

Deliberazione della Giunta Regionale 30 ottobre 2018, n. 47-7790

**DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” - Approvazione Nuove Linee di Indirizzo sulla prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale di ausili per l'assorbenza.**

A relazione dell'Assessore Saitta:

Premesso che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, è stata fra l'altro regolamentata l'erogazione dei dispositivi monouso, compresi quelli appartenenti alla classe 09.30 – Ausili assorbenti l'urina (ed altre deiezioni);

visto l'art. 10 del DPCM 12/01/2017 che individua, nell'ambito dell'assistenza integrativa, la fornitura tramite il Servizio sanitario nazionale delle seguenti classi di prodotti:

- dispositivi medici monouso;
- presidi per diabetici;
- prodotti destinati ad una alimentazione particolare;

dato atto che il suddetto DPCM è stato recepito dalla Regione Piemonte con Deliberazione della Giunta n. 118-6310 del 22/12/2017;

posto l'articolo 3 dell'Allegato 11 del medesimo decreto che definisce il ruolo delle Regioni nel disciplinare le modalità di erogazione di dispositivi medici monouso attraverso soggetti autorizzati alla vendita;

attesa la necessità di applicare quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, dell'Allegato 11 del citato DPCM, il quale stabilisce che le Regioni stipulino contratti con i soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente;

dato atto che le disposizioni contenute nella DGR n. 74-5505 del 3.08.2017, avente ad oggetto “Erogazione di ausili per l'incontinenza in regime di distribuzione per conto, integrazione alla DGR 16-2070 del 07.09.2015”, ottemperano a quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 in materia di Ausili assorbenti, prevedendo l'erogazione di tali presidi acquisiti tramite gara centralizzata regionale esperita dalla società di committenza regionale SCR Piemonte S.p.A;

considerato che nella sopra menzionata DGR n. 74-5505 del 3.08.2017, fra l'altro, si demandava alla Direzione Sanità dell'Assessorato alla Sanità la predisposizione dei relativi provvedimenti attuativi e ritenuto che l'attuazione della stessa Deliberazione, anche alla luce di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017, comporta necessariamente la revisione di quanto previsto da precedenti atti regionali in tema di:

- prodotti erogabili, già identificati dalla DGR n. 20-891 del 12 gennaio 2015 e dalla nota della Direzione Sanità prot. n. 3219/A14030 del 17/2/2015 (modificati come da Tabella 4, contenuta nel documento allegato alla presente deliberazione, con recepimento dei relativi codici di transcodifica ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017);
- definizione del fabbisogno ottimale, già regolamentato dalla DGR n. 20-891 del 12 gennaio 2015, dalla citata nota prot. n. 3219/A14030 del 17/2/2015 e dalla DGR n. 44-2745 del

29.12.2015 (con individuazione dei tetti massimi autorizzati, come da Tabella 5, contenuta nel documento allegato alla presente deliberazione);

- modalità di erogazione, già richiamate nei seguenti atti:  
DGR n. 87-29576 del 1.03.2000  
DGR n. 107-693 del 31.07.2000  
DGR n. 14-11496 del 12.01.2004  
DGR n. 32-11942 del 8.03.2004  
DGR n. 60-2806 del 9.05.2006  
DGR n. 43-1979 del 29.04.2011  
DGR n. 85-6287 del 2.08.2013  
DGR n. 20-891 del 12.01.2015  
DGR n. 16-2070 del 07.09.2015  
DGR n. 44-2745 del 29.12.2015  
(modificati ed integrati dalle Nuove Linee Guida di cui all'allegato alla presente deliberazione);
- modalità prescrittive, già previste dalla DGR n. 20-891, come modificata e integrata dalla DGR n. 44-2745 del 29.12.2015 ora integrate anche con la regolamentazione delle modalità prescrittive per prodotti diversi da quelli aggiudicati in gara;
- prescrizioni in regime di extra-tariffario, già definite dalla DGR n. 143-14242 del 25.11.1996, confermata dalla DGR n. 43-1979 del 29.04.2011, che trovano nuova regolamentazione con la presente deliberazione;

ritenuto, inoltre, necessario definire criteri omogenei per tutto il territorio della Regione per la fornitura di prodotti differenti da quelli oggetto di aggiudicazione nella gara centralizzata, a fronte di particolari condizioni cliniche dei soggetti aventi diritto;

preso atto, altresì, della necessità di adeguare gli attuali strumenti informatici e i flussi informativi alle esigenze organizzative correlate alla attivazione di una procedura unificata per tutto il territorio regionale, nel rispetto della relativa programmazione regionale;

considerato inoltre che, per la corretta applicazione di quanto previsto dalla gara centralizzata regionale esperita dalla società di committenza SCR Piemonte S.p.A., è necessario definire ulteriori dettagli organizzativi a sostegno dell'attività delle ASL;

constatata, pertanto, l'esigenza di adottare un nuovo atto di indirizzo che recepisca e integri i citati provvedimenti sinora adottati e, in particolare, le "Linee di indirizzo sulla prescrizione a carico del Servizio Sanitario Regionale di ausili per assorbenza", allegate alla sopra citata DGR n. 20-891 del 12.01.2015, al fine di assicurare uniformità di trattamento sul territorio regionale;

preso atto del favorevole riscontro rispetto alla proposta di revisione delle attuali Linee di indirizzo sulla prescrizione a carico del Servizio Sanitario Regionale di ausili per assorbenza espresso da:

- Associazioni in rappresentanza di persone con difficoltà (*CPD Consulta per le Persone in Difficoltà*, *FISH Piemonte*, *Coordinamento Para-tetraplegici del Piemonte*);
- Commissione Regionale per la Incontinenza urinaria;
- Comitato Regionale ex art. 24 ACN 23/03/05 s.m.i. Medicina Generale e Pediatria;
- Punti di erogazione (*FEDERFARMA-Piemonte*, *ASSOFARM Piemonte*, *CIDOS*, *Assortopedia*);

stabilito, che le disposizioni approvate con il presente atto deliberativo saranno applicate nelle Aziende Sanitarie Locali contestualmente all'attuazione da parte di ogni singola Azienda, sulla base di un cronoprogramma definito dalla Regione Piemonte, della nuova modalità di acquisto ed erogazione riportata nel documento allegato alla presente deliberazione e che le modalità in atto nelle singole Aziende saranno mantenute fino al momento dell'attuazione da parte delle medesime, delle nuove modalità;

dato atto, infine, che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi in quanto l'attuazione della medesima trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle Aziende sanitarie con gli atti di riparto del Fondo Sanitario;

tutto ciò premesso, condividendo le argomentazioni del relatore,

visto il DPCM 12 gennaio 2017;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17.10.2016;

la Giunta regionale, a voti unanimi,

*delibera*

- di approvare, in attuazione di quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 in tema di Ausili assorbenti, il documento, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, recante "Nuove Linee di indirizzo sulla prescrizione a carico del servizio sanitario nazionale di ausili per l'assorbente, con relativa modulistica per la prescrizione;
- di prevedere che le disposizioni approvate con il presente atto deliberativo saranno applicate nelle Aziende Sanitarie Locali all'attuazione da parte di ogni singola Azienda sulla base di un cronoprogramma definito dalla Regione Piemonte delle nuove modalità di acquisto ed erogazione riportate nel documento allegato alla presente deliberazione;
- di prevedere che le modalità attualmente in atto nelle singole Aziende saranno mantenute fino al momento dell'attuazione da parte delle medesime delle modalità di erogazione di cui alla presente deliberazione, conformemente al cronoprogramma regionale;
- di dare mandato al competente Settore della Direzione Sanità di definire gli ulteriori atti necessari all'attuazione da parte delle ASL, mediante un cronoprogramma e un calendario coerente con le implementazioni organizzative necessarie, nonché di provvedere all'eventuale aggiornamento della modulistica approvata con la presente deliberazione;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi in quanto l'attuazione del medesimo trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle Aziende sanitarie con gli atti di riparto del Fondo Sanitario.

