

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

Alle Direzioni Generali di
AA.SS.LL., P.U., A.O., I.R.C.C.S.

Alle OO.SS. dei MMG e PLS

Alla SERENITY S.p.a.

Alla FATER S.p.a.

Oggetto : Prescrizione ed erogazione ausili per incontinenza – Ulteriori indicazioni

A seguito di criticità emerse sul territorio riguardanti l'avvio delle nuove modalità operative per la prescrizione e l'erogazione degli ausili per incontinenza e ad integrazione della circolare inviata dalla scrivente Direzione il 2 Febbraio u.s., prot. 0125783, si rappresenta quanto segue:

- **prescrizione per il rinnovo del PT annuale**

Come esplicitato nella circolare di cui sopra tale prescrizione è, qualora la condizione clinica dell'assistito sia rimasta invariata e non si necessiti di un differente fabbisogno, a carico del MMG/PLS. Il rinnovo dovrà essere effettuato utilizzando il modulo di cui all'allegato C appositamente predisposto al fine di limitare il consumo dei ricettari standardizzati impiegati in gran parte per i rinnovi degli ausili monouso, come confermato dalle stesse associazioni di categoria.

- **prima prescrizione effettuata dal MMG/PLS**

Si ribadisce che il MMG/PLS dovrà effettuare la prima prescrizione solamente per quegli assistiti che siano in attesa di visita domiciliare/specialistica limitatamente ad un fabbisogno massimo di sei mesi e qualora se ne ravvisi l'urgenza. Per agevolare tale compito i MMG/PLS dovranno utilizzare il modulo D con cui viene proposta una classe di gravità

dell'incontinenza nelle more dell'esatta individuazione della stessa da parte di uno specialista.

- **prescrizione effettuata da specialista**

Si conferma che lo specialista dovrà utilizzare il modulo di cui all'allegato A in cui andrà specificata la classe di incontinenza identificata tramite la somministrazione del questionario di cui all'allegato B. In tal modo il consulente infermieristico della ditta aggiudicataria potrà proporre all'assistito i kit di fornitura corrispondenti a quella determinata fascia di gravità.

Tale modalità prescrittiva si è resa necessaria poiché, a fronte di prescrizioni di ausili per incontinenza redatte senza alcun riferimento alla gravità della stessa, sono state segnalate dal territorio numerosi casi di disomogeneità per cui, a parità di condizione clinica, venivano erogate forniture qualitativamente e quantitativamente considerevolmente diverse.

- **individuazione fascia incontinenza per PT in corso di validità**

Qualora il nuovo fornitore debba individuare il kit di ausili da erogare agli assistiti con PT in corso di validità, non dovrà essere chiesto agli assistiti di produrre nuova prescrizione contenente l'individuazione della classe di incontinenza, si dovrà invece procedere come previsto dal capitolato tecnico della procedura di acquisizione aggiudicata dalle due ditte in indirizzo, al paragrafo "3.2.1 Modalità di individuazione della fornitura più appropriata":

"Al momento del subentro il Fornitore, sulla base dell'Elenco assistiti e, in conformità alle Linee Guida e alle metodologie di sovrapposibilità approvate, deve operare con il RS al fine di ricondurre la precedente tipologia di fornitura ad una delle quattro classi di incontinenza sopra descritte e, contestualmente, individuare, tra i prodotti offerti in gara, la fornitura adatta ("progetto di modulabilità) alla patologia e alle esigenze del paziente in termini di quantità, caratteristiche ed eventualmente tipologia dell'ausilio, rispetto a quanto precedentemente fornito".

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

Rimangono invariate le indicazioni fornite con la precedente nota in merito alla prescrizione di quantitativi superiori alla norma da erogare in regime di extratariffario e degli ausili per bambini.

Si chiede alle strutture ed alle organizzazioni in indirizzo di dare massima diffusione alla presente e di intraprendere le azioni necessarie affinché i nuovi moduli prescrittivi vengano utilizzati in modo capillare al fine di evitare le criticità dovute a forniture inappropriate.

Si raccomanda altresì di fornire un'adeguata comunicazione all'utenza sia da parte degli addetti al front-office che tramite la pubblicazione di avvisi sui siti aziendali.

Si invitano le AA.SS.LL. ad adottare le indicazioni fornite nella presente circolare in modo tale da evitare inutili disagi agli utenti e/o interruzione dell'assistenza dovute ad esempio al fatto che, almeno inizialmente, una percentuale di istanze continuerà ad essere presentata con prime prescrizioni o rinnovi redatti sulla precedente modulistica; si chiede a tal proposito di monitorare tali situazioni e di segnalarle alla scrivente Direzione qualora dovessero perdurare oltre tre mesi dalla data di ricevimento della presente nota.

Si ribadisce inoltre che gli assistiti sono tenuti a presentare la prescrizione effettuata dal MMG/PLS per il rinnovo solamente con cadenza **annuale** e non trimestrale come invece segnalato da numerosi utenti. Tale indicazione ha validità sia per i PT per gli ausili per incontinenza che per i PT per cannule e cateteri.

Il Dirigente
Lorella Lombardozzi

Il Direttore ad interim
Marco Marafini

Allegati Moduli prescrittivi, questionario valutazione incontinenza

Circolare prot. 0125783 del 02/02/2023

A.C. 31/03/2023

VIA R. RAIMONDI GARIBALDI, 7

TEL. + 39.0699500

WWW.REGIONE.LAZIO.IT

00145 ROMA

PEC politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it

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

**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)

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 modeste 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	

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 starnuti

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

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

ALLEGATO D

**PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DA PARTE DEL MMG/PLS
PER PAZIENTI ALLETTATI
NELLE MORE DELLA VALUTAZIONE DA PARTE DEL CAD/MEDICO SPECIALISTA**

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

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

GIUDIZIO DIAGNOSTICO FINALE

Paziente affetto da incontinenza urinaria o fecale cronica di grado:

Lieve Media Grave Gravissima

Durata massima della prescrizione: 6 mesi

Data,

Firma e Timbro Medico
