



Guida per l'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta

Erogata dalle Aziende Sanitarie
della Regione Lazio

Seconda Edizione Aggiornata

Presentazione di
Mario Falconi

Il Pensiero Scientifico Editore

L Fabrizio A Checcoli
R Boccia D Botta
A De Dominicis U Elia MF Lissia
MG Nicotra A Colicchia

Guida per l'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta

Erogata dalle Aziende Sanitarie
della Regione Lazio

Seconda Edizione Aggiornata

L Fabrizio A Checcoli R Boccia D Botta
A De Dominicis U Elia MF Lissia
MG Nicotra A Colicchia

Guida per l'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta

Erogata dalle Aziende Sanitarie
della Regione Lazio

Seconda Edizione Aggiornata

Presentazione di Mario Falconi



Il Pensiero Scientifico Editore

Seconda edizione: ottobre 2008
Prima edizione: settembre 2001
© 2001 2008 Il Pensiero Scientifico Editore
Via Bradano 3/c, 00199 Roma
Tel: (+39) 06 862821 - Fax: (+39) 06 86282250
E-mail: pensiero@pensiero.it - Internet: www.pensiero.it
Tutti i diritti sono riservati per tutti i Paesi
Nessuna parte del presente volume può essere riprodotta,
tradotta o adattata con alcun mezzo (compresi i microfilm,
le copie fotostatiche e le memorizzazioni elettroniche)
senza il consenso scritto dell'Editore. La violazione
di tali diritti è perseguibile a norma di legge
Stampato in Italia dalle Arti Grafiche Tris
Via delle Case Rosse 23, 00131 Roma
Progetto grafico e copertina: Doppiosegno s.n.c., Roma
Coordinamento redazionale: Martina Teodoli
ISBN 978-88-490-0252-2

*Le informazioni contenute in questa guida
sono aggiornate ad Agosto 2008*

*«Può attingere a ciò anche un'umile persona.
Non si deve pensare che solo i grandi possano giungervi.
E all'umile e al grande si deve dire che agendo così
il bene aumenterà e sarà più che raddoppiato.»
«Si faccia iscrivere ciò su rupi, al tempo opportuno,
e se qui vi sono colonne di pietra, si faccia iscrivere
su colonne di pietra. E con questo testo dovete viaggiare
per tutta l'estensione del vostro distretto.»*

Editti di Ašoka
(III sec. A.C.)

Ringraziamenti. Si ringraziano tutti coloro che, a vario titolo, hanno reso possibile la realizzazione di questa guida: le Associazioni dei Malati, gli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie del Lazio, gli Uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, i medici e gli infermieri. Un particolare ringraziamento va rivolto ai farmacisti di tutte le Aziende Sanitarie della Regione Lazio, che fin dal primo momento hanno creduto nella validità del progetto. Lo scambio di idee e di esperienze sugli argomenti trattati nelle varie fasi dello studio ha permesso di costituire una vera e propria rete collaborativa a livello regionale, che a tutt'oggi resta uno strumento culturale al servizio della collettività e che ha permesso di allestire agevolmente questa seconda edizione aggiornata.

Autori

Laura Fabrizio

Presidente Nazionale SIFO

Alessandra Checcoli

Segretario SIFO Regione Lazio

Rosanna Boccia

Dirigente Farmacista Azienda Ospedaliera Sant' Andrea

Daniela Botta

Dirigente Farmacista ASL Roma B

Alessandra De Dominicis

Dirigente Farmacista ASL Roma H

Umberto Elia

Dirigente Farmacista ASL Roma G

Maria Felicita Lissia

Dirigente Farmacista ASL Roma C

Maria Grazia Nicotra

Dirigente Farmacista ASL Roma B

Antonio Colicchia

Docente Università di Camerino

Indice

Presentazione della Seconda Edizione	
<i>Mario Falconi</i>	XVII
Presentazione della Prima Edizione	
<i>Giovanna Scroccaro</i>	XIX
Prefazione	XXI
1. Diabete mellito	1
1.1 <i>Chi</i> può accedere	1
1.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	1
1.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	1
1.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	2
1.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	2
1.6 Annotazioni	3
1.7 Documenti e norme di riferimento	4
2. Dialisi	6
2.1 <i>Chi</i> può accedere	6
2.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	6
2.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	7
2.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	7
2.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Centro di Dialisi	7
2.6 Annotazioni	7
2.7 Documenti e norme di riferimento	13

3. Dietoterapici destinati ad un'alimentazione particolare	14
3.1 <i>Chi</i> può accedere	14
3.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	14
3.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	16
3.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	16
3.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	17
3.6 Annotazioni	17
3.7 Documenti e norme di riferimento	19
4. Fibrosi cistica	21
4.1 <i>Chi</i> può accedere	21
4.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	21
4.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	21
4.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	22
4.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	22
4.6 Annotazioni	22
4.7 Documenti e norme di riferimento	24
5. Insufficienza renale cronica	25
5.1 <i>Chi</i> può accedere	25
5.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	25
5.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	25
5.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	26
5.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	26
5.6 Annotazioni	26
5.7 Documenti e norme di riferimento	28

6. Malattia di Alzheimer	29
6.1 <i>Chi</i> può accedere	29
6.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	29
6.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	29
6.4 <i>Quali</i> documenti presentare alla Unità di Valutazione Alzheimer (UVA)	30
6.5 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	30
6.6 Annotazioni	30
6.7 Elenco delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) della Regione Lazio	32
6.8 Documenti e norme di riferimento	34
<hr/>	
7. Medicinali Antitumorali	36
7.1 <i>Chi</i> può accedere	36
7.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	36
7.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	37
7.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	37
7.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	38
7.6 Annotazioni	38
7.7 Documenti e norme di riferimento	44
<hr/>	
8. Erogazione Farmaci H OSP2	45
8.1 <i>Chi</i> può accedere	45
8.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	45
8.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	45
8.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	45
8.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	46

8.6 Annotazioni	46
8.7 Documenti e norme di riferimento	70
8.8 Abbreviazioni	70

9. Medicinali innovativi/sperimentali (Legge 648/96) **71**

9.1 <i>Chi</i> può accedere	71
9.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	71
9.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	71
9.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	71
9.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	71
9.6 Annotazioni	72
9.7 Documenti e norme di riferimento	88

10. Nutrizione Artificiale Domiciliare **92**

10.1 <i>Chi</i> può accedere	92
10.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	92
10.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	92
10.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	93
10.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	93
10.6 Annotazioni	93
10.7 Documenti e norme di riferimento	95

11. Ossigenoterapia domiciliare **96**

<i>11.A TERAPIA CON OSSIGENO LIQUIDO</i>	96
11.A.1 <i>Chi</i> può accedere	96
11.A.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	96
11.A.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	96

11.A.4 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	96
11.A.5 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	97
11.A.6 Annotazioni	97
11.A.7 Documenti e norme di riferimento	97
<i>11.B TERAPIA CON OSSIGENO GASSOSO</i>	98
11.B.1 <i>Chi</i> può accedere	98
11.B.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	98
11.B.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	98
11.B.4 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	98
11.B.5 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	98
11.B.6 Annotazioni	99
11.B.7 Documenti e norme di riferimento	99
12. Portatori di catetere venoso	100
12.1 <i>Chi</i> può accedere	100
12.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	100
12.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	101
12.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	101
12.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	101
12.6 Annotazioni	101
12.7 Documenti e norme di riferimento	101
13. Portatori di stomia	102
13.1 <i>Chi</i> può accedere	102
13.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	102

13.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	102
13.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	103
13.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	103
13.6 Annotazioni	103
13.7 Documenti e norme di riferimento	103
14. Prontuario per la continuità Ospedale-Territorio (PHT)	105
14.1 <i>Chi</i> può accedere	105
14.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	105
14.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	105
14.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	105
14.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	105
14.6 Annotazioni	106
14.7 Documenti e norme di riferimento	106
14.8 Abbreviazioni	106
15. Talassemia	127
15.1 <i>Chi</i> può accedere	127
15.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	127
15.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	127
15.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	127
15.5 <i>Quali</i> documenti presentare al Servizio Farmaceutico Territoriale	128
15.6 Annotazioni	128
15.7 Documenti e norme di riferimento	129

16. Medicinali Antipsicotici nella Demenza	130
16.1 <i>Chi</i> può accedere	130
16.2 <i>Cosa</i> può essere concesso in regime di SSN	130
16.3 <i>Come</i> deve essere prescritto	130
16.4 <i>Dove</i> rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici	130
16.5 <i>Quali</i> documenti presentare all'UVA	131
16.6 Annotazioni	131
16.7 Documenti e norme di riferimento	136
<hr/>	
17. Indirizzi e Telefoni utili	137
ASL RM A	137
ASL RM B	140
ASL RM C	142
ASL RM D	145
ASL RM E	148
ASL RM F	149
ASL RM G	151
ASL RM H	156
ASL Viterbo	161
ASL Rieti	164
ASL Latina	167
ASL Frosinone	169
Aziende Ospedaliere	173
Policlinici	174
I.R.C.C.S.	175
<hr/>	
Appendici: a) Associazioni italiane di malati (in ordine alfabetico per patologia)	178
b) Prescrizione "off label" dei medicinali	196

Presentazione della Seconda Edizione

Sin dal 2001 la “Guida” predisposta dalla Segreteria SIFO Lazio è stata un prezioso strumento per tutti coloro che si sono trovati ad aver necessità di ricorrere all’Assistenza Farmaceutica diretta prevista dalla Regione Lazio.