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

(omissis)

Allegato





## NUOVE LINEE DI INDIRIZZO SULLA PRESCRIZIONE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DI AUSILI PER L'ASSORBENZA

### Premessa

Le Linee di indirizzo per la prescrizione di ausili per l'assorbenza sono state approvate in Piemonte con la DGR n. 20-891 del 12 gennaio 2015.

In questi anni di attività, è emersa l'esigenza di integrarle e di modificare alcune procedure, in conformità a quanto definito dalla Regione Piemonte a seguito della procedura pubblica di acquisto centralizzata esperita tramite la Società di Committenza Regionale (Gara 26-2016) e a seguito delle novità introdotte dal DPCM del 12 gennaio 2017 in tema di erogazione degli ausili assorbenti.

Le implementazioni riportate nel presente documento sono state condivise con:

-  Commissione Regionale per l'incontinenza urinaria, istituita con DGR n. 40-12566 del 24/05/2004, Comitato Regionale ex art. 24 ACN 23/03/05 s.m.i. Medicina Generale e Pediatria
-  Associazioni di categoria dei Tecnici Ortopedici (CIDOS, Assortopedia)
-  Associazioni di categoria dei Farmacisti convenzionati: Federfarma Piemonte e Assofarm Piemonte
-  Associazioni in rappresentanza dei pazienti e dei care-giver: CPD, FISH. CP

### Prodotti per l'assorbenza prescrivibili a carico del SSN:

Gli ausili assorbenti previsti dal DM 332/99 erano rappresentati da 12 articoli, identificati da descrizioni specifiche e ricondotti a codici ISO, come risulta nella tabella 1. Nella tabella sono anche riportati i quantitativi mensili massimi erogabili previsti dal suddetto decreto.

PRODOTTO	FORMATO	CODICE ISO	QUANTITATIVI MASSIMI MENSILI CONCEDIBILI
pannolone a mutandina	grande	09.30.04.003	120
	medio	09.30.04.006	120
	piccolo	09.30.04.009	120
pannolone sagomato	grande	09.30.04.012	120
	medio	09.30.04.015	120
	piccolo	09.30.04.018	120
pannolone rettangolare	unico	09.30.04.021	150
mutandina elasticizzata riutilizzabile per supporto e fissaggio assorbenti	grande	09.30.09.003	3
	medio	09.30.09.006	3
	piccolo	09.30.09.009	3
traversa salvamaterasso rimboccabile	80 x 180 cm	18.12.15.003	120
traversa salvamaterasso non rimboccabile	60 x 90 cm	18.12.15.006	120

Tab.1: Elenco dei dispositivi assorbenti erogabili, ex DM 332/99

La Regione Piemonte ha, da tempo, evidenziato la necessità di integrare tale elenco di ausili con dispositivi aventi caratteristiche aggiuntive a quelle base previste dalla normativa nazionale, accogliendo le esigenze dei propri assistiti.

Pertanto, nel corso degli anni sono state realizzate diverse integrazioni, arrivando a definire con DGR n. 20-891 del 12 gennaio 2015 i prodotti prescrivibili riportati nella tabella 2. Anche per i prodotti resi erogabili dalla Regione Piemonte sono stati identificati codici ISO e descrizioni specifiche. Inoltre, è stato definito il numero di pezzi massimi erogabili, come riportato in tabella 2, sulla base del tariffario regionale (DGR n. 60-2806 del 9/5/2006 e nota prot. n. 3219/A14030 del 17/2/2015) e sulla base di quanto previsto dal DM 332/99 (“l’importo massimo di spesa autorizzabile non può superare quello riferito al codice 09.30.04.003”).

PRODOTTO	FORMATO	CODICE ISO	QUANTITATIVI MASSIMI MENSILI CONCEDIBILI
pannolone a mutandina	grande	09.30.04.003	120
	medio	09.30.04.006	120
	piccolo	09.30.04.009	120
pannolone sagomato	grande	09.30.04.012	120
	medio	09.30.04.015	120
	piccolo	09.30.04.018	120
pannolone rettangolare	unico	09.30.04.021	150
mutandina elasticizzata riutilizzabile per supporto e fissaggio assorbenti	grande	09.30.09.003	3
	medio	09.30.09.006	3
	piccolo	09.30.09.009	3
traversa salvamaterasso rimboccabile	80 x 180 cm	18.12.15.003	120
traversa salvamaterasso non rimboccabile	60 x 90 cm	18.12.15.006	120
pannolone a mutandina ad elevato potere assorbente	grande	09.30.04.058	80
	medio	09.30.04.056	90
pannolone a mutandina ad elevato potere assorbente supermax	grande	09.30.04.054	75
	medio	09.30.04.053	75
pannolone a mutandina traspirante	grande	09.30.04.068	90
	medio	09.30.04.066	90
	piccolo	09.30.04.067	90
pannolone a mutandina con sistema di fissaggio integrato a cintura	grande	09.30.04.042	80
	medio	09.30.04.040	90
	piccolo	09.30.04.043	120
pannolone a mutandina con sistema di fissaggio integrato a cintura ad elevata assorbenza	grande	09.30.04.069	70
	medio	09.30.04.070	80
	piccolo	09.30.04.072	90
mutandina assorbente per incontinenza leggera	grande	09.30.04.032	50
	medio	09.30.04.030	60
	piccolo	09.30.04.031	80
mutandina assorbente per incontinenza medio grave	grande	09.30.04.038	4
	medio	09.30.04.036	42
	piccolo	09.30.04.034	42
mutandina assorbente per incontinenza grave	grande	09.30.04.039	36
	medio	09.30.04.037	36
	piccolo	09.30.04.035	36
pannolone sagomato traspirante	grande	09.30.04.064	120
	medio	09.30.04.062	120
	piccolo	09.30.04.060	120
pannolone sagomato per incontinenza leggera donna	grande	09.30.04.048	120
	medio	09.30.04.046	120
	piccolo	09.30.04.044	120
pannolone sagomato per incontinenza leggera uomo	medio	09.30.04.052	120
pannolone sagomato per incontinenza leggera uomo	piccolo	09.30.04.050	120

Tab. 2: Elenco dispositivi assorbenti erogabili, Regione Piemonte

Nel 2016 la Società di Committenza Regionale, su incarico della Regione Piemonte, ha espletato una procedura pubblica di acquisto per la fornitura di ausili per incontinenza (Gara 26-2016). A tal fine, 1) sono stati definiti lotti contenenti gli ausili maggiormente utilizzati dagli assistiti, sulla base dei dati forniti dalle singole Aziende; 2) è stata richiesta la disponibilità a fornire prodotti idonei a pazienti obesi; 3) sono stati previsti anche dispositivi necessari nell'età pediatrica, fino a quel momento non individuati da alcun atto, né a livello nazionale, né a livello regionale. Inoltre, si è preso atto della presenza nelle direttive regionali di descrizioni e codici ISO sovrapponibili, che non identificavano, cioè, prodotti sostanzialmente differenti.

