



Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

ASL Viterbo

Protocollo n. 9751 del 02-02-2023



Alle Direzioni Generali di

AA.SS.LL., P.U., A.O., I.R.C.C.S.

Alle OO.SS. dei MMG e PLS

DG/DA/25/E - Protocollo

Oggetto : Prescrizione ed erogazione ausili per incontinenza

Si comunica che con Determinazione G10762 del 08/08/2022 è stata aggiudicata, la Gara comunitaria a procedura aperta finalizzata alla stipula di Convenzioni Quadro per l'acquisizione e distribuzione di Ausili per incontinenti per le esigenze delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio indetta dalla Centrale Acquisti Regionale.

Secondo quanto previsto dal Capitolato di gara e dalle Linee Guida regionali per l'assistenza protesica, la prescrizione effettuata dallo specialista su apposito modulo (allegato A) dovrà riportare l'indicazione della classe di incontinenza individuata tramite il questionario allegato (Allegato B).

Il MMG/PLS potrà utilizzare la medesima modulistica nel caso in cui debba effettuare una prima prescrizione per un fabbisogno variabile da 3 mesi ad un massimo di 6 ossia per il tempo utile affinché l'assistito possa essere valutato da medico specialista di struttura pubblica o del CAD.

Il prescrittore dovrà quindi indicare la classe di incontinenza mentre sarà compito della valutazione infermieristica presente in ASL individuare l'opzione di fornitura, tra quelle proposte in sede di gara, corrispondente alla specifica classe di incontinenza e che più si adatti alle particolari esigenze dell'assistito.

Le proposte di fornitura dovranno essere comunque concordate con il Responsabile della ASL e da questi approvati, ai fini della definitiva fornitura.

I dispositivi per i bambini possono erogati a partire dai 2 anni di età.



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

Sarà possibile effettuare una prescrizione di fornitura in extratariffario (quantitativo maggiore rispetto a quanto disciplinato dal DPCM 12 gennaio 2017) per i pazienti di classe Gravissima, Incontinenza fecale/cateterizzati/entero-urostomizzati, per pazienti medullolesi/spina bifida, pazienti affetti da vescica neurologica o da patologie neoplastiche.

In questo caso la prescrizione dovrà essere accompagnata da una relazione dettagliata che motivi la necessità di fornire un numero maggiore di pezzi rispetto al tetto massimo, senza limitarsi a informazioni cliniche generiche (per esempio: "paziente con scompenso cardiaco in terapia con diuretici"), che non giustificano nella sostanza una richiesta di aumento dei pezzi;

Le prescrizioni in regime di extra-tariffario verranno valutate dalla ASL di residenza del paziente, che rilascerà l'autorizzazione in caso di valutazione positiva.

Per il rinnovo qualora sussista un aggravamento del quadro clinico preesistente l'assistito dovrà produrre prescrizione di medico specialista (Allegato A) al fine di consentire alla ASL di procedere con la modifica della fornitura; nel caso in cui il fabbisogno rimanga invariato, il MMG/PLS potrà procedere al rinnovo utilizzando il modulo allegato alla presente (Allegato C).

Il Dirigente dell'Area

Lorella Lombardozzi

Il Direttore

Massimo Annicchiarico

Allegati :moduli prescrittivi e questionario valutazione incontinenza

A.C. 01/02/2023

VIA R. RAIMONDI GARIBALDI, 7

TEL. + 39.0699500

WWW.REGIONE.LAZIO.IT

00145 ROMA

PEC politicaelfarmaco@regione.lazio.legafmail.it



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

ALLEGATO A

MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI AD ASSORBENZA
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Diagnosi circostanziata (specifica menomazione e/o disabilità in connessione con gli ausili per incontinenza)

Incontinenza urinaria: tipo:

- da sforzo (quando le perdite di urina sono in occasione di uno sforzo, attività fisica, tosse, starnuto o altra causa di aumento della pressione addominale)
- da urgenza (quando le perdite di urina sono accompagnate o precedute da uno stimolo minzionale improvviso, impellente, improcrastinabile)
- mista (da sforzo e da urgenza)
- non classificabile (perdite non chiaramente riconducibili a una delle situazioni precedenti)

Incontinenza fecale

Segnalare se il paziente utilizza: Catetere vescicale a dimora Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti **fattori influenzanti la gestione della incontinenza** (In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore):

- grave deficit cognitivo
- grave deficit motorio specificare :
- non deambulante o con grave difficoltà
- grave compromissione della mobilità



**Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21**

- doppia incontinenza
- eritemi /lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili-assorbenti

Indicare se l'incontinenza è:

- stabilizzata (incontinenza che persiste per più di 12 settimane nonostante la variazione o il trattamento di fattori potenzialmente reversibili o dopo eventi acuti come un intervento chirurgico).
- irreversibile (incontinenza per la quale non è prevedibile alcun miglioramento, non suscettibile di alcun tipo di terapia)

La prescrizione di ausili è possibile solo in caso di incontinenza stabilizzata e/o irreversibile ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore. In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Qualora l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

VALUTAZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA

Punteggio domanda 1 :

Punteggio domanda 2 :

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

- Lieve
- Media
- Grave
- Gravissima

Oppure

- Cateterizzato
- Incontinenza fecale
- Entero-urostomizzato

Durata della prescrizione

Per la sola incontinenza stabilizzata n. mesi annuale

Per incontinenza irreversibile definitiva

Data,

Firma e Timbro Medico



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

Legenda per giudizio diagnostico: Riportare le risposte del questionario nella griglia sottostante

Punteggio domanda n°1 → Punteggio domanda n°2 ↓	1	2	3	4	5	6
2	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lievissima	Lieve/Media/Grave*	Gravissima
4	Lievissima	Lievissima	Lieve	Media	Grave/Gravissima*	Gravissima
6	Lievissima	Media	Media	Grave	Gravissima	Gravissima

* In considerazione di tali eterogeneità di categorie il medico prescrittore può decidere l'entità dell'incontinenza sulla base dei dati clinici oppure se MMG/PLS può indirizzare il paziente allo specialista che oltre a condurre l'iter diagnostico terapeutico adeguato valuterà la gravità dell'incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità)



**Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21.**

ALLEGATO B

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

1. Quanto spesso le capita di perdere urina? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0.	Mai	0
1.	Meno di una volta a settimana	1
2.	Circa una volta alla settimana	2
3.	Due o tre volte alla settimana	3
4.	Circa una volta al giorno	4
5.	Più volte al giorno	5
6.	Perdo urina in continuazione	6
Punteggio:		

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

a.	Non perdo urina	0
b.	Perdo piccole quantità di urina	2
c.	Perdo modesto quantità di urina	4
d.	Perdo abbondanti quantità d'urina	6
Punteggio:		

3. Nel complesso, quanto la sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la sua vita quotidiana da 0 a 10? (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente) Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0	
1	
2	
3	

4	
5	
6	
7	

8	
9	
10	



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

4. Quando le capita di perdere urina? Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Mai

Perdo urina ancor prima di essere giunta/o in bagno

Con colpi di tosse e gli stamuti

Quando sono coricata/o

Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica

Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo

Senza una particolare ragione

Incontinenza continua

Questa domanda non genera punteggio

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITA' DI



Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

ALLEGATO C

MODELLO DI PRESCRIZIONE PER AUSILI ASSORBENTI L'URINA

Ad uso dei MMG e dei PLS per il rinnovo della fornitura in caso di fabbisogno invariato

Si prescrive il rinnovo del fabbisogno annuale di ausili assorbenti l'urina per l'assistito:

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Data,

Firma e Timbro Medico

Data: 02 febbraio 2023, 17:03:37
Da: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it <politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it>
A: fimmg@legalmail.it
smi_lazio@alice.it
snami@pec.snami.org
sumai@sumaiweb.it
presidenzafimp@legalmail.it
prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it
protocollo@pec.aslromag.it
protocollo@pec.aslroma1.it
protocollo.generale@pec.aslroma2.it
protocollo@pec.aslroma4.it
Oggetto: Protocollo nr: 125783 - del 02/02/2023 - REGLAZIO - Regione Lazio Circolare - Prescrizione ed erogazione ausili per incontinenza
Allegati: 1233-REG-1675353126017-Prescrizione+ed+erogazione+ausili+per+incontinenza+%28con+tre+allegati+A+B+C%29.pdf (3.3 MB)
REGLAZIO.REGISTRO UFFICIALE.2023.0125783.pdf (3.3 MB)
Segnatura.xml (11.7 KB)

Invio di documento protocollato

Oggetto: Protocollo nr: 125783 - del 02/02/2023 - REGLAZIO - Regione Lazio Circolare - Prescrizione ed erogazione ausili per incontinenza

Data protocollo: 02/02/2023

Protocollato da: REGLAZIO - Regione Lazio

Allegati: 3