In moltissimi casi è stato un validissimo aiuto per i Medici che, oltre ad avere conferma della validità della prescrizione, sono riusciti anche ad indirizzare i propri pazienti alla struttura competente ad effettuarla.

Considerati gli anni trascorsi e le non poche modifiche intervenute nella normativa laziale, per la conferma o modifica delle prestazioni farmaceutiche direttamente erogate, non si può che accogliere con entusiasmo la nuova edizione della guida.

Il suo impianto è sostanzialmente quello della prima edizione, ma proprio le modifiche introdotte dalla Regione la rendono di fatto innovativa ed ancora più utile.

Come certamente nella intenzione degli autori (e della SIFO) le notizie correttamente e ordinatamente fornite realizzano un concreto contributo per migliorare la continuità dell’assistenza farmaceutica tra Ospedale e territorio nonché per valutare la reale qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

È auspicabile che in presenza delle previste modifiche all’attuale normativa regionale, l’editore possa integrare il volume con tempestivi inserti di aggiornamento, che assicurino a Medici e pazienti la possibilità di proseguire nel soddisfacimento delle esigenze di cure.

Mario Falconi

Presidente dell’Ordine Provinciale di Roma
dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Presentazione della Prima Edizione

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta erogata dalle Aziende Sanitarie è rivolta a pazienti domiciliati che, a causa delle particolari patologie da cui sono affetti, necessitano di un accurato monitoraggio da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Questa guida scaturisce dai bisogni espressi, nel corso degli anni, dagli utenti e dagli operatori sanitari, nonché dallo studio e dall'applicazione ragionata delle leggi e delle norme che riguardano questo tipo di assistenza nel Lazio, una delle più rappresentative regioni d'Italia per tipologia e quantità di popolazione. Essa è stata ideata con lo scopo di fornire uno strumento utile per orientarsi in questo specifico e delicato settore dell'assistenza.

Gli autori, farmacisti con pluriennale esperienza maturata sul campo, hanno voluto realizzare una guida pratica e non una mera elencazione di luoghi e dati burocratici. Il loro maggiore impegno, infatti, è stato quello di rendere semplici e accessibili a tutti informazioni che spesso sono dettate da norme complesse e a volte soggette a differenti interpretazioni.

Questa iniziativa, patrocinata dalla Società Italiana di Farmacia Ospedaliera, anche se a carattere regionale, va inquadrata in un'ottica nazionale che potrebbe prevedere la realizzazione di un'analoga guida per ogni regione d'Italia al fine di rappresentare meglio le singole realtà locali. La complessità e l'eterogeneità della materia non consentono, di fatto, la stesura di un'unica guida nazionale.

Le Associazioni dei malati e gli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie hanno offerto il loro prezioso contributo soprattutto per la giusta interpretazione dei reali bisogni degli utenti.

Quanto detto ha permesso anche di assicurare un trattamento equo, in tutta la Regione, dell'Assistenza Farmaceutica rivolta ai pazienti domiciliati, perseguendo il Continuo Miglioramento della Qualità del servizio offerto.

Giovanna Scroccaro

Prefazione

I Dipartimenti/Servizi Farmaceutici erogano ai pazienti domiciliati, affetti da particolari patologie, Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta (specialità medicinali, preparati galenici, dispositivi medici e prodotti dietoterapici) nel rispetto di leggi nazionali, regionali e in base a disposizioni aziendali.

Tale erogazione offre importanti vantaggi sia agli assistiti sia alle Aziende Sanitarie:

- minori spostamenti per l'assistito (possibilità di ritiro immediato dei prodotti farmaceutici prescritti nella stessa sede in cui riceve l'autorizzazione all'assistenza convenzionata);
- razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica anche attraverso il monitoraggio quali-quantitativo della prescrizione dei prodotti erogati;
- raccolta diretta ed elaborazione di dati farmacoepidemiologici e farmaco-economici indispensabili alla comprensione e alla qualificazione dell'atto prescrittivo;
- informazione obiettiva e puntuale sul corretto utilizzo dei prodotti farmaceutici e sull'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- possibilità di cogliere i reali bisogni assistenziali tramite il costante contatto con l'assistito;
- significativo risparmio per la collettività sulla spesa farmaceutica, tanto maggiore quante più risorse vengono investite, in modo diretto, dalla ASL per tale specifica attività.

È utile aggiungere che la stesura di questa guida è frutto di un'attenta e accurata indagine, effettuata dal gruppo di lavoro nel 2007-2008, sulle problematiche connesse all'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta (AFTD) in ambito regionale. Tale indagine è stata condotta presso tutti i Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie del Lazio, per valutare lo stato dell'arte della AFTD, e presso gli utenti, per valutare la qualità da loro percepita del servizio offerto.

I risultati hanno evidenziato l'effettiva eterogeneità di organizzazione e la carenza sia di una rete collaborativa, sia di un effi-

cace scambio di informazioni tra gli operatori del settore. Quanto detto può determinare un'assistenza non equa per il paziente che riceve un trattamento diverso a seconda della ASL di appartenenza.

Per la stesura di questa guida ci si è avvalsi della collaborazione di medici, farmacisti, Uffici Relazioni con il Pubblico e Associazioni dei malati.

La guida è suddivisa in capitoli, ciascuno dei quali è relativo a una determinata attività della AFTD. Per ogni attività è prevista l'erogazione in regime di SSN di diverse categorie di prodotti farmaceutici e inoltre sono indicati:

- le categorie di pazienti aventi diritto (*Chi* può accedere)
- i prodotti concedibili (*Cosa* può essere prescritto)
- le modalità di accesso per l'utente (*Come* deve essere prescritto)
- le sedi di erogazione (*Dove* rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici)
- la documentazione necessaria (*Quali* documenti presentare)
- le annotazioni e, dove necessario, i Centri di riferimento regionali
- le norme di riferimento.

Il capitolo 17 riporta gli indirizzi utili per l'AFTD nel Lazio:

- Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie
- Uffici competenti
- Dipartimenti/Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie
- Associazioni dei malati e di volontariato.

Il presente lavoro non ha la pretesa di essere esaustivo dell'intera materia inerente l'AFTD, tuttavia rappresenta uno strumento utile per la gestione della quasi totalità delle attività farmaceutiche espletate dalle Aziende Sanitarie e rivolte al paziente domiciliato. Per questa guida sono previsti futuri aggiornamenti e integrazioni.

L'auspicio è che tale esperienza possa essere riprodotta anche nelle altre Regioni d'Italia con lo stesso ampio successo già registrato nella Regione Lazio con la diffusione e l'utilizzo della prima edizione da parte di istituzioni, medici, farmacisti, cittadini assistiti e loro associazioni.

1

Diabete mellito



1.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da:

- Diabete mellito di tipo 1
- Diabete mellito di tipo 2
- Diabete mellito gestazionale
- Diabete mellito di altro specifico tipo

Per la definizione dei vari tipi di diabete vedi paragrafo 1.6.a.



1.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

- Strisce reattive per la determinazione del glucosio nel sangue
- Strisce reattive per la determinazione del glucosio e/o corpi chetonici nelle urine
- Siringhe da insulina monouso
- Siringhe ad impulso
- Aghi per siringhe ad impulso
- Microinfusori
- Dispositivi medici per microinfusore
- Glucometro per l'automonitoraggio della glicemia
- Penna pungidito
- Lancette pungidito monouso

Quantità concessa: stabilita dal medico prescrittore sulla base delle necessità terapeutiche.



1.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

- Prescrizione annuale del medico del Servizio Diabetologico da consegnarsi presso il Servizio Farmaceutico Territoriale per il **ritiro frazionato** dei seguenti prodotti:

- Strisce reattive per la determinazione del glucosio nel sangue
- Strisce reattive per la determinazione del glucosio e/o corpi chetonici nelle urine
- Siringhe da insulina monouso
- Aghi per siringhe ad impulso
- Lancette pungidito monouso

oppure

- Prescrizione mensile o trimestrale del medico di famiglia o del Servizio Diabetologico per il **ritiro in unica soluzione** dei suddetti prodotti
- Prescrizione del medico del Servizio Diabetologico per il ritiro dei seguenti prodotti da concedersi in comodato d'uso (paragrafo 1.6.b):
 - Siringhe ad impulso
 - Microinfusori
 - Dispositivi medici per microinfusore
 - Glucometro per l'automonitoraggio della glicemia
 - Penna pungidito



1.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza (vedi capitolo 17).



1.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Prescrizione di cui al paragrafo 1.3
- Tessera di esenzione per patologia dell'assistito oppure Certificato del Servizio Diabetologico oppure tessera personale (D Min San 23 del 07/01/88) rilasciata dalla ASL di appartenenza. Per ottenere detta tessera vedi paragrafo 1.6.c
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



1.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché munita di documento di riconoscimento.

1.6.a Diabete mellito

Turba del metabolismo dei carboidrati legata sia ad un deficit di insulina che ad una resistenza anormale a quest'ormone, donde un aumento del glucosio nel sangue.