Nella tabella 3 sono riportati i lotti inseriti nella convenzione SCR.

	<i>Lotto</i>	<i>Descrizione</i>
<b>Fabbisogni pazienti Assistiti</b>	1	<i>Pannoloni a mutandina</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei pazienti Assistiti sul territorio piemontese
	2	<i>Pannoloni sagomati/rettangolari e relativi supporti e fissaggi</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei pazienti Assistiti sul territorio piemontese
	3	<i>Mutandine assorbenti</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei pazienti Assistiti sul territorio piemontese
	4	<i>Pannoloni a mutandina con sistema di fissaggio integrato a cintura</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei pazienti Assistiti sul territorio piemontese
	5	<i>Traverse</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei pazienti Assistiti sul territorio piemontese
	6	<i>Pannolini a mutandina</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei pazienti Assistiti pediatrici sul territorio piemontese
<b>Fabbisogni pazienti ricoverati</b>	7	<i>Ausili monouso per incontinenza</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei <b>pazienti adulti</b> ricoverati a) presso presidi ospedalieri b) in residenze sanitarie assistite pubbliche o private convenzionate piemontesi
	8	<i>Pannolini a mutandina</i> destinati al soddisfacimento dei fabbisogni dei <b>pazienti pediatrici</b> ricoverati presso i presidi ospedalieri piemontesi

Tab. 3: Elenco lotti presenti nella convenzione SCR, Regione Piemonte

Il DPCM del gennaio 2017 ha, a sua volta, introdotto alcune modificazioni, sia ai prodotti erogabili che ai quantitativi ammessi.

Occorre evidenziare che nel nuovo DPCM sono previsti codici ISO generali, per tipologia di prodotto, che prevedono, nelle descrizioni a loro associate, caratteristiche corrispondenti a tipologia già erogabili in Regione Piemonte con atti precedenti.

Per tale motivo, oltre ad utilizzare i 20 codici ISO previsti dal suddetto atto, sono stati definiti codici ISO che accolgano le specifiche caratteristiche. Pertanto, risultano essere 43 i codici ISO erogabili ai sensi del DPCM, derivanti dal confronto delle descrizioni presenti nel DPCM stesso (Allegato 2 – Ausili monouso) e quelle dei presidi erogabili ai sensi della DGR n. 60-2806 del 9/5/2006.

A questi 43 codici ISO, vanno aggiunti due ulteriori prodotti destinati ai bambini, poiché la Regione Piemonte ha previsto la possibilità di erogare presidi assorbenti a bambini di peso inferiore ai 7 chili

e superiore ai 22 chili (che sono i due limiti riportati nel DPCM). Tali prodotti, riconducibili a dispositivi previsti dal DPCM, sono erogabili nel numero di pezzi previsti per la classe di dispositivi a cui sono riconducibili.

I dispositivi per bambini sono erogabili a partire dai 2 anni di età.

**Poiché è necessario recepire le modificazioni apportate a seguito dell'attivazione della procedura pubblica di acquisto tramite la Società di Committenza Regionale e del citato DPCM, mantenendo altresì gli attuali livelli qualitativi di assistenza ai pazienti con problematiche di incontinenza, l'elenco dei presidi assorbenti erogabili a carico del SSN nella Regione Piemonte viene definito secondo quanto riportato nella tabella 4.**

La tabella comprende:

1. i codici ISO definiti sulla base delle descrizioni prodotti riportati nel DPCM 12 gennaio 2017
2. i codici ISO attribuiti a prodotti resi erogabili perché offerti nella gara regionale
3. i codici ISO di prodotti che, pur essendo diversi da quelli aggiudicati nella gara regionale, risultano erogabili in deroga, al fine di mantenere inalterato il livello assistenziale ad oggi garantito.

L'erogazione di questi ultimi dispositivi, attualmente non oggetto di gara, verrà attentamente monitorata con l'obiettivo di valutare l'eventuale necessità di attivare una nuova procedura di gara per il loro acquisto.

In tale tabella sono riportati i codici ISO ex DM 332/99 ed i nuovi codici ex DPCM 12 gennaio 2017, da utilizzare sia al momento della prescrizione che per le autorizzazioni, a partire dalla data di attivazione da parte delle singole ASL della modalità di erogazione tramite procedura pubblica di acquisto esperita da SCR Piemonte spa.

PRODOTTO	FORMATO	CODICE ISO Ex DM 332/99	PRECEDENTI QUANTITATIVI MASSIMI MENSILI CONCEDIBILI	CODICE ISO Ex DPCM 01/2017	NUOVI QUANTITATIVI MASSIMI MENSILI CONCEDIBILI	OFFERTO IN GARA
pannolone a mutandina	extra-grande			09.30.21.002	120	SI
	grande	09.30.04.003	120	09.30.21.003	120	SI
	medio	09.30.04.006	120	09.30.21.006	120	SI
	piccolo	09.30.04.009	120	09.30.21.009	120	SI
pannolone sagomato	extra-grande			09.30.18.047	120	SI
	grande	09.30.04.012	120	09.30.18.048	120	SI
	medio	09.30.04.015	120	09.30.18.051	120	SI
	piccolo	09.30.04.018	120	09.30.18.054	120	SI
pannolone rettangolare	unico	09.30.04.021	150	09.30.04.060	150	SI
mutandina elasticizzata riutilizzabile per supporto e fissaggio assorbenti	extra-grande			09.30.39.003	3	SI
	grande	09.30.09.003	3	09.30.39.006	3	SI
	medio	09.30.09.006	3	09.30.39.009	3	SI
	piccolo	09.30.09.009	3	09.30.39.012	3	SI
traversa salvamaterasso rimboccabile	80 x 180 cm	18.12.15.003	120	09.30.42.003	120	SI
traversa salvamaterasso non rimboccabile	60 x 90 cm	18.12.15.006	120	09.30.42.006	120	SI
pannolone a mutandina ad elevato potere assorbente	extra-grande			09.30.21.018	120	SI
	grande	09.30.04.058	80	09.30.21.019	120	SI
	medio	09.30.04.056	90	09.30.21.020	120	SI
pannolone a mutandina traspirante	grande	09.30.04.068	90	09.30.21.024	120	SI
	medio	09.30.04.066	90	09.30.21.025	120	SI
	piccolo	09.30.04.067	90	09.30.21.026	120	No
pannolone a mutandina con sistema di fissaggio integrato a cintura	grande	09.30.04.042	80	09.30.21.027	120	SI
	medio	09.30.04.040	90	09.30.21.028	120	SI
	piccolo	09.30.04.043	120	09.30.21.029	120	No
pannolone a mutandina con sistema di fissaggio integrato a cintura ad elevata assorbenza	grande	09.30.04.069	70	09.30.21.012	120	SI
	medio	09.30.04.070	80	09.30.21.015	120	SI
	piccolo	09.30.04.072	90	09.30.21.018	120	No
mutandina assorbente per incontinenza leggera	grande	09.30.04.032	50	09.30.24.066	120	SI
	medio	09.30.04.030	60	09.30.24.067	120	SI
	piccolo	09.30.04.031	80	09.30.24.068	120	No
mutandina assorbente per incontinenza medio grave	grande	09.30.04.038	42	09.30.24.069	120	SI
	medio	09.30.04.036	42	09.30.24.070	120	SI
	piccolo	09.30.04.034	42	09.30.24.071	120	No
mutandina assorbente per incontinenza grave	grande	09.30.04.039	36	09.30.24.063	120	No
	medio	09.30.04.037	36	09.30.24.064	120	No
	piccolo	09.30.04.035	36	09.30.24.065	120	No
pannolone sagomato traspirante elevata assorbenza	extra-grande			09.30.18.056	120	SI
	extra-grande			09.30.18.055	120	SI
pannolone sagomato traspirante	grande	09.30.04.064	120	09.30.18.059	120	SI
	medio	09.30.04.062	120	09.30.18.060	120	SI
	piccolo	09.30.04.060	120	09.30.18.061	120	SI
	grande	09.30.04.048	120	09.30.18.062	120	SI
pannolone sagomato per incontinenza leggera donna	medio	09.30.04.046	120	09.30.18.063	120	SI
	piccolo	09.30.04.044	120	09.30.18.064	120	SI
	medio	09.30.04.052	120	09.30.18.057	120	SI
pannolone sagomato per incontinenza leggera uomo	piccolo	09.30.04.050	120	09.30.18.058	120	SI
pannolino a mutandina per bambini	4-9 KG circa	09.30.04.009 (ricongducibile)		09.30.12.041	120	SI
	7-18 KG circa	09.30.04.009 (ricongducibile)		09.30.12.042	120	SI
	11-25 KG circa	09.30.04.009 (ricongducibile)		09.30.12.045	120	SI
	15-30 KG circa	09.30.04.009 (ricongducibile)		09.30.12.046	120	SI

