



REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
IL DIRIGENTE GENERALE

Approvazione delle modifiche dei moduli per la prescrizione e l'autorizzazione per il ritiro dei presidi per l'autocontrollo della glicemia

- Visto lo Statuto della Regione;
- Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del S.S.N.;
- Vista la legge regionale n. 6/81;
- Vista la Legge n. 115/87 recante *disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito*;
- Visto l'Art.8 comma 2, lettera c), del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni che demanda ad Accordi di livello Regionale il compito di individuare le modalità normative ed economiche finalizzate al miglioramento dell'assistenza farmaceutica territoriale, nonché le forme di collaborazione in particolari iniziative di rilevante interesse sanitario;
- Visto l'art. 32 comma 9 della legge n. 449/1997;
- Visto il D.A. n. 29108 del 4 giugno 1999;
- Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni;
- Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, pubblicato sulla GURI n. 65 del 18 marzo 2017, sui Livelli Essenziali di Assistenza;
- Vista l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed in particolare l'art. 9 "*Comitato paritetico permanente per l'erogazione dei LEA*" e l'art. 12 "*Tavolo di verifica degli adempimenti*";
- Visto il D.A. n. 6248 del 16/09/05;
- Vista la Legge Regionale 14 aprile 2009 n. 5, di riordino del servizio sanitario regionale;
- Visto il D.A. n. 2264/14 recante "*Approvazione dell'Accordo con Federfarma relativo alla distribuzione dei presidi per l'autocontrollo della glicemia*" e relativo Disciplinare Tecnico nel quale sono definite le modalità di prescrizione e autorizzazione per il ritiro dei presidi per l'autocontrollo della glicemia;
- Visto il D.A. n. 141/15 recante "*Fornitura dei presidi per l'autocontrollo della glicemia da parte di parafarmacie e sanitarie*";
- Ritenuto pertanto necessario uniformare la modulistica per la prescrizione e l'autorizzazione per il ritiro dei presidi per l'autocontrollo della glicemia su tutto il territorio Regionale al fine di garantire l'appropriatezza e semplificare le modalità prescrittive;
- Visto quanto concordato con i Referenti Aziendali dei presidi per l'autocontrollo della glicemia individuati dalle AA.SS.PP.;
- Preso atto della proposta di modifica degli allegati del D.D.G. n. 2565 del 21 dicembre 2016, effettuata dalla Commissione Regionale per il diabete in età adulta, costituita con D.A. n. 1756 del 21 settembre 2016 e modificata con il D.A. n. 241 del 10 febbraio 2017;
- Ritenuto pertanto di dover modificare gli allegati del D.D.G. n. 2565/16 secondo le indicazioni fornite dalla Commissione Regionale per il diabete in età adulta;
- Visto il D.lgs n. 33/2013 di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- Vista la L.R. 21/2014 e, in particolare, l'art. 68 recante "*Norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa*";

DECRETA

Art.1) Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono confermate, sono approvati il “*Piano di Prescrizione Presidi – PPP*” (allegato 1) e il “*modulo di autorizzazione al ritiro dei presidi*” (allegato 2) opportunamente modificati, secondo le indicazioni formulate dalla Commissione Regionale per il diabete in età adulta, costituita con D.A. n. 1756 del 21 settembre 2016 e modificata con il D.A. n. 241 del 10 febbraio 2017 . Tali allegati sostituiscono integralmente i precedenti.

Art.2) I nuovi allegati entreranno in vigore a far data dalla pubblicazione in GURS del presente Decreto. I moduli approvati con il D.D.G. n. 2565/16 potranno essere accettati fino alla loro naturale scadenza. Rimangono invariate tutte le altre disposizioni precedentemente impartite.

Il presente Decreto verrà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e sarà trasmesso al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale dell’Assessorato della Salute ai fini dell’assolvimento dell’obbligo di pubblicazione.

Palermo li, 11 APR. 2017

Il Dirigente del CRFV

Dr. Pasquale Cananzi

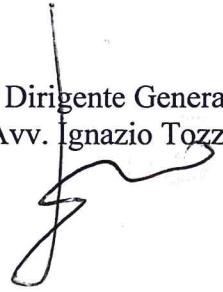


Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Antonio Lo Presti



Il Dirigente Generale
Avv. Ignazio Tozzo





REGIONE SICILIA
Piano di Prescrizione dei Presidi
(rilasciato ai sensi dei D.A. 2264/14 e 141/15)

Azienda Sanitaria

Unità Operativa/Ambulatorio _____

Medico Prescrittore _____ Tel _____ E-mail _____

Pratica n. _____

Paziente (cognome e nome): _____ nato a _____ il __/__/__

Codice fiscale _____ Sesso M F

Residente a _____ Via _____ ASP di residenza _____

Diagnosi:

- Diabete di tipo 1
 Diabete di tipo 2 insulino-trattato
 Diabete di tipo 2 non insulino-trattato
 Altra tipologia di diabete (specificare) _____

Apparecchio per la determinazione della glicemia prescritto/in uso:

Terapia prescritta:

Presidi prescritti*	Numero pezzi (fornitura bimestrale)
Strisce reattive per la determinazione della glicemia	
Strisce reattive per la determinazione della glicosuria o chetonuria ad una area reattiva	
Strisce reattive per la determinazione della glicosuria o chetonuria a due aree reattive	
Strisce reattive per la determinazione della chetonuria	
Siringhe per insulina	
Lancette pungidito	
Aghi per somministrazione di insulina	
Aghi per somministrazione di antidiabetici GLP-I	

*barrare i campi non compilati

Nel caso di prescrizione di quantitativi superiori rispetto a quelli stabiliti dalla normativa vigente, motivare con una breve relazione nella quale deve essere indicato anche il periodo per cui si rende necessario il maggiore controllo della glicemia

Il presente Piano di Prescrizione dei Presidi ha validità massima di 12 mesi

Validità prescrizione: mesi _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Data __/__/__



REGIONE SICILIA
Modulo di autorizzazione al ritiro dei presidi
(rilasciato ai sensi dei D.A. 2264/14 e 141/15)

Azienda Sanitaria

Distretto Sanitario di _____ Pratica n. _____
 Fornitura presidi valida dal ___/___/___ al ___/___/___ Copia n. ___ di ___

Paziente (cognome e nome): _____ nato a _____ il ___/___/___
 Codice fiscale _____ Sesso M F
 residente a _____ via _____ ASP residenza _____

Diagnosi: _____

Apparecchio per la determinazione della glicemia prescritto/in uso:

Presidi prescritti	Numeri pezzi	Prezzo unitario	Prezzo totale (IVA inclusa)
Strisce reattive per la determinazione della glicemia			
Strisce reattive per la determinazione della glicosuria o chetonuria ad una area reattiva			
Strisce reattive per la determinazione della glicosuria o chetonuria a due aree reattive			
Strisce reattive per la determinazione della chetonuria			
Siringhe per insulina			
Lancette pungidito			
Aghi per somministrazione di insulina e antidiabetici GLP-I			
Importo totale (IVA inclusa)			

Dichiaro di avere ricevuto n _____ autorizzazioni dal ___/___/___ al ___/___/___

Data _____ firma _____

Il Dirigente Medico

Timbro ASP

Spazio riservato alle fustelle

Dichiaro che in data ___/___/___ ho ritirato i prodotti sopra indicati. I medesimi risultano corrispondenti per tipologia, qualità e quantità a quanto prescritto dal medico specialista e autorizzato dall'ASP.

Firma _____ Relazione di parentela _____

Estremi del documento di riconoscimento _____