Si distingue in:

- Diabete di tipo 1: distruzione delle cellule β generalmente associata a perdita completa della secrezione di insulina (A. Immuno-mediato; B. Idiopatico)
- Diabete di tipo 2: può andare da forme con prevalente insulino-resistenza con relativa deficienza di insulina a difetti prevalentemente secretori con insulino-resistenza
- Diabete mellito gestazionale: qualsiasi grado di intolleranza al glucosio che compaia o sia individuata per la prima volta durante la gravidanza
- Altri specifici tipi di diabete mellito correlabili a:
 - a) Difetti genetici della funzione delle cellule β
 - b) Difetti genetici dell'azione dell'insulina
 - c) Patologie del pancreas esocrino
 - d) Endocrinopatie
 - e) Uso di farmaci o sostanze chimiche
 - f) Infezioni
 - g) Forme non comuni di diabete immuno-mediato
 - h) Altre sindromi genetiche talvolta associate a diabete

1.6.b Comodato d'uso

La concessione in comodato d'uso consiste nell'erogazione di dispositivi medici per i quali è previsto l'impegno formale del paziente alla restituzione, qualora non sussistano più le condizioni cliniche che ne hanno giustificato la concessione.

1.6.c Per ottenere la tessera personale occorre presentare alla ASL di appartenenza la seguente scheda informativa compilata dal medico di famiglia o dal Servizio Diabetologico.

**SCHEDA INFORMATIVA SUI PAZIENTI DIABETICI
(D MIN SAN 07/01/88)**

Regione:

ASL:

Cognome e nome:

Data e luogo di nascita:

Residenza attuale:

Anno di diagnosi della malattia:

Mese di diagnosi:

Classificazione del diabete:

DM 1

DM 2

Altri

Terapia in atto:

Insulina

Ipoglicemizzanti orali.

Solo dieta

Insulina + ipoglicemizzanti orali

Medico curante

Centro o servizio diabetologico di riferimento
(solo se consultato)

ubicato nella ASL

Firma del medico curante o del Centro:

Firma del titolare:

Nuova tessera:

Tessera rinnovata:



1.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Legge 115/87
- D Min San 18/02/99
- DGR 2937/94
- D Min San 07/01/88
- DGR Lazio 10763/93
- DGR Lazio 188/90

- DGR Lazio 18/12/2007
- Circ Min San 13/07/99
- Circ Min San 19/04/88
- Circ. RLazio 74/93
- Circ R Lazio 6/98
- Nota R Lazio del 28/07/98
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio
- Linee-guida per la fornitura dei presidi sanitari diagnostici e terapeutici per i soggetti affetti da diabete mellito, ASL Roma/C - Osp. S. Eugenio - Divisione di Dietologia e Malattie del Ricambio
- Progetto IGEA “Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2 nell’adulto – Documento di indirizzo” – Istituto Superiore di Sanità edito da Il Pensiero Scientifico Editore – Gennaio 2008 consultabile su: www.epicentro.iss.it/igea

2 Dialisi



2.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti in trattamento dialitico presso:

- Centri ambulatoriali pubblici per la dialisi
- Centri ambulatoriali privati accreditati per la dialisi
- Centri ambulatoriali privati non accreditati per la dialisi



2.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Le seguenti categorie di farmaci necessari al trattamento dialitico devono essere garantite dal Centro di Dialisi (Determinazione R Lazio n. D0899. Tariffe prestazioni dialitiche del 4 giugno 2003 e successive integrazioni):

- Acido folico*
- Cianocobalamina e derivati*
- Complesso multivitaminico*
- Ferro trivalente*
- Carnitina*
- Koyexalate*
- Epoetina, Darbepoetina (e ogni altro farmaco con analoga indicazione terapeutica)* la cui modalità di erogazione è già prevista dalle circolari regionali.
- Calcitriolo*
- Eparina
- Derivati Eparinoidi
- Lidocaina
- Protamina
- Corticosteroidi
- Antibiotici
- Antivirali
- Adrenalina

- Dopamina
- Cinacalcet
- Paracalcitolo*
- Sevelamer*

* sono erogati dall'Azienda USL al centro di dialisi territorialmente competente e dovranno essere registrati nel Flusso Informativo dei Farmaci ad Erogazione Diretta (FARMED).



2.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Non è richiesta alcuna prescrizione del medico di famiglia, in quanto i farmaci di cui al paragrafo 2.2 devono essere forniti e somministrati, secondo piano terapeutico, direttamente ed esclusivamente dal medico del Centro di Dialisi presso cui il paziente è in cura.



2.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

Al Centro presso il quale si effettua il trattamento dialitico (paragrafo 2.6.a).



2.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Centro di Dialisi

Possono variare a seconda del Centro di Dialisi. Si consiglia di contattare preventivamente il Centro scelto.



2.6 ANNOTAZIONI

2.6.a Il paziente è libero di scegliere il Centro di Dialisi che ritiene più opportuno in base a motivazioni non sindacabili.

Si riporta qui di seguito l'elenco (aggiornabile) dei Centri di Nefrologia e Dialisi della Regione Lazio tratto dal sito Internet www.sin-italia.org

FROSINONE E PROVINCIA

FROSINONE	Ospedale Civile Umberto I Viale Mazzini, 14 Tel. 0775/898400
FROSINONE	Centro Dialisi Euronefro Srl* Via Marittima, 362 Tel. 0775/291929
ALATRI	Ospedale S. Benedetto Via Chiappitto Tel. 0775/438445
ANAGNI	UO di Nefrologia Dialisi Anagni Via Onorato Capo, 1 Tel. 0775/732271 - 0775/732283
CASSINO	Ospedale Santa Scolastica Divisione di Nefrologia e Dialisi Via San Pasquale, snc Tel. 0776/3929225
CASSINO	Servizio Dialisi Decentrata Ospedale del Prete Pontecorvo San G. Battista I traversa Pontecorvo Tel. 0776/769290
CASSINO	Nephros Srl P.zza S. Scolastica Tel. 0776/26237
FIUGGI	Centro Dialisi S. Elisabetta Eurosanita Via Marconi, 1 Tel. 0775/506520
SORA	Ospedale SS. Trinità Località S. Marciano Tel. 0776/829228 - 0776/829336

LATINA E PROVINCIA

LATINA	Ospedale S. Maria Goretti Via G. Reni Tel. 0773/6553776
LATINA	Centro Dialisi Gambro Healthcare Via dei Cappuccini, 16 Tel. 0773/242626 - 0773/610001
APRILIA	Centro Medico Polispecialistico Via Leoncavallo, 4 Tel. 06/9281444
CISTERNA	Unità Dialitica Decentrata Via Monti Lepini, snc Tel. 06/96025776
FONDI	Centro Dialisi Gambro Healthcare Via Amale Rosso, 129 Tel. 0771/537717
FORMIA	UOC Nefrologia e Dialisi ASL LT PO SUD Via Appia lato Napoli, snc Tel. 0771/779770
PONZA	CAL Ponza Poliambulatorio Località Tre Venti Tel. 0771/809745
PRIVERNO	Ospedale Regina Elena Via S. Vito e Stella, 2 Tel. 0773/910780-1

- SEZZE **Ospedale Civile** Via S. Bartolomeo
Tel. 0773/801780
- TERRACINA **UDD Terracina** Via Firenze, 1
Tel. 0773/3705176

RIETI E PROVINCIA

- RIETI **Ospedale San Camillo De Lellis** Centro di riferimento regionale Nefrologia e Dialisi Viale J.F. Kennedy
Tel. 0746/278388-8218
- MAGLIANO **Ospedale Marzio Marini** Unità di dialisi decentrata
SABINA dell'Ospedale San Camillo De Lellis di Rieti
Località Filoni, 1
Tel. 0744/912290

VITERBO E PROVINCIA

- VITERBO **Dialcenter Ambulatorio** Via Garbini, 134
Tel. 0761/354690
- VITERBO **UO Nefrologia e Dialisi** ASL Viterbo Ospedale di Belcolle Via Sammartinese
Tel. 0761/338602 - 600 - 608 - 614
- VITERBO **Unità Decentrata di Dialisi** Via Donatori di Sangue snc Montefiascone Tel. 0761/823229
- CIVITA **UO Nefrologia e Emodialisi** Ospedale S. Giovanni
CASTELLANA Decollato Andosilla Via Ferretti, 169
Tel. 0761/592239 - 0761/592202
- NEPI **Centro Dialisi** Casa di Cura Nepi Via Cassia bis, km 37
Tel. 0761/528133

ROMA E PROVINCIA

- ROMA **Ospedale S. Pertini** UOC Nefrologia, Dialisi e Litotrissia Via dei Monti Tiburtini, 387
Tel. 06/41433577
- ROMA **Presidio Ospedaliero Policlinico Casilino** UOC Nefrologia e Dialisi ASL Roma B Via Casilina, 1049
Tel. 06/23188340
- ROMA **Ospedale Sant'Andrea** UOC Dialisi e UOC Nefrologia Via di Grottarossa, 1035
Tel. 06/80345920
- ROMA **Azienda Policlinico Umberto I** UOC Nefrologia e Dialisi Viale del Policlinico, 155
Tel. 06/49970527

