



**REGIONE  
LAZIO**

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA  
AREA FARMACI E DISPOSITIVI GR 39 21

PROT.

ROMA,

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

Alle OO.SS. MMG e PLS  
Agli ordini dei medici

Ai Referenti per l'assistenza protesica  
delle AA.SS.LL.

**Oggetto: Modulo prescrittivo ausili cannule e cateteri**

Si comunica che a seguito dell'aggiudicazione della Gara regionale, effettuata per gli ausili monouso cannule, cateteri e sacche, è stato predisposto un apposito modulo che dovrà essere utilizzato per la prescrizione del fabbisogno di detti presidi dai medici specialisti afferenti alle Vostre strutture e per il rinnovo da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta.

Al fine di rendere più agevole la prescrizione, il modulo contiene l'elenco delle classi di ausili prescrivibili con i relativi codici ISO e le descrizioni (come da D.P.C.M. 12/01/2017 Nuovi Lea), viene riportata per ogni categoria anche la precedente codifica (codici ISO del DM 332/99).

Sarà inoltre obbligatorio compilare le informazioni relative al prodotto commerciale individuato per l'assistito, riportando nell'apposita casella presente nel modulo prescrittivo, i dati "fornitore" e "codice fornitore" (consultabili nell'allegato elenco "Prodotti aggiudicati") al fine di consentire alla ASL di individuare, attraverso il codice di riferimento, l'esatto dispositivo da acquistare.

Si rappresenta infatti che il D.P.C.M. 12/01/2017 impone che alcune informazioni relative agli ausili monouso (quali ad esempio diametro, lunghezza, materiale ecc.) debbano essere riportate nella prescrizione prima di poter procedere all'acquisto e alla successiva erogazione.

Qualora la scelta di un determinato prodotto non sia dettata da specifiche esigenze terapeutiche e cliniche la prescrizione dovrà essere effettuata rispettando l'ordine della graduatoria di aggiudicazione (ranking) come indicata nell'allegato elenco "Prodotti aggiudicati".



REGIONE  
LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA  
AREA FARMACI E DISPOSITIVI GR 39 21

L'assistito dovrà inoltre essere informato che, munito di prescrizione, per avviare l'iter dell'istanza dovrà recarsi presso una sanitaria o una farmacia, tra quelle presenti nell'elenco regionale di Fornitori di presidi protesici consultabile sul sito della Regione Lazio.

Si da mandato alle Direzioni Generali di dare massima diffusione della presente informativa e dei moduli allegati.

Si raccomanda inoltre agli uffici preposti alla ricezione delle pratiche per l'assistenza protesica di prestare attenzione alla corrispondenza tra il prodotto prescritto e il prodotto riportato nel pre-ordine, e, qualora si ravvisassero numerose e reiterate anomalie nell'uso del modulo corretto o prescrizioni mancanti dei dati relativi al prodotto, di darne comunicazione alla scrivente Direzione.

Si chiede altresì di fornire all'utenza anche tramite pubblicazione sui siti aziendali le informazioni riguardanti la nuova procedura, sottolineando che la prescrizione dovrà individuare anche il codice del prodotto.

Il Dirigente dell'Area Farmaci e Dispositivi

Lorella Lombardozzi

Il Direttore Direzione Regionale Salute  
e Integrazione Sociosanitaria

Massimo Annicchiarico

Allegati:

Modulo prescrittivo e Elenco prodotti prescrivibili

**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI  
CANNULE E CATETERI - DPCM 12/01/2017 Allegato 12 Art. 1, Allegato 11 Art. 1**

**Assistito:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza : Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**Diagnosi :** (indicare la patologia o la lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità e le specifiche menomazioni o disabilità) \_\_\_\_\_

ISO DPCM 17/01/2017	Precedente codifica (DM 332/99)	DESCRIZIONE	QUANTITA' MASSIME EROGABILI	QUANTITA' PRESCRITTA	PRODOTTO COMMERCIALE indicare fornitore e codice fornitore
09.15.03.003- CUF	09.15.03.003	Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata - <b>cuffiata</b>	4/anno		
09.15.03.003	09.15.03.003	Cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata	4/anno		
09.15.03.009- CUF	09.15.03.006	Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata - <b>cuffiata</b>	4/anno		
09.15.03.009	09.15.03.006	Cannula tracheale rigida con mandrino, non fenestrata	4/anno		
09.15.03.012- CUF	09.15.03.007	Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata - <b>cuffiata</b>	4/anno		
09.15.03.012	09.15.03.007	Cannula tracheale rigida con mandrino, fenestrata	4/anno		
09.24.03.003	09.24.03.003 a	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie con scanalature	2/mese		
09.24.03.006- LAT	09.24.03.003 c	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - <b>lattice</b>	2/mese		
09.24.03.006- SIL	09.24.03.003 b	Catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature - <b>silicone</b>	2/mese		
09.24.06.103	09.24.06.009/10/ 11/12 a	Catetere autolubrificante a base di gel	120/mese		
09.24.06.203	09.24.06.009/10/ 11/12 b	Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (NON PRONTO ALL'USO)	120/mese		
09.24.06.303	09.24.06.009/10/ 11/12 c e d	Catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (PRONTO ALL'USO)	120/mese		
09.24.06.403	09.24.06.015	Catetere autolubrificante a base di gel con sacca graduata di raccolta	120/mese		
09.24.06.503	09.24.06.015	Catetere autolubrificante idrofilo con sacca graduata di raccolta	120/mese		
09.24.06.603	09.24.06.018 a e b	Catetere/tutore per ureterocutaneostomia	2/mese		
09.24.21.003	09.24.09.003 a e b	Guaina in materiale ipoallergenico	60/mese		
09.27.04.003	09.27.04.003	Sacca di raccolta dell'urina da gamba Monouso	30/mese		

09.27.04.006	09.27.07.003 a	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso	30/mese		
09.27.04.006-SCA	09.27.07.003 b	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Monouso a fondo chiuso - <b>con scarico</b>	30/mese		
09.27.05.003	09.27.07.006	Sacca di raccolta dell'urina da letto : Riutilizzabile con rubinetto di scarico	20/mese		
09.27.05.006	09.27.04.006	Sacca di raccolta dell'urina da gamba Riutilizzabile	20/mese		

**Significato terapeutico e riabilitativo** con descrizione del programma di trattamento indicando gli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo di quanto prescritto e motivazione della richiesta per i presidi riconducibili: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Modi e tempi di impiego del presidio** (indicare ore nella giornata o giorni nella settimana o altro e l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, durata del fabbisogno per i presidi monouso):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Eventuali controindicazioni e limiti d'impiego:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Previsione rinnovo prescrizione :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" SI  NO

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni : \_\_\_\_\_

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)