Tab. 4: Prodotti assorbenti erogabili, Regione Piemonte



#### Modalità di erogazione:

Già con il precedente DM 332/99, per i presidi per assorbenza, facenti parte dell'Elenco 2 del suddetto decreto, era prevista l'erogazione tramite stipula di contratti con i fornitori aggiudicatari di procedure pubbliche di acquisto (art. 3, c. 4).

La mancata realizzazione di una procedura centralizzata ha determinato un quadro disomogeneo nel territorio della Regione, creando modalità difformi di presa in carico da parte delle varie ASL e livelli diversi di *customer satisfaction*. Inoltre, le diverse scelte attuate dalle ASL hanno determinato nella popolazione necessità disomogenee di integrazione "out-of-pocket".

Il DPCM 12 gennaio 2017 ha ribadito nell'Allegato 11, art. 1, c. 3 il compito delle Regioni di stipulare contratti con i soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto. Al medesimo punto, il DPCM raccomanda di applicare criteri che garantiscano: qualità delle forniture, capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.

**Poiché il capitolato tecnico alla base della Gara regionale effettuata da SCR Piemonte e la sperimentazione della modalità della distribuzione per conto (DPC) sul territorio garantiscono il rispetto tali criteri, la Regione Piemonte dispone l'erogazione dei prodotti assorbenti per l'incontinenza tramite gara centralizzata, prevedendo in deroga a tale modalità la gestione di particolari situazioni cliniche, dettagliate in altro paragrafo del presente documento.**

Le modalità di erogazione (classificazione dell'incontinenza urinaria, classi di prescrivibilità, modalità prescrittive, ecc.) sono esplicitate nei paragrafi successivi.

Condizione particolare è rappresentata dagli ospiti di strutture per pazienti anziani non autosufficienti. Viste le particolari condizioni di fragilità, gli elevati bisogni assistenziali, le stesse esigenze organizzative degli operatori responsabili dell'assistenza, la Regione Piemonte conferma quanto già previsto dalla DGR n. 85-6287 del 2.08.2013 "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012", che, all'allegato A, al punto 1.5, prevede, fra l'altro, che "...la fornitura di protesi ed ortesi, previste dagli Elenchi 1, 2 (esclusi quelli espressamente previsti dal presente provvedimento) e 3 del D.M. 332/99 è garantita dalle A.S.L. di residenza degli ospiti, sia per gli ospiti in regime di convenzione sia in regime privato, secondo le disposizioni delle vigenti normative e dell'organizzazione delle singole ASL", prevedendo, anche nel capitolato tecnico alla base della gara regionale nel lotto riservato ai pazienti adulti ricoverati, l'erogazione degli ausili necessari agli ospiti delle residenze sanitarie assistite.

Per semplificare le modalità di approvvigionamento, a parziale modifica di quanto a suo tempo previsto dalla DGR n. 85-6287 del 2.08.2013, le singole strutture per pazienti anziani non autosufficienti dovranno avere un solo riferimento per la valutazione dei fabbisogni necessari ai propri ospiti, indipendentemente dalla loro ASL di residenza.

**Pertanto, la fornitura di presidi assorbenti per tutte le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) per anziani non autosufficienti con sede di attività nel territorio della Regione Piemonte, con posti letto da essa autorizzati, verrà assicurata attraverso il ricorso alla procedura unica di acquisto attivata dalla società di committenza regionale.**

La fornitura diretta tramite gara di presidi assorbenti è garantita per tutti gli ospiti, inseriti privatamente o in convenzione, in modalità definitiva o temporanea per periodi superiori ai 30 giorni, che siano residenti nel territorio della Regione Piemonte. Ogni struttura farà riferimento, per l'approvvigionamento, alla ASL di competenza territoriale.

### Classi di prescrivibilità dell'assorbenza:

Dal gennaio 2015, la Regione Piemonte sta utilizzando un metodo di classificazione dell'incontinenza in livelli di gravità, definiti sia in base all'entità delle perdite urinarie, sia in base alla loro frequenza (DGR n. 20-891 del 12/01/2015).

Nella suddetta DGR a ogni livello di gravità erano associati i relativi tetti massimi di prescrivibilità, come di seguito riportato:

Lieve: tetto massimo corrispondente al costo di 30 sagomati piccoli al mese

Media: tetto massimo corrispondente al costo di 60 sagomati piccoli al mese

Grave: tetto massimo corrispondente al costo di 90 sagomati grandi al mese

Gravissima: tetto massimo corrispondente al costo di 120 pannoloni a mutandina grandi al mese

Nella DGR n. 20-891 del 12/01/2015 veniva anche proposto un modulo di prescrizione da utilizzare su tutto il territorio regionale.

La DGR n. 44-2745 del 29/12/2015 integrava il precedente atto,

- prevedendo la possibilità di erogare i prodotti anche a pazienti affetti esclusivamente da incontinenza fecale (non definendo però i quantitativi massimi erogabili);
- confermando la possibilità di utilizzare, nel rispetto del tetto massimo per lo specifico grado di incontinenza, le varie tipologie di ausili;
- lasciando invariate le disposizioni della DGR n. 43-1979 del 29 aprile 2011 per l'istituto dell'Extratariffario, previsto fino ad un tetto massimo definito da 180 pannoloni mutandina taglia grande al mese, solo per i soggetti con classe di incontinenza "gravissima";
- definendo il modello prescrittivo da utilizzare, lasciando, però, l'opportunità di utilizzare altra modulistica in caso di prescrizione in regime di extra-tariffario.