- ROMA [Università degli Studi](#) Sezione di Emodialisi aggregata alla II divisione di Urologia Dipartimento di Urologia Via del Policlinico, 155
Tel. 06/49974212-63
- ROMA [Ospedale S. Giovanni](#) UOD Nefrologia e Dialisi Via della Amba Aradam, 8
Tel. 06/77055692 - 3 - 4
- ROMA [Università Cattolica del S. Cuore](#) Policlinico Gemelli Dipartimento Scienze Chirurgiche Largo Gemelli, 1
Tel. 06/30155485
- ROMA [Unità Operativa di Dialisi CI Columbus](#) Università Cattolica del Sacro Cuore Via G. Moscati, 31
Tel. 06/3503777
- ROMA [Divisione di Nefrologia e Dialisi](#) Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Istituto di Ricerca Scientifica Piazza S. Onofrio, 4
Tel. 06/68592393 – 06/68592468
- ROMA [Unità Operativa Policlinico Tor Vergata](#) Viale Oxford, 81
Tel. 06/20902185
- ROMA [Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini](#) Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi Largo Forlanini, 1
Tel. 06/58702360
- ROMA [UO Nefrologia e Dialisi nelle Patologie Infettive](#) Via Portuense, 292 Tel. 06/55170337
- ROMA [Ospedale S. Eugenio](#) Piazzale dell'Umanesimo, 10
Tel. 06/51002489
- ROMA [UDD Dialisi](#) Via Noventa, 8
Tel. 06/5004818
- ROMA [Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata](#) – UOC Nefrologia e Dialisi Via della Amba Aradam, 9
Tel. 06/77055692 - 3 - 4
- ROMA [Ospedale S. Giacomo](#) Centro di Riferimento di Nefrologia e Dialisi Via A. Canova, 29
Tel. 06/3227150
- ROMA [UDD Diagest](#) Via L. Rondinotto, 1
Tel. 06/57305467
- ROMA [Ospedale Fatebenefratelli](#) Isola Tiberina, 39
Tel. 06/6837259
- ROMA [Ospedale S. Spirito](#) Lungotevere in Sassia, 1
Tel. 06/68352552
- ROMA [Casa di Cura Nuova Clinica Annunziatella](#) Via Meropia, 124
Tel. 06/51058506
- ROMA [Gambro Healthcare Italia SpA](#) Roma EUR Via V. Cerulli, 2b
Tel. 06/51962854

- ROMA [Casa di Cura San Feliciano](#) Via di Val Cannuta, 132
Tel. 06/638959
- ROMA [Casa di Cura San Feliciano](#) Centro Emodialisi 22°
Via E. De Osso, 6 Tel. 06/66495672
- ROMA [Centro Dialisi Poliambulatorio Don Bosco](#) Assistenza
limitata di UO Nefrologia Dialisi e Litotrissia -
Ospedale S. Pertini Via Antistio, 15
Tel. 06/7480717
- ROMA [Centro Dialisi Cerlab](#) Viale Amelia, 16
Tel. 06/78359408
- ROMA [Casa di Cura Ars Medica - Dialisi II](#) Via Ferrero di
Cambiano, 29 Tel. 06/36208570
- ROMA [Casa di Cura Ars Medica - Dialisi I](#) Via Ferrero di
Cambiano, 29 Tel. 06/36208510
- ROMA [Centro Emodialisi](#) Casa di Cura Villa Anna Maria s.r.l.
Via Saturnia, 25 Tel. 06/700476455
- ROMA [Centro Emodialisi](#) Casa di Cura Nuova Villa Claudia
Via Flaminia Nuova, 280 Tel. 06/36298086
- ROMA [Centro Emodialisi Madonna della Fiducia](#) Via Latina, 97
Tel. 06/78440346
- ROMA [Casa di Cura Pio XI](#) Via Aurelia, 559
Tel. 06/6806055
- ROMA [Centro Dialisi Life Hospital](#) c/o Casa di Cura Villa Gina
Via della Sierra Nevada, 130 Tel. 06/54921341
- ROMA [Casa di Cura Guarnieri](#) Via Tor De Schiavi, 139
Tel. 06/24599410
- ROMA [Casa di Cura Villa Tiberia](#) Via Emilio Praga, 26
Tel. 06/82090015
- ROMA [Casa di Cura Aurelia Hospital](#) Centro Dialisi B
Via Aurelia, 860 Tel. 06/66492250
- ROMA [Casa di Cura Aurelia Hospital](#) Centro Dialisi A
Via Aurelia, 860 Tel. 06/66492339
- ROMA [Centro Emodialisi Casa di Cura Villa Sandra](#)
Via Portuense, 798 Tel. 06/65595517
- ROMA [Casa di Cura Villa Pia](#) Centro Emodialisi A
Via B. Ramazzini, 93 Tel. 06/58202242
- ROMA [Casa di Cura Città di Roma](#) Via Moidalchini, 20
Tel. 06/5847216 - 06/58471
- ROMA [Casa di Cura Nuova Itor](#) Centro Emodialisi A e B
Via di Pietralata, 162 Tel. 06/416021
- ROMA [Presidio Ospedaliero Integrato Portuense](#) UO Semplice
affidente alla UOC GB Grassi Ostia-Roma
Via dei Buonvisi, 50
Tel. 06/65656745 - 06/65656791

- ALBANO [Ospedale S. Giuseppe](#) Via del Mare
LAZIALE Tel. 06/93273209 - 10 - 05
ANZIO [Ospedale Polispecializzato](#) Via Cupa dei Marmi
Tel. 06/98791239 - 34 - 47 - 93
ANZIO [UDD Villa dei Pini](#) Via Casal del Brocco, 19
Tel. 06/98609418
BRACCIANO [Dipartimento di Nefro-Urologia dell'Ospedale S. Paolo](#)
Assistenza limitata c/o Ospedale Civile Bracciano
Via delle Coste
Tel. 06/99890324
CAPENA [Unità Dialisi Decentrata Rendial SpA](#) Dipartimento di
Nefrourologia Osp. S. Paolo Via Tiberina km 15.400
Tel. 06/90380684
CIVITAVECCHIA [Dipartimento di NefroUrologia](#) Ospedale S. Paolo Largo
Donatori di Sangue, 1
Tel. 0766/591326
COLLEFERRO [Ospedale Parodi Delfino](#) Piazza A. Moro
Tel. 06/97223209
FONTE NUOVA [Nomentana Hospital](#) Viale Nicola Berloco, 60
Tel. 06/90017307
LADISPOLI [Gambro Healthcare Ladispoli](#) Via Taranto, 14 c
Tel. 06/9947443
OSTIA LIDO [UO Nefrologia e Dialisi](#) ASL Roma D Via Passeroni, 28
Tel. 06/5648-1 - 06/56482221
OSTIA [UDD Villa del Lido](#) Centro di Assistenza Limitata
dell'Ospedale G.B.Grassi Viale del Lido
Tel. 06/5623359
PALESTRINA [Ospedale Coniugi Bernardini](#) Viale Pio XII
Tel. 06/95322239 - 06/95322238
POLI [Casa di Cura Privata Villa Luana](#) Via Tivoli, 66
Tel. 06/95738538
POMEZIA [UDD](#) Via Spoleto, 5
Tel. 06/91620315
TIVOLI [Centro Dialisi CTFGM](#) Viale Trieste, 2
Tel. 0774/318038
TIVOLI [Centro Dialisi INI](#) Divisione Medicus Tivoli
P.le S. Giovanni di Dio, snc
Tel. 0774/338832
TIVOLI [UOC Nefrologia e Dialisi](#) PO Tivoli Via Parrozzani, 3
Tel. 0774/3164401 - 402
TIVOLI [UDD c/o Italian Hospital Group](#) Via Tiburtina, 188
Guidonia Tel. 0774/386181

TIVOLI	UDD c/o Ospedale L. Angelucci Via Contrada Colle Cisterna Subiaco Tel. 0774/3164401
VELLETRI	Casa di Cura Madonna delle Grazie Viale S. D'Acquisto, 67 Tel. 06/964411 – 06/96441630



2.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Nota R Lazio 12689/99
- Nota R Lazio 13/10/98
- Circ R Lazio 19 23/4/99
- Nota R Lazio 18/05/99
- DGR Lazio 619/98
- Nota R Lazio 17475/98
- Nota R Lazio 17922/98
- Circ R Lazio 35/90
- Telegramma R Lazio 23/07/94
- DGR Lazio 1572/98
- Nota R Lazio 2519/98
- Nota R Lazio 951/99
- BUR Lazio n. 29/88 pag 12-13
- Nota R Lazio 22361/99
- Nota R Lazio 518/2000
- Nota R Lazio 777/2001
- Nota R Lazio 914/2001
- Determinazione Regione Lazio n. D0899 04/06/03
- Determinazione Regione Lazio n. 513 22/02/06
- Determinazione Regione Lazio n. 1813 21/06/06
- Determinazione Regione Lazio n. 4439 06/12/06
- Nota R Lazio 53326/V/20/2007
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

3

Dietoterapici destinati ad un'alimentazione particolare



3.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti:

- Affetti da malattie metaboliche congenite da cui alla Circolare Regione Lazio n. 27/93 (paragrafo 3.6.a)
- Affetti da fibrosi cistica del pancreas
- nati da madre sieropositiva HIV fino al VI mese di età
- Affetti da morbo celiaco, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme
- Affetti dalla malattia di Crohn



3.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Tipologia dei prodotti concessi:

Prodotti di cui al Registro Nazionale (art. 7 del DM 8 giugno 2001) del Ministero della Salute (consultabile su www.ministerosalute.it; www.farmaciofogliani.it).

