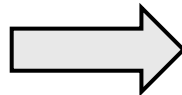


# **Promuovere la continuità delle cure dopo la dimissione: strumenti e risorse**

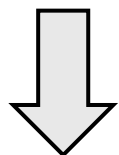
**MATTIA ZAMPROGNO  
STOMATERAPISTA AOUPD**

## Prescrivibilità

Due pezzi e Monopezzo  
**NON IMPORTA SE CONVESSO**



POSSONO ESSERE PRESCRITTI  
ENTRAMBI NELLA STESSA  
MODALITÀ



1 PEZZO COLOSTOMIA  
1 PEZZO ILEOSTOMIA  
1 PEZZO UROSTOMIA

**60 PEZZI MESE**  
**90 PEZZI MESE**  
**30 PEZZI MESE**



2 PEZZI COLOSTOMIA  
2 PEZZI ILEOSTOMIA  
2 PEZZI UROSTOMIA

**20 PLACCHE + 60 SACCHE / MESE**  
**20 PLACCHE + 90 SACCHE / MESE**  
**20 PLACCHE + 30 SACCHE / MESE**

IN RIFERIMENTO ALLA MODALITÀ DI DISTRIBUZIONE DEL  
MATERIALE PER L'ASSISTENZA INTEGRATIVA...

- **Le regioni indicano le modalità di distribuzione**, nel rispetto delle norme nazionali.
- **È necessario indirizzare il paziente al proprio distretto sanitario per le specifiche norme in vigore nel territorio di provenienza.**
- La prescrizione dei dispositivi medici dovrebbe risultare in linea con il rispetto del **principio di libera scelta del paziente** portatore di stomia, come descritto nella “Carta internazionale dei diritti dello stomizzato”, elaborata per la prima volta al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair in Florida nel 1976 e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association.

## IN RIFERIMENTO AGLI ASPETTI ECONOMICI...

Rappresentano indirizzi della programmazione regionale: **la predisposizione di protocolli regionali, in ottemperanza al DM n.332/1999, sostituito attualmente dalle disposizioni del DPCM 17 gennaio 2017**, che disciplinino i principi per l'erogazione degli ausili e dei presidi nelle diverse menomazioni o disabilità, che individuino gli strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva e che consentano di valutare gli ausili assegnati nel progetto riabilitativo;

## IN RIFERIMENTO AI PRESCRITTORI...

**Prescrittore del materiale protesico per stomia è il Chirurgo o l'Urologo, che si avvale della figura dello Stomaterapista, quale riferimento specialista (L. 43/2006)** in grado di riconoscere le caratteristiche cliniche ed anatomo-funzionali specifiche della persona con stomia ed in possesso della definizione dei suoi problemi assistenziali, allineati con le specificità dei presidi disponibili.

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIMBRO CENTRO PRESCRITTORE</b><br>REGIONE DEL VENETO<br>AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PADOVA<br>AMBULATORIO STOMATOLOGICI<br>Referenza Clinica Pali. Supporto PROGRAMMI<br>Sostituto Responsabile U.P.S. Dott. Mauro DELGHI | <b>MODULO DI PRESCRIZIONE E DI<br/>AUTORIZZAZIONE DEGLI AUSILI PER<br/>STOMIA</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE      |  |
|-----------------------------------|--|
| Nome Cognome                      |  |
| Codice fiscale                    |  |
| Data di nascita                   |  |
| Indirizzo di residenza            |  |
| Azienda ULSS di residenza/Regione |  |
| Medico curante                    |  |

| DIAGNOSI                     |                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descrizione della disabilità | <u>INFERNO DI CROHN</u>                                                                                                                                             |
| Paziente portatore di stomia | <input checked="" type="checkbox"/> Temporanea (durata max della prescrizione 6 mesi)<br><input type="checkbox"/> Definitiva (durata max della prescrizione 1 anno) |
| Tipologia di stomia          | <input checked="" type="checkbox"/> Ileostomia <input checked="" type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia                                    |
| Tipologia di stomia          | <u>CELOSTOMIA</u>                                                                                                                                                   |

| PRESCRIZIONE DI PRODOTTI PER ILEOSTOMIA 1 PEZZO CONVESSO                                                                     |                        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE <input type="checkbox"/> RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE            |                        |              |
| Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:                                                                                |                        |              |
| Tipologia di prodotto                                                                                                        | Quantità mensile       | Codice ISO   |
| Sacca per ileostomie introflesse (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) a fondo aperto | <u>60</u>              | 09.18.07.009 |
| Pasta o pomata protettiva, ad azione emolliente e/o eudermica                                                                |                        | 09.18.30.003 |
| Polvere protettiva per zone peristomali                                                                                      |                        | 09.18.30.006 |
| Salviettine o spray per detersione                                                                                           | <u>SPRAY RENEVER 2</u> | 09.18.30.009 |
| Salviettine o spray per protezione                                                                                           |                        | 09.18.30.009 |
| Pasta solidificata                                                                                                           |                        | 09.18.30.012 |
| Durata della prescrizione* (N° mesi):                                                                                        |                        |              |
| * Paziente portatore di stomia Temporanea - Durata MAX 6 mesi<br>Paziente portatore di stomia Definitiva - Durata MAX 1 anno |                        |              |