Con il presente documento si provvede a fornire i tetti massimi autorizzabili per tutte quelle condizioni cliniche per le quali, in attesa di altri provvedimenti, non era stato definito alcun tetto.

Inoltre, con il presente atto si provvede a ridefinire il valore delle forniture per le varie classi di gravità, parametrare ai prezzi definiti dalla procedura pubblica di acquisto regionale.

Infatti, la procedura regionale ha ottenuto percentuali di sconto rispetto al tariffario regionale attualmente in vigore molto diversificate per i singoli articoli.

La percentuale di sconto varia da un minimo del 49% ad un massimo dell'86% rispetto al tariffario regionale ex DGR n. 32-11942 del 8.03.2004, DGR 60-2806 del 9/05/2006, nota della Direzione Sanità, prot. n. 3219 del 17.02.2015.

Gli sconti ottenuti per gli articoli utilizzati nella definizione dei tetti di spesa massimi erogabili sono tali da limitare notevolmente l'integrazione fra i vari modelli disponibili. La possibilità di individuazione dei dispositivi necessari agli assistiti sarebbe, pertanto, notevolmente inficiata.

E' stata richiesta la collaborazione della Commissione regionale per l'incontinenza urinaria, affinché definisse kit di riferimento per ogni classe di gravità, tenendo conto dei bisogni dei pazienti.

A tali kit proposti dal gruppo di specialisti sono stati applicati successivamente i prezzi da gara, arrivando a definire i nuovi tetti massimi autorizzabili, valutando il miglior rapporto fra possibili presidi necessari per quella classe di gravità e costi effettivi.

**Pertanto, i nuovi tetti di riferimento per i diversi livelli di gravità risultano quelli riportati nella tabella sottostante.**

	RIFERIMENTO DESCRIZIONE	RIFERIMENTO CODICE ISO DPCM 2017	IMPORTO UNITARIO	N° PEZZI/DIE	COSTO TOT MESE	TOTALE MESE PER CLASSE	TOTALE MESE PER CLASSE ARROTONDATO
<b>GRAVISSIMA</b>	PANNOLONE MUTANDINA AD ELEVATO POTERE ASSORBENTE TG GRANDE	09.30.21.018	€ 0,2808	1	€ 8,4240	<b>€ 28,65</b>	<b>€ 29,00</b>
	PANNOLONE MUTANDINA TG. GRANDE	09.30.21.003	€ 0,1872	3	€ 16,8480		
	TRAVERSA SALVAMATERASSO NON RIMBOCCABILE	09.30.42.006	€ 0,1127	1	€ 3,3810		
<b>GRAVE</b>	PANNOLONE MUTANDINA TG. GRANDE	09.30.21.003	€ 0,1872	1	€ 5,6160	<b>€ 19,77</b>	<b>€ 20,00</b>
	PANNOLONE SAGOMATO GRANDE	09.30.18.048	€ 0,1640	2	€ 9,8400		
	MUTANDINA ELASTICIZZATA RIUTILIZZABILE TG. PICCOLA	09.30.39.012	€ 0,3100	0,1	€ 0,9300		
	TRAVERSA SALVAMATERASSO NON RIMBOCCABILE	09.30.42.006	€ 0,1127	1	€ 3,3810		
<b>MEDIA</b>	PANNOLONE SAGOMATO MEDIO	09.30.18.051	€ 0,1450	3	€ 13,0500	<b>€ 13,05</b>	<b>€ 13,50</b>
<b>LIEVE</b>	PANNOLONE SAGOMATO PER INCONTINENZA LEGGERA UOMO	09.30.18.058	€ 0,0940	2	€ 5,6400	<b>€ 5,64</b>	<b>€ 6,00</b>
<b>1) PZT CATETERIZZATO 2) PZT CON SOLA INCONTINENZA FECALE 3) PZT ENTERO-UROSTOMIZZATO</b>	PANNOLONE MUTANDINA TG GRANDE	09.30.21.003	€ 0,1872	2	€ 11,2320	<b>€ 14,61</b>	<b>€ 15,00</b>
	TRAVERSA SALVAMATERASSO NON RIMBOCCABILE	09.30.42.006	€ 0,1127	1	€ 3,3810		
<b>1) MEDULLOLESI 2) PZT AFFETTO DA SPINA BIFIDA ex DGR 60-2806 del 9/5/2006</b>	MUTANDINA ASSORBENTE PER INCONTINENZA MEDIO-GRAVE	09.30.24.069	€ 0,3100	4	€ 37,2000	<b>€ 37,20</b>	<b>€ 37,50</b>

Tabella 5: Classi di gravità e importi massimi autorizzabili

#### Modalità prescrittive:

La DGR n. 43-1979 del 29.04.2011 sanciva la possibilità per tutti i MMG e i PLS di prescrivere dispositivi assorbenti.

Il DPCM 12 gennaio 2017, all'art. 11, comma 2 prevede che le prestazioni che comportano la fornitura di dispositivi monouso di cui all'allegato 2, comprendente i dispositivi assorbenti, siano erogate su prescrizione del medico specialista. È fatta salva la possibilità di individuare modalità con le quali le prescrizioni siano consentite ai MMG/PLS ed ai medici dei servizi territoriali.

Considerati gli attuali ambiti organizzativi della Regione Piemonte, è necessario prevedere la possibilità di prescrivere ausili per la gestione dell'incontinenza, per pazienti in fase di dimissione, anche da parte di:

- strutture private accreditate
- medici operanti in CAVS

**Pertanto, la Regione Piemonte definisce due modelli prescrittivi, allegati al presente documento, che saranno gli unici utilizzabili su tutto il territorio della Regione:**

#### MODELLO SEMPLIFICATO:

Utilizzabile esclusivamente da:

- MMG/PLS
- Medici dei Centri ISI
- Medici operanti in casa di cura privata accreditata o in CAVS, per pazienti in fase di dimissione e con piani terapeutici che avranno una durata massima di 3 mesi.

Tale modello prevede l'identificazione della classe di gravità del paziente.

Sulla base di tale modello prescrittivo, la ASL di residenza del paziente potrà rilasciare autorizzazioni di importo massimo previsto dalla tabella 5 del presente documento.

Il paziente o il care-giver, sulla base della autorizzazione rilasciata, potrà definire, presso il punto di erogazione da lui scelto, con il supporto di operatore sanitario, il dettaglio del fabbisogno mensile, identificando i dispositivi fra quelli presenti nell'offerta di gara regionale, nel rispetto dei tetti massimi previsti dalla sua classe di gravità e dal DPCM 12 gennaio 2017.

#### MODELLO AVANZATO:

Utilizzabile obbligatoriamente dagli specialisti di struttura pubblica o di presidio ex art. 43 L. 833/1978, competenti per la gestione dell'incontinenza, identificabili in: urologi, geriatri (solo per pazienti di competenza geriatrica), ginecologi, neurologi, neuropsichiatri infantili (solo per pazienti in età pediatrica), fisiatri, gastroenterologi e chirurghi (generali o specializzati in branche competenti per problematica). Queste due ultime specialità potranno redigere piani terapeutici solo per pazienti affetti esclusivamente da incontinenza fecale.

