



GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

ALLEGATO A MODULO DI PRESCRIZIONE DI AUSILI PER L'ASSORBENZA  
per pazienti con incontinenza stabilizzata

ALLEGATO A

Cognome	Nome
Data di nascita	Telefono
Residente in	Via

**DIAGNOSI:**  *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).
- 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 della 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



DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

*Legenda per valutazione entità incontinenza urinaria. Riportare le risposte del questionario nella griglia sottostante*

Punteggio → domanda n°1	1	2	3	4	5	6
↓ Punteggio domanda n° 2						
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 Assistenza Integrativa e Protetica

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



DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Servizio Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

Data .....

Firma e timbro medico

**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)

ICI-Q-SF

Cognome e nome  
Data di nascita

1. Quanto spesso le capita di perdere urina?

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

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

0
1
2
3
4
5
6
No compilare

2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?

- a. Non perdo urina
- b. Perdo piccole quantità di urina
- c. Perdo modeste quantità di urina
- d. Perdo abbondanti quantità d'urina

Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

0
2
4
6
No compilare

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

Punteggio

0
1
2
3
4

5
6
7
8
9
10
No compilare

4. Quando le capita di perdere urina?

- a. Mai
- b. Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno
- c. Con 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