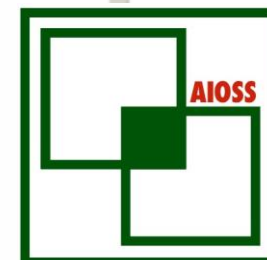


[Home](#) > [Pubblicazioni](#) > [Registro Nazionale](#) > [Registro Unico Stomaterapisti Italiani](#)

## Registro Unico Stomaterapisti Italiani



**A.I.Stom. OdV**  
Associazione Italiana Stomizzati



Associazione  
Tecnico-Scientifica  
di Stomaterapia  
e Riabilitazione  
del Pavimento Pelvico

### UN PROGETTO AIOSS – AISTOM...

È la mappa della forza silenziosa che ogni giorno, in ogni angolo d'Italia, porta competenza, ascolto e soluzioni concrete alle persone con stomia e disfunzioni del pavimento pelvico.

Ogni numero rappresenta una professionalità qualificata, una storia di cura, un punto di riferimento per chi cerca dignità e qualità di vita.

[SCARICA IN FORMATO PDF](#)

**CERCA CIO' DI CUI HAI BISOGNO... DIGITA NELLA BARRA DI RICERCA SOTTOSTANTE (città, nome, luogo, provincia, ospedale)**

Visualizza 10  elementi

Cerca:



| COGNOME   | Nome      | Regione   | Provincia | Località        | Azienda Ospedaliera                                   | Recapito/i Telefonici   | email                                                      |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|
| ABIGNENTE | FRANCESCA | PUGLIA    | BA        | Bari            | ASL BARI P.O. SAN PAOLO                               | 080-5843462             | po-sanpaolo.chirurgia@asl.bari.it                          |
| AGOSTINO  | VALENTINA | PIEMONTE  | TO        | Orbassano       | AOU SAN LUIGI GONGAZA                                 | 011-90261<br>3386672407 | urp@sanluigi.piemonte.it<br>valentina.perfortuna@gmail.com |
| ALBERGAMO | ROSITA    | SICILIA   | SR        | Siracusa        |                                                       | 3358311907              | rositaalberгато@virgilio.it                                |
| ALBINO    | NUNZIA    | PUGLIA    | BT        | Bitonto - Trani |                                                       | 3462340152              | nunzia.albino@gmail.com                                    |
| ALESSI    | FABRIZIO  | LOMBARDIA | MI        | Legnano         | ASST OVEST MILANESE - S.C. D.A.P.S.S. AMB. STOMIZZATI | 0331-449207             | dapss.ambulatoriostomatoterapia@asst-ovestmi.it            |
| ALLASIA   | BEATRICE  | PIEMONTE  | CN        | Cuneo           |                                                       | 3463706770              | beatriceallasia1996@gmail.com                              |
| ALTOBELLI | MARIA     | LAZIO     | LT        | Terracina       |                                                       | 3281961085              | m.altobelli@ausl.latina.it                                 |

# Ambulatorio Stomizzati

Direzione delle Professioni  
Direttore: Dott. Mario Degan

CARTA DI  
ACCOGLIENZA



Azienda  
Ospedale  
Università  
Padova



## Modalità di prenotazione

E' POSSIBILE PRENOTARE:

**telefonicamente**

dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 14:00

chiamando direttamente il numero dell'Ambulatorio Stomizzati ☎

**049 821 2485** oppure ☎ **3474780797**

Si potrà accedere all'ambulatorio previa prenotazione telefonica senza impegnativa del Medico di Medicina Generale (medico di base).

La registrazione avrà luogo direttamente all'interno dell'ambulatorio durante la visita. Gli ulteriori eventuali controlli verranno programmati fin dal primo incontro.

Potranno accedere all'ambulatorio anche i pazienti in possesso di scheda prestazioni post degenza utilizzata dall'Azienda Ospedale-Università Padova.

STOMATERAPIA



AOUPD



Associazione  
Tecnico-Scientifica  
di Stomaterapia  
e Riabilitazione  
del Pavimento Pelvico

[CHI SIAMO»](#) [ISCRIZIONI](#) [BILANCIO](#) [PUBBLICAZIONI»](#) [NOVITÀ»](#) [VIDEO & MATERIALE DIDATTICO](#) [SGQ AIOSS](#) [CONTATTI](#)



IN QUESTA SEZIONE E' POSSIBILE ACCEDERE A CONTENUTI DERIVANTI DALLE ATTIVITA' AIOSS, UTILI AGLI ASSOCIATI E NON PER SVOLGERE LA LORO ATTIVITA' DI FORMAZIONE E PER PROMUOVERE AIOSS NELLE LORO REALTA'.

Il Presidente di AIOSS, Mattia Zamprogno, Ospite al Format radiofonico Story-Time di Canale Italia, Presenta brevemente l'associazione e la figura dell'infermiere Stomaterapia svolta da AIOSS stessa. (2024)

II PRESIDENTE AIOSS A STORY TIME (2024)

Video tutorial  
Stoma Care



