante pull-on	Huggies Nuovo Dry Nites Boy (4-7 Anni)		0,33699 €	10
		24/47 kg	Traspirante	Huggies Nuovo Dry Nites Girl (8-15 Anni)		0,33699 €	9
		24/47 kg	Traspirante pull-on	Huggies Nuovo Dry Nites Boy (8-15 Anni)		0,33699 €	9
		11-25 kg	Traspirante	Pampers Baby Dry 11-25 Kg		0,09999 €	17
15/30 kg	Traspirante	Pampers Baby Dry 15-30 Kg		0,09999 €	14		