Quantitativi massimi concessi.

Per i pazienti affetti da **malattie metaboliche congenite, da fibrosi cistica del pancreas e per i nati da madre sieropositiva HIV fino al VI mese di età** i limiti quantitativi sono riportati nella **tabella A**.

Per pazienti affetti da **morbo celiaco, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme** i quantitativi sono legati al tetto massimo di spesa, secondo quanto riportato nella seguente **tabella B**.

Pazienti affetti dalla malattia di Crohn

Diete enterali per os (formule nutrizionali elementari o polimeriche)

Tabella A - Limiti quantitativi (indicativi) per pazienti affetti da malattie metaboliche congenite, da fibrosi cistica del pancreas e per i nati da madre sieropositiva HIV fino al VI mese di età*

Età	Fabbisogno calorico medio quotidiano Kcal	Prescrizione massima per mese di alimenti speciali kg
Fino a 6 mesi		su indicazione del Medico Specialista
6 mesi-1 anno	1000	3
1 anno-3 anni	1300	4
3 anni-6 anni	1700	5
6 anni-10 anni	2000	6
10 anni-15 anni	2500	8
Oltre 15 anni	3000	10

*I limiti quali e quantitativi indicati nella tabella A sono da considerarsi indicativi, in quanto la Regione Lazio in successive note (26890/96 e 12682/99) ha svincolato i limiti indicati nelle tab. A e B della citata circolare. La prescrizione dovrà tuttavia attenersi strettamente al piano nutrizionale previsto dalla struttura specializzata che segue il paziente. In particolare, per i pazienti affetti da fibrosi cistica, la legge 548/93 art.3 svincola da qualsiasi limite quali-quantitativo.

Tabella B - Fabbisogno calorico e limite di spesa mensile per morbo celiaco compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme

Età	Fabbisogno calorico		Limite di spesa al mese
	Totale	35%	
6 mesi-1 anno	900	315	45,00
Fino a 3,5 anni	1300	455	62,00
Fino a 10 anni	2000	700	94,00
Adulti maschi	3000	1050	140,00
Adulti femmine	2200	770	99,00



3.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Il medico di famiglia – in possesso del numero autorizzativo assegnato dalla ASL di residenza del paziente (paragrafo 3.6.b), previa presentazione di diagnosi e piano terapeutico rilasciato da specialista del SSN o da centri di riferimento regionali, indica sulla ricetta:

- Nome, cognome, indirizzo, età e codice regionale dell'assistito
- Numero autorizzativo (paragrafo 3.6.c) assegnato dalla ASL di residenza del paziente
- Data, timbro, codice regionale e firma del medico prescrittore che dovrà barrare l'apposito riquadro contrassegnato con la lettera "I" (Integrativa)
- Fabbisogno non superiore a 30 giorni, così come stabilito dallo Specialista SSN o Centro di riferimento regionale che ha formulato la diagnosi e la prescrizione

Per i pazienti affetti dalla malattia di Crohn la prescrizione (piano nutrizionale) deve essere redatta da una Unità Operativa di Nutrizione Artificiale Domiciliare (vedi capitolo 10)



3.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- Alla ASL di appartenenza (vedi capitolo 17) per ottenere il numero autorizzativo per la prescrizione dei prodotti dietoterapici
- Al Servizio Farmaceutico Territoriale del Distretto di residenza (vedi capitolo 17) per ottenere i prodotti dietoterapici

Per i soli pazienti affetti da morbo celiaco compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme:

- I.** La ASL di appartenenza del paziente consegna annualmente all'assistito autorizzato 12 moduli (di cui al modello predisposto dalla Regione Lazio con nota prot. 542117/4A/09-4A/05 del 29/05/03) uno per ciascun mese di trattamento;
- II.** Il paziente, per ricevere i prodotti dietoterapici, si reca mensilmente presso le farmacie convenzionate e consegna alla farmacia stessa il modulo relativo al mese di trattamento.



3.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Certificato medico, da rinnovare annualmente, in base all'evolversi della patologia e all'età, rilasciato da struttura ospedaliera pubblica o universitaria attestante la forma morbosa e il fabbisogno mensile dei prodotti dietetici nei limiti quali-quantitativi (indicativi) previsti (tab. A e B)
- Prescrizione del medico di famiglia, di cui al punto 3.3
- Libretto Sanitario dell'assistito
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



3.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.

3.6.a Errori metabolici congeniti come da Circolare Regione Lazio 27/93

- Malattie congenite del metabolismo degli amminoacidi (fenilchetonuria, tirosinemia, leucinosi, ecc.)
- Malattie congenite del metabolismo dei carboidrati (glicogenosi, galattosemia, ecc.)
- Acidemie organiche e acidosi lattiche primitive
- Malattie congenite del metabolismo delle purine e delle pirimidine (malattia di Lesch-Nyghan, xantinuria ereditaria, ecc.)
- Disordini congeniti del metabolismo delle lipoproteine, dei lipidi e della betaossidazione
- Malattie ereditarie del metabolismo delle porfirine e dell'eme (porfirie, ittero ereditario e disordini del metabolismo della bilirubina)
- Malattie del metabolismo dei metalli (malattia di Wilson, malattia di Menkes, emocromatosi, ecc.)
- Malattie perossisomiali (sindrome di Zellweger, malattia di Refsum, ecc.)
- Malattie lisosomiali (mucopolisaccaridosi, mucopolidosi, ecc.)
- Malattie congenite dei sistemi di trasporto di membrana (cistinuria, malattia di Hertrnup, ecc.)

3.6.b Procedura per l'attribuzione, da parte della ASL, del numero autorizzativo per la prescrizione al paziente dei prodotti dietoterapici

Il funzionario ASL:

1. acquisisce i dati necessari per la compilazione del modulo 3.6.c dal libretto sanitario e dal certificato medico della struttura ospedaliera o universitaria
2. compila il modulo 3.6.c in triplice copia apponendo l'apposito numero autorizzativo
3. trasmette il detto modulo compilato al medico di famiglia e al paziente trattenendone una copia
4. rinnova annualmente l'autorizzazione seguendo i punti da 1 a 3

3.6.c Modulo per assegnare il numero autorizzativo

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO ASL
Al Dott
.....
.....

OGGETTO: Attribuzione del numero autorizzativo per la prescrizione dei prodotti dietoterapici per pazienti affetti da errori metabolici congeniti, morbo celiaco, fibrosi cistica del pancreas.

Vista la documentazione sanitaria esibita dall'assistit..., attestante che il/la paziente
nato/a a il
e residente in via/piazza
è affetto da
patologia accertata presso
ai sensi della Circolare R Lazio n° 73/92

SI AUTORIZZA

la prescrizione per il/la suddetto/a paziente dei prodotti dietetici indicati per tale patologia nei limiti quali-quantitativi previsti dalle normative vigenti.

Si richiama l'attenzione ad attenersi a quanto indicato nella Circolare R Lazio n° 73/92.

In calce alla ricetta il medico curante apporrà la seguente dicitura:
Autorizzazione della Azienda USL N° del
e barrerà la casella I (Integrativa).

Data

Il Responsabile
Assistenza Farmaceutica Territoriale

FAC SIMILE MODULO PER L'EROGAZIONE DI PRODOTTI DIETOTERAPICI
A PAZIENTI AFFETTI DA MORBO CELIACO
COMPRESA LA VARIANTE ERPETIFORME
(NOTA R LAZIO PROT.542117/4A/09-4A/05 DEL 29-05-03)

ETA'	RETTO DI SPESA	Euro
6 mesi-1 anno	44,42	44,42
fino a 2,5 anni	61,97	61,97
fino a 10 anni	94,00	94,00
Età adulta	136,14	66,12



3.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Circ R Lazio 73/92
- Nota R Lazio 2917.55/93
- Nota R Lazio 12147/93
- Circ R Lazio 54/82
- D Min San 01/07/82 pubbl in GU n. 217/82
- Legge R Lazio 43/98
- Nota R Lazio 26890/96
- Nota R Lazio 12682/99
- Circ R Lazio 27/93
- D Min San n. 279 del 18/05/2001
- D Min San 08/06/01 pubbl in GU n. 154/01
- Nota R Lazio prot 2121/10K1/3 del 30/07/2001

- Nota R Lazio prot 542117/4A/09-4A/05 del 29-05-03
- Nota R Lazio prot 27751 del 03-03-04
- D Min Sal 04-05-2006 pubbl in GU 17-05-06
- Nota R Lazio 90875 del 23-08-07
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure Operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità– SIFO Lazio

4 Fibrosi cistica



4.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da fibrosi cistica.



4.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Sono concedibili specialità medicinali (anche di fascia H e C), preparati galenici, dispositivi medici e i seguenti prodotti dietoterapici:

- Latti speciali
- Farine speciali per pane e dolci
- Pasta alimentare
- Fette biscottate
- Pane confezionato
- Biscotti semplici
- Trigliceridi a catena media (Olio MCT)
- Integratori dietetici

Limiti quantitativi: stabiliti dal medico prescrittore sulla base delle necessità terapeutiche.



