

Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 44-2745

**D.G.R. n. 20-891 del 12.01.2015. Programmi Operativi 2013 - 2015. Razionalizzazione ed uniformita' delle procedure di prescrizione degli ausili per incontinenza erogati a carico del Servizio sanitario regionale. Modifiche ed integrazioni.**

A relazione del Presidente Chiamparino:

La D.G.R. n. 20-891 del 12.01.2015 avente ad oggetto: “Programmi Operativi 2013 – 2015. Razionalizzazione ed uniformità delle procedure di prescrizione degli ausili per incontinenza erogati a carico del Servizio sanitario regionale”, ha approvato le “Linee di indirizzo per la prescrizione a carico del Servizio sanitario regionale di ausili per l’assorbenza”, corredate del modello prescrittivo (“Scheda di prescrizione di ausili per l’assorbenza”) unico per il territorio regionale e del “Questionario per il paziente”, necessario per la valutazione dell’incontinenza e la sua riconduzione alle classi di prescrivibilità degli ausili.

Tale provvedimento è stato assunto in ottemperanza a quanto previsto dai Programmi Operativi (PO) del piano regionale di rientro 2013-2015, approvati con DGR n. 25-6992 del 30/12/2013 e predisposti ai sensi del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, nella Legge 135/2012, che nello specifico (intervento 9.3 “Centralizzazione degli acquisti- Analisi e governo dei fabbisogni”) prevedono che, relativamente agli ausili per incontinenza, la cui fornitura è già stata assegnata alla società di committenza regionale SCR Piemonte S.p.A., la Regione attivi appositi monitoraggi sui prodotti erogati tramite la procedura informativa “Protes” e definisca, per l’appropriatezza prescrittiva, specifici moduli di prescrizione, uniformi sul territorio regionale.

Tenuto conto che, ai sensi della DGR sopra richiamata, l’utilizzo della scheda di prescrizione unica regionale e la compilazione del questionario sono vincolanti per la fornitura a carico SSR degli ausili in questione, è estremamente necessario l’utilizzo della scheda di prescrizione da parte dei MMG/PLS e dei Medici specialisti.

Le criticità emerse nell’ utilizzo del modulo prescrittivo ne hanno richiesto la rivalutazione nel Comitato Regionale ex art.24 ACN 23/3/05 s.m.i. Medicina Generale.

Il tavolo tecnico riunitesi con la partecipazione di rappresentanti delle organizzazioni sindacali della Medicina Generale ha parzialmente modificato il modulo prescrittivo, che si allega alla presente, validato dal comitato stesso il 22/10/2015.

Si è ritenuto inoltre necessario integrare le “Linee di indirizzo per la prescrizione a carico del Servizio sanitario regionale di ausili per l’assorbenza” con alcune indicazioni che, a distanza di circa un anno dall’approvazione della DGR n. 20-891 si è ritenuto di dover meglio specificare.

Tutto ciò premesso;

vista la D.G.R. n. 20-891 del 12.01.2015;  
vista la DGR n. 25-6992 del 30/12/2013;  
vista la DGR n. 40-12566 del 2004;  
vista la DGR n. 60-2806 del 9 maggio 2006;

la Giunta Regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, ad unanimità,

*delibera*

- di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, l'integrazione delle "Linee di indirizzo per la prescrizione a carico del Servizio sanitario regionale di ausili per l'assorbimento" (Allegato 1bis) e il nuovo modulo prescrittivo parzialmente modificato che sostituisce quello di cui alla D.G.R. 20-891 del 12/01/2015 ("Scheda di prescrizione di ausili per l'assorbimento") (Allegato A – B);
- di stabilire che i due allegati sono parti integranti del presente atto;
- di stabilire che le Schede di prescrizione compilate sul modello allegato alla DGR n. 20-891 del 12.01.2015 sono comunque da ritenersi valide a tutti gli effetti fino alla data del 31 marzo 2016;
- si da atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa per la Regione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

*Allegato 1 bis*

**Integrazione “LINEE DI INDIRIZZO SULLA PRESCRIZIONE A CARICO DEL SERVIZIO  
SANITARIO REGIONALE DI AUSILI PER L’ASSORBENZA**

Incontinenza fecale: in attesa dell’emanazione di apposito provvedimento, il modulo prescrittivo deve essere utilizzato anche per la prescrizione di ausili per assorbenza per incontinenza fecale. Il medico prescrittore dovrà compilare le parti attinenti alla valutazione generale del paziente ed indica il numero degli ausili commisurato ai reali bisogni dell’assistito.

Valore delle forniture: Le linee di indirizzo hanno identificato 5 gradi di entità/gravità di incontinenza e 4 gradi di prescrivibilità; a ciascuno di essi sono associati dei tetti di spesa parametrati al costo – già definito – dei pannoloni sagomati e dei pannoloni mutandina grandi.

Nel confermare che per ciascuna tipologia di ausili assorbenti vige il quantitativo massimo concedibile di cui al D.M. 332/99 e alle specifiche DGR, si evidenzia che le varie tipologie di ausili possono essere tra loro integrative, nel rispetto del tetto massimo di spesa previsto per lo specifico grado/entità dell’incontinenza.