Inoltre, il modello avanzato potrà essere utilizzato anche dai MMG/PLS, dai medici dei Centri ISI, dai medici operanti in casa di cura privata accreditata o in CAVS (in questi due ultimi casi solo per pazienti in fase di dimissione e per la durata massima di 3 mesi), qualora ritengano di dover dettagliare le loro indicazioni oltre l'identificazione della classe di gravità.

Il modello avanzato prevede l'obbligo di completare la parte di prescrizione con identificazione dei modelli necessari al paziente. Nel caso di regola, in cui la prescrizione preveda la fornitura di prodotti acquistati tramite la procedura centralizzata, è sufficiente identificare il codice ISO e il quantitativo necessario al paziente. La prescrizione dovrà rispettare i quantitativi previsti dalla classe di gravità e i tetti massimi prescrivibili ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, salvo che non si tratti di una prescrizione in regime di extra-tariffario (cfr. paragrafo successivo). Al fine di agevolare in medici nella prescrizione, le procedure informatizzate, in uso presso le ASL addette alla autorizzazione, permetteranno l'eventuale correzione nel caso in cui la prescrizione superasse tali tetti massimi.

Lo specialista prescrittore avrà l'obbligo di specificare se la sua prescrizione debba intendersi o meno "modulabile", cioè se la sua prescrizione abbia l'obiettivo di aiutare il paziente o il suo care-giver ad identificare i dispositivi ritenuti maggiormente appropriati dal medico per la gestione della sua problematica, ma che la stessa possa essere modificata dal paziente presso il punto di erogazione, senza modificare l'importo autorizzato, definito dalla prescrizione dello specialista.

Nel caso in cui lo specialista non fornisca indicazioni a riguardo, la sua prescrizione verrà intesa come "non modulabile".

Le prescrizioni dei MMG/PLS, dei medici di sportelli ISI, dei medici operanti presso case di cura private accreditate o presso CAVS, saranno comunque intese come "modulabili".

**Per tutti i dispositivi assorbenti urina, il tetto massimo prescrivibile è quello previsto dalla classe di gravità di appartenenza, con la possibilità di integrare i vari modelli, ciascuno nel tetto massimo prescrivibile previsto dal DPCM 12/01/2017 all'allegato 2 "Ausili monouso", sintetizzato nella tabella 4.**

Il costante monitoraggio realizzato a livello regionale verificherà l'appropriato utilizzo delle classi di gravità, mettendo in relazione i dispositivi utilizzati dai pazienti con le classi di gravità.

### Prescrizioni in regime di extra-tariffario:

Le forniture in regime di extra-tariffario per i presidi assorbenti, cioè quantitativamente superiori ai tetti massimi previsti dalla classe di gravità, sono state disciplinate a partire dalla DGR n. 143-14242 del 25.11.1996 e determinazioni dirigenziali successive.

Le note regionali prot. n. 37149 e n. 37150 del 19/11/2008 specificavano che l'importo massimo erogabile in regime di extra-tariffario era pari a quello corrispondente a 6 pannoloni mutandina taglia grande/die, rispetto al tetto massimo di 4 pannoloni/die previsto dal DM 332/99, precisando che la prescrizione fosse possibile solo nel caso di utilizzo di dispositivi previsti dal DM 332/99 e non di dispositivi previsti da atti regionali successivi. Inoltre, si individuavano i quadri clinici beneficiari di tale opportunità: medullosesi, pazienti affetti da vescica neurologica, pazienti affetti da patologie neoplastiche.

Tale procedura viene confermata dalla DGR n. 43-1979 del 29.04.2011.

A seguito dell'applicazione della prescrizione in base a classi di gravità, è stato ulteriormente specificato che la prescrizione in regime di extra-tariffario era riservata ai pazienti con classe di incontinenza "gravissima" (nota prot. n. 3219 del 17.02.2015).

Dalla pratica clinica, si è potuto evidenziare che l'attuale tetto di spesa previsto per il regime extratariffario per pazienti in particolari condizioni cliniche spesso non si rivela sufficiente, se le necessità cliniche sono tali da richiedere un significativo aumento della quantità autorizzata.

**Si ritiene, pertanto, necessario mantenere la possibilità di prescrivere una fornitura in extra-tariffario da un punto di vista quantitativo per i pazienti di classe Gravissima, Incontinenza fecale/cateterizzati/entero-urostomizzati o per pazienti medullosesi/spina bifida quando sussistano le seguenti condizioni: 1) la prescrizione sia redatta da specialista di struttura pubblica o di presidio ex art. 43 della L. 833/1978; 2) la prescrizione sia 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; 3) la prescrizione abbia validità massima annuale, poiché si tratta di situazioni cliniche soggette a variazioni e necessitanti, comunque, di uno stretto monitoraggio clinico della problematica.**

**Solo per quadri clinici particolari (incontinenza legata a deficit gravi, con assenza totale e permanente di controllo sfinterico e senza necessità di monitoraggio clinico per rischio di infezioni) è ammesso un piano terapeutico senza scadenza, sempre su specifica indicazione dello specialista prescrittore.**

Tutte le prescrizioni in regime di extra-tariffario dovranno essere prescritte in dettaglio, senza possibilità di modulare la fornitura e con quantitativi coerenti alle necessità descritte nella relazione clinica, fornendo gli elementi utili alla valutazione.

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

Contestualmente all'attuazione della modalità di erogazione in Distribuzione Per Conto (DPC), sarà compito delle singole ASL identificare i propri assistiti che risultano avere attiva una prescrizione in regime di extra-tariffario sulla base delle precedenti disposizioni regionali. A questi assistiti dovrà essere richiesto l'aggiornamento della prescrizione sulla base della nuova modalità sopra descritta; a tal proposito, le Aziende dovranno prevedere un tempo congruo per permettere la presentazione della

documentazione necessaria. Nell'attesa che venga presentata tale documentazione, verrà comunque garantito il rilascio di autorizzazioni con i quantitativi previsti dalla precedente prescrizione e gli ausili necessari verranno forniti in modalità DPC.

Se entro il termine massimo previsto dalla ASL, la documentazione non venisse presentata, gli assistiti passeranno automaticamente nella classe di incontinenza "gravissima".

Attraverso il costante monitoraggio realizzato a livello aziendale e regionale verrà verificato l'appropriato utilizzo dell'istituto dell'extra-tariffario.

Forniture di prodotti differenti rispetto a quelli aggiudicati nella gara regionale:

Come già indicato, la fornitura di prodotti assorbenti è garantita per tutti i cittadini residenti nella Regione Piemonte sulla base delle modalità identificate nel presente documento.

**Poiché particolari condizioni possono comportare una maggiore necessità di personalizzazione nella scelta del dispositivo più adeguato ai fabbisogni clinici, assistenziali e sociali del paziente, si ritiene utile prevedere la possibilità di autorizzare forniture di prodotti differenti rispetto a quelli aggiudicati nella gara regionale (d'ora in poi, definite "in deroga") per pazienti di età inferiore a 65 anni, con invalidità accertata al 100%, con classe di gravità di incontinenza massima, per i quali uno specialista di struttura pubblica o specialista di presidio ex art. 43, competente per problematica clinica abbia individuato come indispensabile un dispositivo diverso, per ditta produttrice o perché non offerto dalla gara.**

Il Medico specialista di struttura pubblica o di presidio ex art. 43 può redigere per gli assistiti che rientrano in tali condizioni un piano terapeutico che riporti il dettaglio dei fabbisogni e l'evidenziazione della necessità della fornitura "in deroga". Lo specialista avrà cura di specificare il prodotto ritenuto necessario per il proprio paziente, dettagliandone la ditta fornitrice ed i quantitativi esatti, specificando inoltre se si tratta di richieste in regime di extra-tariffario.