4.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

I **prodotti dietoterapici** devono essere prescritti dal medico di famiglia in possesso del numero autorizzativo del singolo paziente (paragrafo 4.6.a) che riporta sulla ricetta:

- Nome, cognome, indirizzo, età e codice regionale dell'assistito
- Numero autorizzativo (vedi paragrafo 4.6.b) assegnato dalla ASL di residenza del paziente
- Data, timbro, codice regionale e firma del medico prescrittore che dovrà barrare l'apposito riquadro contrassegnato con la lettera "I" (Integrativa)

- Fabbisogno mensile

Le **specialità medicinali** (anche di fascia H e C), i **preparati galenici** e **dispositivi medici** vengono erogati dal Servizio Farmaceutico del Distretto di residenza su presentazione del piano terapeutico che deve essere rinnovato trimestralmente.



4.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- Alla ASL di residenza del paziente (vedi capitolo 17), per ottenere il numero autorizzativo per la prescrizione dei prodotti dietoterapici;
- Al Servizio Farmaceutico Territoriale del Distretto di residenza (vedi capitolo 17) per ottenere i prodotti farmaceutici.



4.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Certificato medico rilasciato dal Centro Regionale specializzato di riferimento (Università “La Sapienza” di Roma - Istituto di Clinica Pediatrica - Ospedale Bambino Gesù di Roma) attestante la forma morbosa e il fabbisogno di specialità medicinali, dispositivi medici, prodotti dietoterapici e preparati galenici. Il piano terapeutico deve essere rinnovato trimestralmente per specialità medicinali (D.L. n. 539 del 30/12/1992; tab n° 4 Farmacopea Ufficiale XI ed.) e annualmente per prodotti dietoterapici (Circolare R.Lazio. n. 73/92) in base all'evolversi della patologia e all'età
- Prescrizione del medico di famiglia, come dal punto 4.3
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale
- Libretto sanitario dell'assistito



4.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.

4.6.a Procedura per l'attribuzione, da parte della ASL, del numero autorizzativo per la prescrizione al paziente dei prodotti dietoterapici

Il funzionario ASL:

1. acquisisce i dati necessari per la compilazione del modulo 4.6.b dal libretto sanitario e dal certificato medico della struttura ospedaliera o universitaria
2. compila il modulo 4.6.b in triplice copia apponendo l'apposito numero autorizzativo
3. trasmette il detto modulo compilato al medico di famiglia e al paziente trattenendone una copia
4. rinnova annualmente l'autorizzazione seguendo i punti da 1 a 3

4.6.b Modulo per assegnare il numero autorizzativo

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO ASL
 Al Dott

OGGETTO: Attribuzione del numero autorizzativo per la prescrizione dei prodotti dietoterapici per pazienti affetti da errori metabolici congeniti, morbo celiaco, fibrosi cistica del pancreas.

Vista la documentazione sanitaria esibita dall'assistit., attestante che il/la paziente

nato/a a il

e residente in via/piazza

è affetto da

patologia accertata presso

ai sensi della Circolare R Lazio n. 73/92

SI AUTORIZZA

La prescrizione per il/la suddetto/a paziente dei prodotti dietetici indicati per tale patologia nei limiti quali-quantitativi previsti dalle normative vigenti.

Si richiama l'attenzione ad attenersi a quanto indicato nella Circolare R. Lazio n° 73/92.

In calce alla ricetta il medico curante apporrà la seguente dicitura:

Autorizzazione della Azienda USL N° del

e barrerà la casella I (Integrativa).

Data

Il Responsabile

Assistenza Farmaceutica Territoriale



4.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Legge n. 548 del 23 dicembre 1993
- Legge n. 37 del 1 febbraio 1989
- DGR 6187/93
- Circ R Lazio 15/06/94
- Circ R Lazio 6/04/94
- Circ R Lazio 17/02/93
- Circ R Lazio n. 73/92 e successive integrazioni e modifiche
- DL n. 539 del 30/12/1992
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

5

Insufficienza renale cronica



5.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da insufficienza renale cronica.



5.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Alimenti ipoproteici (senza limiti massimi prestabiliti):

- Pane
- Pasta
- Farina
- Fette biscottate
- Pancarrè
- Biscotti
- Altri prodotti aproteici previsti dalla dieta ipoproteica elaborata dalle strutture autorizzate



5.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Il medico di famiglia – in possesso del numero autorizzativo assegnato dalla ASL di residenza del paziente (paragrafo 5.6.b) – previa presentazione di diagnosi e piano terapeutico rilasciato da una struttura ospedaliera o universitaria, indica sulla ricetta:

- Nome, cognome, indirizzo, età e codice regionale dell'assistito
- Numero autorizzativo (paragrafo 5.6.c) assegnato dalla ASL di residenza del paziente
- Data, timbro, codice regionale e firma del medico prescrittore che dovrà barrare l'apposito riquadro contrassegnato con la lettera "I" (Integrativa)
- Fabbisogno mensile così come stabilito dallo specialista nefrologo o dai Centri di Dietologia e Nutrizione Clinica



5.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- Alla ASL di appartenenza (vedi capitolo 17) per ottenere il numero autorizzativo per la prescrizione dei prodotti dietoterapici
- Al Servizio Farmaceutico Territoriale del Distretto di residenza (vedi capitolo 17) per ottenere i prodotti dietoterapici



5.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Certificato medico, da rinnovare annualmente in base all'evolversi della patologia, rilasciato dallo specialista nefrologo della struttura pubblica o privata purché accreditata con il Servizio Sanitario Regionale, attestante la patologia, la dieta ipoproteica e il fabbisogno mensile dei prodotti dietetici. La prescrizione della dieta e il fabbisogno necessario possono essere determinati da tutti i Centri di Dietologia e Nutrizione Clinica, afferenti alle ASL e/o Aziende Ospedaliere
- Prescrizione del medico di famiglia, come dal punto 5.3
- Libretto sanitario dell'assistito
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



5.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.

5.6.a Procedura per l'attribuzione, da parte della ASL, del numero autorizzativo per la prescrizione al paziente dei prodotti dietoterapici

Il funzionario ASL:

1. acquisisce i dati necessari per la compilazione del modulo 5.6.c dal libretto sanitario e dal certificato medico della struttura ospedaliera o universitaria
2. compila il modulo 5.6.c in triplice copia apponendo l'apposito numero autorizzativo

3. trasmette il detto modulo compilato al medico di famiglia e al paziente trattenendone una copia
4. rinnova annualmente l'autorizzazione seguendo i punti da 1 a 3

5.6.b Le Aziende Sanitarie con cadenza trimestrale sono tenute a trasmettere all'Assessorato alla Sanità – Regione Lazio – Area Farmaceutica, report relativi alle autorizzazioni/erogazioni dei prodotti aproteici ai pazienti affetti da insufficienza renale cronica riportanti per ciascun paziente il numero autorizzativo assegnato nonché le quantità di alimenti consegnati e/o autorizzati.

5.6.c Modulo per assegnare il numero autorizzativo

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO ASL
 Al Dott

OGGETTO: Attribuzione del numero autorizzativo per la prescrizione dei prodotti dietoterapici per pazienti affetti da errori metabolici congeniti, morbo celiaco, fibrosi cistica del pancreas.

Vista la documentazione sanitaria esibita dall'assistit., attestante che il/la paziente
 nato/a a il
 e residente in via/piazza
 è affetto da
 patologia accertata presso
 ai sensi della Circolare R Lazio n. 73/92

SI AUTORIZZA

la prescrizione per il/la suddetto/a paziente dei prodotti dietetici indicati per tale patologia nei limiti quali-quantitativi previsti dalle normative vigenti.

Si richiama l'attenzione ad attenersi a quanto indicato nella Circolare R Lazio n° 73/92.

In calce alla ricetta il medico curante apporrà la seguente dicitura:
 Autorizzazione della Azienda USL N. del
 e barrerà la casella I (Integrativa).

Data

Il Responsabile
 Assistenza Farmaceutica Territoriale



5.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Circ R Lazio 27/98
- Note R Lazio 16436/98
- Nota R Lazio 17796/98
- Circolare R Lazio 73/92
- DGR Lazio n. 1322 del 09/12/03
- Nota Regione Lazio n. 38815/4A-05 del 31/03/04
- DGR Lazio n. 112 del 2007
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure Operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta
– Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

6

Malattia di Alzheimer



6.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer nella forma lieve e moderata.



6.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

- Donazepil cloridrato (Aricept Memac)
- Galantamina (Reminyl)
- Rivastigmina (Exelon Prometax)



6.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

I medici di base indirizzeranno il paziente verso le Unità Valutazione Alzheimer (UVA) di riferimento (paragrafo 6.7), individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Le UVA effettuano la diagnosi e stabiliscono il grado di severità della malattia in base alla scala MMSE.