Extratarriffario Rimangono invariate le disposizioni della DGR n. 43-1979 del 29 aprile 2011, “Attuazione Piano di Rientro. Assistenza Integrativa – Protesica. Linee di indirizzo.”, delle circolari del 19.11.2008 prot. n. 37149 e prot.n. 37150. Si evidenzia che l’istituto dell’extratarriffario è attivabile solo per i prodotti assorbenti urina previsti dal DM 332/99 fino ad un tetto massimo aggiuntivo di € 70,74 esclusa IVA. La richiesta di deroga deve essere redatta ed adeguatamente motivata da uno specialista competente per disabilità. L’ istituto dell’extratarriffario è previsto solo per la classe di incontinenza “gravissima”. In attesa di ulteriori definizioni in merito, lo specialista, per l’integrazione della fornitura, può utilizzare sia la modulistica allegata alla D.G.R. che la modulistica attualmente in uso (oppure già predisposta dalle ASL e dalle ASO) nelle ASL e nelle ASO.

Formazione operatori

La Regione Piemonte, in ottemperanza alle presenti disposizioni, prevede l’organizzazione, con il supporto della Fondazione Italiana continenza, di eventi formativi finalizzati a garantire l’appropriatezza prescrittiva, rivolti ai MMG e agli specialisti territoriali.

## SCHEMA DI PRESCRIZIONE DI AUSILI PER L'ASSORBENZA per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile

Cognome	Nome
Data di nascita	Telefono
Residente in	Via

### Diagnosi

- Incontinenza urinaria** (*segnalare il 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).
- Ritenzione urinaria** (*Se si segnalare*)       **completa**       **parziale**

- Incontinenza fecale** (*Se si segnalare*)       **con feci solide**       **con feci liquide**

Il paziente utilizza     Catetere vescicale a dimora     Cateterismo ad intermittenza

Sono presenti fattori influenzanti la gestione della incontinenza?

- grave deficit cognitivo
- grave deficit motorio *specificare se:*     non deambulante o con grave difficoltà     grave compromissione della manualità
- Incontinenza fecale concomitante
- Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

*In presenza di anche uno di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore.*

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 ed ha una durata annuale salvo diverse indicazioni del prescrittore.*

*Nel caso la incontinenza sia segnalata irreversibile la prescrizione si intende definitiva.*

### Valutazione entità dell' incontinenza urinaria

Questionario ICI Q SF modificato (*allegato B*)

Risposta alla domanda 1   

Risposta alla domanda 2   

**Entità incontinenza urinaria:**

- Lievissima**     **Lieve**     **Media**     **Grave**     **Gravissima**

**Data.....**

**Firma e Timbro medico**

*Legenda per valutazione entità incontinenza urinaria: 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 della eterogeneità di tali categorie, il medico prescrittore può decidere l'entità dell'incontinenza sulla base dei dati clinici, oppure, per una maggiore definizione del problema, può indirizzare il pz allo specialista che oltre a condurre l'iter diagnostico e terapeutico adeguato valuterà la gravità della incontinenza e la conseguente necessità prescrittiva (classe di prescrivibilità).*

**Da compilare da parte del medico prescrittore (facoltativo) o dai Servizi di Assistenza Integrativa e protesica**

<i>barrare la classe</i>	<i>Classi di prescrivibilità di assorbenza</i>	<i>Indicare il n° di pezzi prescritti nei limiti dei tetti massimi indicati</i>	<i>Indicare con M l'esigenza di MODULABILITA' della prescrizione (a parità di costo complessivo)</i>	<i>Inserire i codici dei prodotti modulabili come da elenco "Prodotti prescrivibili"</i>	<i>Inserire il n° di pezzi per ogni codice di prodotto modulabile</i>
	<b>Lievissima</b>	<b>Non indicazione a prescrizione</b>	===	===	===
	<b>Lieve</b> (tetto max corrispondente al costo di 30 sagomati piccoli al mese)				
	<b>Media</b> (tetto max corrispondente al costo di 60 sagomati piccoli al mese)				
	<b>Grave</b> (tetto max corrispondente al costo di 90 sagomati grandi al mese)				
	<b>Gravissima</b> (tetto max corrispondente al costo di 120 pannoloni a mutandina grandi al mese)				

Durata della prescrizione:

- N° mesi .... (incontinenza stabilizzata)     Annuale (incontinenza stabilizzata)  
 Definitiva (incontinenza irreversibile)

**Data.....**

**Firma e Timbro medico**

*Per la diagnosi e cura della incontinenza urinaria è possibile fare riferimento alla Rete Piemontese dei Centri. L'elenco completo è reperibile sul sito della Regione Piemonte all'indirizzo:*

[http://www.regione.piemonte.it/sanita/program\\_sanita/incontinenza/dwd/livello1.pdf](http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/incontinenza/dwd/livello1.pdf)

## 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)

<h1>ICI-Q-SF</h1>			
<b>Cognome e nome</b>			
<b>Data di nascita</b>			
<b>1. Quanto spesso Le capita di perdere urina?</b>			
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
<b>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</b>	<b>Punteggio</b>	<b>No</b>	<b>compilare</b>
<b>2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?</b>			
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
<b>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</b>	<b>Punteggio</b>	<b>No</b>	<b>Compilare</b>
<b>3. Nel complesso, quanto la Sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la Sua vita quotidiana da 0 a 10? BARRARE IL NUMERO</b> (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)			
	0		5
	1		6
	2		7
	3		8
	4		9
			10
<b>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</b>	<b>Punteggio</b>	<b>No</b>	<b>compilare</b>
<b>4. Quando Le capita di perdere urina?</b>			
a. Mai			
b. Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno			
c. Con i colpi di tosse e gli starnuti			
d. Quando sono coricata			
e. Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica			
f. Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo			
g. Senza una particolare ragione			
h. Incontinenza continua			
<b>Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta</b>	<b>Questa domanda non genera punteggio</b>		

Data.....

Firma.....