In tal caso, dovrà motivare anche la richiesta di un quantitativo superiore, come previsto al paragrafo "Prescrizioni in regime di extra-tariffario".

L'obbligo di identificare la ditta produttrice è superabile solo nel caso in cui la prescrizione "in deroga" sia relativa a dispositivi non offerti dalla gara, individuabili nella tabella 4.

Anche nel caso di forniture "in deroga", se la condizione clinica che ha definito la necessità è stabilizzata, l'accertamento non prevede rinnovo periodico.

Nelle fasi di attuazione della modalità di erogazione in regime Distribuzione Per Conto (DPC), sarà compito delle singole ASL identificare gli assistiti che rientrano in tali categorie e proporre loro tale eventualità, definendo un tempo congruo per permettere la presentazione della documentazione necessaria. Nell'attesa che venga presentata la documentazione necessaria verrà comunque garantito il rilascio di autorizzazioni "in deroga".

Se entro il termine massimo previsto dalla ASL, la documentazione non venisse presentata, gli assistiti passeranno automaticamente nella modalità di fornitura in regime DPC.

**Gli assistiti che non si trovano nelle condizioni che prevedono la possibilità di fornitura "in deroga", ma per i quali uno specialista di struttura pubblica o di presidio ex art. 43, competente per il problema evidenziato, ritenga necessario valutare la possibilità di fornitura di dispositivi diversi, devono presentare una richiesta corredata di relazione specialistica dettagliata, che evidenzia le motivazioni.**

Anche in questo caso, lo specialista avrà cura di specificare il prodotto ritenuto necessario per il proprio paziente, dettagliandone la ditta fornitrice ed i quantitativi esatti, specificando se si trattano di richieste in regime di extra-tariffario. In tal caso, dovrà motivare anche la richiesta di un quantitativo superiore, come previsto al paragrafo “Prescrizioni in regime di extra-tariffario”.

Anche per questi assistiti, l’obbligo per lo specialista prescrittore di identificare la ditta produttrice è superabile solo nel caso in cui la prescrizione in deroga sia relativa a dispositivi non offerti dalla gara, individuabili nella tabella 4.

Le richieste di fornitura in deroga per pazienti non rientranti nelle condizioni sopra evidenziate verranno valutate dalla ASL di residenza dell’assistito e verranno eventualmente autorizzate, anche previa la richiesta di accertamenti integrativi.

Anche in questo caso, l’eventuale autorizzazione “in deroga”, se è sottesa ad un quadro clinico stabilizzato, non necessiterà di ulteriori aggiornamenti.

**Nel caso in cui la ASL autorizzasse la fornitura “in deroga”, la spesa autorizzata sarà pari a quella risultante dalla applicazione del tariffario regionale (DGR n. 32-11942 del 8.03.2004, DGR n. 60-2806 del 9/5/2006 e nota prot. n. 3219/A14030 del 17/2/2015) e delle classi di gravità come definite dalla DGR n. 20-891 del 12 gennaio 2015.**

Nel caso delle classi di gravità non previste dalla DGR n. 20-891 del 12 gennaio 2015, si applicheranno i seguenti tetti massimi di spesa autorizzabile:

- pazienti cateterizzati, entero-urostomizzati o affetti da sola incontinenza fecale: tetto previsto dalla classe gravissima della DGR n. 20-891 del 12 gennaio 2015 con tariffa prevista dalla DGR n. 32-11942 del 8.03.2004, ridotto del 50%;
- pazienti medullolesi o affetti da spina bifida (ex DGR n. 60-2806 del 9.05.2006): poiché per questi pazienti è prevista la possibilità di erogare fino a 120 pezzi mensili di prodotti di importo unitario massimo di € 1,240 (precedente codice ISO 09.30.04.039 - Mutandina assorbente per incontinenza grave, tg. grande; attuale codice ai sensi del DPCM gennaio 2017: 09.30.24.063; prodotto non offerto in gara), il tetto mensile massimo autorizzabile è pari a € 148,80.

Tali autorizzazioni saranno utilizzabili presso i fornitori autorizzati alle erogazioni per conto del SSN e verranno, comunque, registrate sulla procedura informatizzata centralizzata.

Le ASL e la Regione Piemonte monitoreranno l’andamento delle forniture “in deroga”, al fine di individuare andamenti anomali e significativamente superiori ad una prevalenza stimata attesa del 5%.

**MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI PER L'ASSORBENZA  
per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile (SEMPLIFICATO)**

Cognome e nome	
Residente in	Via
Data di nascita	Tel.

### Diagnosi

- Incontinenza urinaria** (segnalare anche 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)

**Incontinenza fecale**

Segnare se il paziente utilizza anche:  Catetere vescicale a di mora  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)
- Doppia incontinenza
- Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

In presenza uno o più di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore rispetto a quella risultante dalle risposte al questionario.

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.

In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha una durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Nel caso l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

### Valutazione della incontinenza urinaria

Questionario ICI Q SF modificato

Punteggio domanda 1  Punteggio domanda 2

### GIUDIZIO DIAGNOSTICO finale:

Lieve  Media  Grave  Gravissima

**OPPURE**

Cateterizzato  Incontinenza solo fecale  entero-urostomizzato

### Durata della prescrizione:

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

Data.....

Firma e Timbro medico



## STRUMENTI DA UTILIZZARE PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE

(tali strumenti sono ad uso del MMG/PLS e non sono da allegare al piano terapeutico)

### Nota bene

Per i pazienti affetti solo da incontinenza fecale, oppure cateterizzati (a dimora o a intermittenza) oppure entero-urostomizzati, NON è necessario procedere con la compilazione del questionario, essendo stata definita una classe di gravità specifica, che stabilisce un tetto autorizzabile pari al fabbisogno appropriato per la gestione della problematica: 2 pannoloni mutandi in tg. grande ed una traversa al giorno.

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 della eterogeneità di tali categorie, il medico prescrittore può decidere l'entità della incontinenza sulla base dei dati clinici oppure, come per tutti gli altri casi, 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).

### Nota bene

Per entità "lievissima" non sussistono indicazioni alla prescrizione di dispositivi assorbenti

Per la diagnosi e cura della incontinenza urinaria è possibile fare riferimento alla Rete Piemontese dei Centri.

L'elenco completo è 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 ICI -Q SF

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

ICI-Q-SF			
Cognome e nome			
Data di nascita			
1. Quanto spesso Le capita di perdere urina?			
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
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Punteggio	No compilare
2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?			
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
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Punteggio	No Compilare
3. Nel complesso, quanto la Sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la Sua vita quotidiana da 0 a 10? BARRARE IL NUMERO (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)			
	0		5
	1		6
	2		7
	3		8
	4		9
			10
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Punteggio	No compilare
4. Quando Le capita di perdere urina?			
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			
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Questa domanda non genera punteggio	

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITA' DI...