Le UVA rilasceranno diagnosi e piano terapeutico, la risposta del paziente alla terapia dovrà essere monitorata ad intervalli regolari dall'inizio del trattamento:

- A un mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'eventuale aggiustamento del piano terapeutico
- A tre mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la prosecuzione della cura deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico
- Ogni sei mesi, per valutazioni della risposta e della tollerabilità



6.4 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE ALL'UVA

- Prescrizione redatta dal medico di famiglia o da uno specialista pubblico su ricettario regionale con la dicitura “visita specialistica presso l’UVA”
- Libretto e tessera sanitaria dell’assistito



6.5 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- Il paziente e la sua famiglia consegnano l’originale del piano terapeutico redatto dall’UVA alla ASL di competenza territoriale (vedi capitolo 17) del paziente. Una copia sarà consegnata al medico curante che provvederà a prescrivere su ricettario SSN il farmaco necessario indicando la Nota 85
- Le farmacie aperte al pubblico erogano gratuitamente il farmaco, assicurando una distribuzione capillare su tutto il territorio



6.6 ANNOTAZIONI

Ai medici di famiglia e agli specialisti è affidato il compito di formulare l’eventuale sospetto di Malattia di Alzheimer e seguire il paziente costantemente.

Le ASL e il Comune di Roma hanno promosso una rete di servizi rivolti ai malati di Alzheimer ed alle loro famiglie. Le azioni si sono concretizzate nella realizzazione di Centri diurni di Sollievo, Residenze di Sollievo, Call Center Informativo, Giardino Alzheimer, sostegno e formazione al volontariato.

Il Call Center “Alzheimer Oggi” - Tel. (numero verde gratuito) 800.915379

attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 18.00 e il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00 fornisce informazioni e orientamento su:

- Strutture territoriali delle ASL, dove esista una consolidata esperienza nei riguardi dei malati di Alzheimer

- Strutture sociosanitarie operanti presso Municipi e ASL, quali Centri diurni, centri di riabilitazione, ricoveri di sollievo, RSA, ecc.
- Disponibilità di prestazioni appropriate in campo socio-sanitario (Assistenza Domiciliare e simili) e psicologico per i malati e i loro familiari
- Questioni di ordine giuridico relative ai diritti dei malati e dei loro familiari
- Iniziative volte a fornire strumenti di comprensione della malattia per una migliore gestione della malattia stessa (corsi di formazione, gruppi di sostegno ai familiari, ecc.)
- Supporto che le due Associazioni forniscono attraverso l'opera dei loro volontari ed esperti

Le Residenze di Sollievo e il servizio “Ore di Sollievo” offrono posti letto per accogliere gli anziani affetti da questa malattia per periodi che arrivano fino a 20 giorni, o “ore di sollievo” con servizio d’assistenza sociosanitaria a domicilio. Questo servizio permette da un lato di accudire il paziente in un ambiente protetto e a lui familiare ed allo stesso tempo di offrire alle famiglie, occupate con continuità nell’assistenza del malato, un periodo di “sollievo”.

NOME	INDIRIZZO	TELEFONO	MUNICIPI	ASL
La Pineta Argentata	Via Casal Boccone, 112	06/82003443	1-2-3-4	RM A
Nomentana	Via Guattani, 17		1-2-3-4	RM A
Hansel e Gretel	Via di Torre Spaccata, 157	06/23268080	5-7-8-10	RM B
Via degli Elci	Via degli Elci, 35	06/23298053	5-7-8-10	RM B
Amarcord	Via Ancellotto, 39	06/24404033	6-9-11-12	RM C
Tre Fontane	Via Laurentina, 289	06/5405406	6-9-11-12	RM C
Arcobaleno	Via G. Ventura, 60	06/66147347	17-18-19-20	RM E



6.7 ELENCO DELLE UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA) DELLA REGIONE LAZIO

NOME	ASL	INDIRIZZO	TELEFONO
Day Hospital Geriatrico Ospedale Nuovo Regina Margherita	Roma A	Via Morosini, 30 00153 RM	06/58446573
Cattedra geriatria Dip. Scienze Invecchiamento Policlinico Umberto I	Roma A	V.le del Policlinico, 155 00161 RM	06/49970617
UO Neurologia Dip. Malattie Sistema Nervoso S. Giovanni Addolorata	Roma A	Via Amba Aradam, 9 00184 RM	06/77055483
Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli	Roma A	Isola Tiberina 00186 RM	06/6837300
Dip. Scienze Neurologiche Policlinico Umberto I	Roma A	V.le dell'Università, 30 00185 RM	06/49914854
Coordinamento dei CC.AA.DD c/o Poliambulatorio	Roma B	Via Tenuta di Torrenova, 138 00133 RM	06/41434733
Centro Polivalente Prevenzione e Cura Malattie in Età Geriatrica	Roma B	Poliambulatorio di Via Antistio, 15 00174 RM	06/71072626
Policlinico di Tor Vergata Divisione Clinica Neurologica	Roma C	Viale Oxford, 81 00133 RM	06/20903131
Unità Operativa Complessa di Geriatria Ospedale S. Eugenio	Roma C	P.le dell'Umanesimo, 10 00144 RM	06/51002480
UO di Neurologia e Riabilitazione Neurologica c/o IRCCS S. Lucia - Università di Tor Vergata	Roma C	Via Ardeatina, 306 00179 RM	06/51501515
Ospedale Israelitico	Roma D	Via Fulda, 14 00148 RM	0340/3364414

NOME	ASL	INDIRIZZO	TELEFONO
Dip. Neuroscienze Lancisi A.O. S. Camillo Forlanini	Roma D	Circ. Gianicolense 00152 RM	06/58704586
UO di Neurologia Ospedale G.B. Grassi	Roma D	Via Passeroni, 28 00122 RM	06/56482058
UO di Neurologia Ospedale S.Spirito Dip. Tutela Salute Anziani c/o Casa di Riposo del Comune di Roma "Roma 3"	Roma E	Via G. Ventura, 60 00193 RM	06/6279241
Ospedale S. Pietro Servizio di Neurofisiopatologia	Roma E	Via Cassia, 600 00189 RM	06/33582779
UO Neurologia A.O. S. Filippo Neri	Roma E	Via G. Martinotti, 20 00135 RM	06/33062358
Cattedra Geriatria Centro Medicina Invecchiamento Università Cattolica Sacro Cuore	Roma E	L.go A. Gemelli, 8 00168 RM	06/30154859
Clinica Neurologica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Gemelli	Roma E	L.go A. Gemelli, 8 00168 RM	06/30154333
Servizio neuroscienze - Azienda Pol. S. Andrea	Roma E	Via di Grottarossa, 1035/1039 00189 RM	06/80345377
INRCA UO Geriatria e Cardiologia	Roma E	Via Cassia, 1167 00189 RM	06/30342690 -2549
CAD c/o Distretto F.1 Civitavecchia	Roma F	Via di Traiano, 39/a - 00053	0766/591441
Centro di Salute Mentale di Tivoli U.O. di Neurofisiopatologia dell'Ospedale di Tivoli	Roma G	Via Domenico Giuliani, 4 - 00019	0774/3164276

NOME	ASL	INDIRIZZO	TELEFONO
UO di Neurofisiopatologia del Polo Ospedaliero H2 c/o il Presidio Ospedaliero di Albano	Roma H	Via del Mare, Km.1 00041 Albano Laziale	06/93273283
UO Senescenza, Disabilità, Ass. Domiciliare Distretto H1 c/o Ospedale Cartoni	Roma H	Via Malpasso D'Acqua 00040 Rocca Priora	06/94044512
UO Senescenza, Disabilità, Ass. Domiciliare Distretto H	Roma H	Via dei Castelli Romani, 2 00040 Pomezia	06/91145269
Geriatria dell'Ospedale Civile di Sezze	Latina	Via S. Bartolomeo, 1 04018 Sezze (LT)	0773/ 801722-26
UO di Neurologia dell'Ospedale S. Maria Goretti	Latina	Via G. Reni, 1 04100 Latina	0773/ 655600-02
UO di Neurologia - Ospedale Bel Colle	Viterbo	Strada Sammartinese 01100 Viterbo	0761/339266 0761/ 339653-449
Servizio Geriatrico Integrato Dottore Angelico di Aquino	Frosinone	Viale Manzoni,26 03031 Aquino (FR)	0776/729014 0776/303267
Centro di Salute Mentale di Sora c/o Sede Distretto di Sora	Frosinone	Via Piemonte 03039 Sora	0776/821803
UO di Neurologia Presidio Ospedaliero S. Camillo De Lellis	Rieti	Viale Baroni 02100 Rieti	0746/278074-6 0746/24105105



6.8 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- D Min San 141/00
- Nota R Lazio 04/12/00
- Nota R Lazio 15/12/00

- Nota R Lazio 16/01/01
- Nota R Lazio 20/02/01
- Nota R Lazio 22/02/01
- DGR Lazio 15/01/2002 n. 34
- GU 04/11/2004 n. 259 Note AIFA 2004
- GU 10/01/2007 n. 7 Note AIFA 2006-2007
- Comunicato AIFA del 28/12/2006
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure Operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità– SIFO Lazio

7

Medicinali Antitumorali



7.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti oncologici trattati con farmaci antitumorali iniettabili.