## MODELLO DI PRESCRIZIONE AUSILI PER L'ASSORBENZA per pazienti con incontinenza stabilizzata o irreversibile (AVANZATO)

NEL CASO DI COMPILAZIONE DA PARTE DI MEDICO SPECIALISTA, INDICARE SE È:

- |                                 |  |                             |
|---------------------------------|--|-----------------------------|
| 1. prescrizione modulabile:     | <input type="checkbox"/> SÌ                      | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. prescrizione extratariffario | <input type="checkbox"/> SÌ (RELAZIONE ALLEGATA) | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. prescrizione in deroga       | <input type="checkbox"/> SÌ (RELAZIONE ALLEGATA) | <input type="checkbox"/> NO |

Cognome e nome	
Residente in	Via
Data di nascita	Tel.

### Diagnosi

- Incontinenza urinaria (segnalare anche 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)

Incontinenza fecale

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

Sono presenti fattori influenzanti la gestione della incontinenza? In presenza di uno o più di tali fattori il prescrittore può cambiare la classe di prescrivibilità ad una superiore rispetto a quella risultante dalle risposte al questionario.

- Grave deficit cognitivo
- Grave deficit motorio (specificare se:  non deambulante o con grave difficoltà  grave compromissione della manualità)
- Doppia incontinenza
- Eritemi /Lesioni cutanee nelle regioni coperte dagli ausili assorbenti

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.

In caso di incontinenza stabilizzata la prescrizione ha una durata annuale, salvo diverse indicazioni del prescrittore. Nel caso l'incontinenza sia irreversibile la prescrizione si intende definitiva.

### Valutazione della incontinenza urinaria

Questionario ICI Q SF modificato

Punteggio domanda 1  Punteggio domanda 2

### GIUDIZIO DIAGNOSTICO finale:

Lieve  Media  Grave  Gravissima

OPPURE

Cateterizzato  Incontinenza solo fecale  entero-urostomizzato

Medullolesi/spina bifida (ad indicazione solo specialistica)

Durata della prescrizione:

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

PRODOTTO	FORMATO	CODICE ISO Ex DPCM 01/2017	PEZZI PRESCRTTI	SIGLA MEDICO
pannolone a mutandi na	extra-grande	09.30.21.002		
	grande	09.30.21.003		
	medio	09.30.21.006		
	piccolo	09.30.21.009		
pannolone sagomato	extra-grande	09.30.18.047		
	grande	09.30.18.048		
	medio	09.30.18.051		
	piccolo	09.30.18.054		
pannolone rettangolare	unico	09.30.04.060		
mutandi na elastici zzata riutilizzabile per supporto e fissaggio assorbenti	extra-grande	09.30.39.003		
	grande	09.30.39.006		
	medio	09.30.39.009		
	piccolo	09.30.39.012		
traversa salvamaterasso rimboccabile	80 x 180 cm	09.30.42.003		
traversa salvamaterasso non rimboccabile	60 x 90 cm	09.30.42.006		
pannolone a mutandi na ad elevato potere assorbente	extra-grande	09.30.21.018		
	grande	09.30.21.019		
	medio	09.30.21.020		
pannolone a mutandi na traspirante	grande	09.30.21.024		
	medio	09.30.21.025		
	piccolo	09.30.21.026		
pannolone a mutandi na con sistema di fissaggio integrato a cintura	grande	09.30.21.027		
	medio	09.30.21.028		
	piccolo	09.30.21.029		
pannolone a mutandi na con sistema di fissaggio integrato a cintura ad elevata assorbenza	grande	09.30.21.012		
	medio	09.30.21.015		
	piccolo	09.30.21.018		
mutandi na assorbente per incontinenza leggera	grande	09.30.24.066		
	medio	09.30.24.067		
	piccolo	09.30.24.068		
mutandi na assorbente per incontinenza medio grave	grande	09.30.24.069		
	medio	09.30.24.070		
	piccolo	09.30.24.071		
mutandi na assorbente per incontinenza grave	grande	09.30.24.063		
	medio	09.30.24.064		
	piccolo	09.30.24.065		
pannolone sagomato traspirante elevata assorbenza	extra-grande	09.30.18.056		
pannolone sagomato traspirante	extra-grande	09.30.18.055		
	grande	09.30.18.059		
	medio	09.30.18.060		
	piccolo	09.30.18.061		
pannolone sagomato per incontinenza leggera donna	grande	09.30.18.062		
	medio	09.30.18.063		
	piccolo	09.30.18.064		
pannolone sagomato per incontinenza leggera uomo	medio	09.30.18.057		
	piccolo	09.30.18.058		
pannolino a mutandi na per bambini	4-9 KGcirca	09.30.12.041		
pannolino a mutandi na per bambini	7-18 KGcirca	09.30.12.042		
pannolino a mutandi na per bambini	11-25 KGcirca	09.30.12.045		
pannolino a mutandi na per bambini	15-30 KGcirca	09.30.12.046		

Data.....

Firma e Timbro

## STRUMENTI DA UTILIZZARE PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE

(tali strumenti sono ad uso del prescrittore e non sono da allegare al piano terapeutico)

### Nota bene

Per i pazienti affetti solo da incontinenza fecale, oppure cateterizzati (a dimora o a intermittenza) oppure entero-urostomizzati, NON è necessario procedere con la compilazione del questionario, essendo stata definita una classe di gravità specifica, che definisce un tetto autorizzabile pari al fabbisogno appropriato per la gestione della problematica: 2 pannoloni mutandina tg. grande ed una traversa al giorno.

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

### Nota bene

- Per la classe di entità lievissima non sussistono indicazioni alla prescrizione di dispositivi assorbenti
- Per i medici specialisti:
  1. La prescrizione si intende in tutti i casi non modulabile (i presidi indicati saranno obbligatoriamente quelli forniti) se non barrata la casella "prescrizione modulabile: Sì"
  2. Per prescrizioni extra-tariffario (solo per pazienti di classe Gravissima, Incontinenza fecale/cateterizzati/entero-urostomizzati o per pazienti medullolesi/spina bifida) barrare la relativa casella e allegare relazione dettagliata che motivi la necessità di fornire un numero maggiore di pezzi rispetto al tetto massimo
  3. Per prescrizioni in deroga per pazienti per i quali sia ritenuto indispensabile un dispositivo diverso da quello offerto dalla gara, allegare relazione dettagliata indicando anche la ditta produttrice.
  4. Nel caso la fornitura in deroga sia anche extratariffario barrare entrambe le caselle e allegare relazione motivante.

Per la diagnosi e cura della incontinenza urinaria è possibile fare riferimento alla Rete Piemontese dei Centri.

L'elenco completo è 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 ICI -Q SF

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

ICI-Q-SF			
Cognome e nome			
Data di nascita			
1. Quanto spesso Le capita di perdere urina?			
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
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Punteggio	No compilare
2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?			
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
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Punteggio	No Compilare
3. Nel complesso, quanto la Sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la Sua vita quotidiana da 0 a 10? BARRARE IL NUMERO (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)			
	0		5
	1		6
	2		7
	3		8
	4		9
			10
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Punteggio	No compilare
4. Quando Le capita di perdere urina?			
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			
Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta		Questa domanda non genera punteggio	

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITA' DI...