Detti pazienti possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

- I categoria: pazienti seguiti presso strutture pubbliche o private accreditate (ospedali, ambulatori, case di cura)
- II categoria: pazienti seguiti dal Centro Assistenza Domiciliare(CAD), costretti a letto presso il proprio domicilio
- III categoria: pazienti seguiti presso il DH oncologico che necessitano dei medicinali antitumorali di cui all'Elenco 3 DGR Lazio 513 del 22/02/2006 e successive modifiche e integrazioni, medicinali antitumorali HOSP2 (vedi capitolo 8 - tabella I)
- IV categoria: pazienti seguiti dal proprio medico di famiglia o dal medico specialista che necessitano dei soli medicinali antitumorali di cui all'Allegato 2 Decr Min San 14/07/99 per la somministrazione sottocute, intramuscolo, endovescicale (paragrafo 7.6 - allegato A)



7.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

- I e II categoria: a) I medicinali antitumorali HOSP1 (paragrafo 7.6 - allegato B), compresi i farmaci inclusi negli elenchi della legge 648/96 (vedi capitolo 9 - tabelle I, II, III, IV)
b) I medicinali antitumorali dell'allegato 2 Decr Min San 14/07/99 (paragrafo 7.6 - allegato A)
- III categoria: I medicinali antitumorali HOSP2 (vedi capitolo 8 - tabella I).
- IV categoria: I medicinali dell'allegato 2 Decr Min San 14/07/99 (paragrafo 7.6 - allegato A).



7.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

- I categoria: prescrizione a cura del medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata che effettua la somministrazione
- II categoria: prescrizione a cura del medico specialista, con l'indicazione del ciclo di terapia e del fabbisogno mensile; detta prescrizione deve essere consegnata al CAD
- III categoria: prescrizione/piano terapeutico del medico specialista del centro oncologico di riferimento, con l'indicazione del ciclo di terapia e delle modalità di somministrazione
- IV categoria: prescrizione, da rinnovare volta per volta, del medico di famiglia o del medico specialista, con l'indicazione del fabbisogno mensile e della via di somministrazione



7.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- I categoria: Il paziente effettua la terapia presso la struttura pubblica o privata accreditata, il costo del farmaco è a carico del Servizio Sanitario Regionale
- II categoria: Il paziente riceve presso il proprio domicilio i medicinali antitumorali a cura del CAD, che effettua la somministrazione
- III categoria: Il paziente riceve i medicinali antitumorali da assumere al proprio domicilio, presso il centro prescrittore (DH, ambulatorio) e/o la farmacia ospedaliera. Solo nel caso in cui tale erogazione determini "disagi per il paziente", lo stesso potrà ritirarli (DGR 513 del 22 febbraio 2006 e successive integrazioni e modifiche) presso il Servizio Farmaceutico Territoriale di residenza
- IV categoria: Il paziente si reca presso il Servizio Farmaceutico Territoriale della propria ASL di residenza (vedi capitolo 17), che su prescrizione medica gli fornisce gratuitamente i medicinali antitumorali



7.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

Si rivolgono al Servizio Farmaceutico Territoriale i pazienti della III (vedi Annotazioni 7.6.c), i pazienti IV categoria e il CAD per i pazienti della II categoria.

Pazienti della III categoria devono presentare:

- Piano Terapeutico elaborato dallo specialista di struttura pubblica;
- Libretto Sanitario dell'assistito;
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale

Pazienti della IV categoria devono presentare:

- Prescrizione del medico di famiglia o del medico specialista, come indicato al punto 7.3;
- Libretto Sanitario dell'assistito;
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



7.6 ANNOTAZIONI

7.6.a: I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.

7.6.b: Il farmacista deve verificare la corrispondenza tra l'indicazione terapeutica prevista nell'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco e la tipologia della neoplasia indicata dal sanitario

7.6.c: Solo nel caso in cui l'erogazione del farmaco da parte del centro prescrittore possa determinare "disagi per il paziente", questi potrà essere indirizzato alla ASL di residenza.

Per "disagi per il paziente" si intendono quelli determinati dal contemporaneo verificarsi dei seguenti due eventi:

- difficoltà da parte del paziente di raggiungere il centro prescrittore a causa della notevole distanza dal proprio domicilio (ad esempio centro extra regione e/o paziente domiciliato in sedi disagiate);

- accessi ripetuti del paziente al centro prescrittore, su richiesta del centro stesso, ad intervalli temporali superiori a tre mesi, in quanto consentito dalla normativa in vigore e in accordo con le Good Clinical Practice

ALLEGATI:**A)** Elenco dei medicinali antitumorali di cui al Decreto Min San 14/07/99
- Allegato 2

Specialità	Confezioni	Principio attivo
ADRIBLASTINA	1 FL LIOF 10 MG+ F SOLV 5 ML	ADRIAMICINA CLORIDRATO
ADRIBLASTINA	1 FLAC LIOF IV 50 MG	ADRIAMICINA CLORIDRATO
ADRIBLASTINA	1 FLAC SOLUZ PRONTA 50 MG/25 ML	ADRIAMICINA CLORIDRATO
ADRIBLASTINA	SOL. PRONTA 10 MG/5ML	ADRIAMICINA CLORIDRATO
BLEOMICINA	1 FIALA INIETT. LIOF.	BLEOMICINA SOLFATO
NIPPON KAYAKU	15 MG	
MITOMYCIN C	1 FLAC. IV 10 MG	MITOMICINA
MITOMYCIN C	3 FLAC.NI IV 2 MG	MITOMICINA
FARMORUBICINA	IV 1 FLAC POLV LIOF 50 MG	EPIRUBICINA CLORIDRATO
FARMORUBICINA	IV 1 FLAC. LIOF 10 MG+F SOLV.5ML	EPIRUBICINA CLORIDRATO
ARACYTIN	1 FLAC. IV/SC LIOF 100 MG+ 1F 5 ML	CITARABINA
ARACYTIN	1 FLAC. IV/SC LIOF 500 MG+ 1	CITARABINA

B) Elenco medicinali antitumorali HOSP1 (regime di rimborsabilità H e in regime di fornitura OSP1)

Il presente elenco è soggetto a continui aggiornamenti da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco. L'elenco aggiornato è disponibile on-line agli indirizzi www.agenziafarmaco.it

ATC	Principio attivo	Denominazione	Confezione
L01XC04	ALEMTUZUMAB	MABCAMPATH	3 fl EV 30 mg
L01XC07	BEVACIZUMAB	AVASTIN	1 fl EV 400 mg
L01XC07	BEVACIZUMAB	AVASTIN	1 flacone EV 100 mg
L01DC01	BLEOMICINA	BLEOMICINA	1 flacone 50 U + 1 fl solv 5 ml
L01DC01	BLEOMICINA	BLEOMICINA NIPPON KAYAKU	1 fl IM 15 mg
L01XX32	BORTEZOMIB	VELCADE	1 flacone 3,5 mg
L01AB01	BUSULFANO	BUSILVEX	8 fl EV 10 ml 6 mg/ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 flacone EV 50 mg 5 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 fl EV 150 mg 15 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 fl EV 450 mg 45 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 fl 600 mg 60 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 fl EV 50 mg 5 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 fl EV 150 mg 15 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 fl 450 mg 45 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	1 fl 600 mg 60 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	PARAPLATIN	1 fl EV 50 mg 5 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	PARAPLATIN	1 fl EV 150 mg 15 ml
L01XA02	CARBOPLATINO	PARAPLATIN	1 fl EV 450 mg 45 ml
L01AD01	CARMUSTINA	GLIADEL	8 impianti 7,7 mg
L01XC06	CETUXIMAB	ERBITUX	1 fl EV 50 ml 2 mg/ml
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	ENDOXAN	1 fl EV 500 mg
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	ENDOXAN	1 fl EV 1.000 mg
L01XA01	CISPLATINO	CISPLATINO	1 fl EV 10 mg 20 ml
L01XA01	CISPLATINO	CISPLATINO	1 fl EV 50 mg 100 ml
L01XA01	CISPLATINO	CISPLATINO	1 fl EV 100 mg 100 ml
L01XA01	CISPLATINO	CISPLATINO	1 fl EV 10 mg 10 ml
L01XA01	CISPLATINO	CISPLATINO	1 fl EV 50 mg 50 ml
L01XA01	CISPLATINO	CISPLATINO	1 fl EV 100 mg 100 ml
L01XA01	CISPLATINO	CITOPLATINO	1 fl 10 mg + 1 fl 10 ml
L01XA01	CISPLATINO	CITOPLATINO	1 fl 25 mg + 1 fl 25 ml
L01XA01	CISPLATINO	CITOPLATINO	1 fl 50 mg + 1 fl solv 50 ml
L01XA01	CISPLATINO	PLATAMINE	1 flacone 10 mg
L01XA01	CISPLATINO	PLATAMINE	1 flacone 25 mg

L01XA01	CISPLATINO	PLATINEX	1 flacone EV 10 mg 20 ml
L01XA01	CISPLATINO	PLATINEX	1 fl EV 25 mg 50 ml
L01XA01	CISPLATINO	PRONTO PLATAMINE	1 fl EV 10 mg 20 ml
L01XA01	CISPLATINO	PRONTO PLATAMINE	1 fl EV 25 mg 50 ml
L01XA01	CISPLATINO	PRONTO PLATAMINE	1 fl EV 50 mg 100 ml
L01BC01	CITARABINA	ARACYTIN	1 fl 100 mg + 1 fl 5 ml
L01BC01	CITARABINA	ARACYTIN	1 fl 500 mg + 1 fl 10 ml
L01BC01	CITARABINA	CITARABINA	5 fl 500 mg 5 ml
L01BC01	CITARABINA	CITARABINA	1 fl 1 g 10 ml
L01BC01	CITARABINA	CITARABINA	1 fl 2 g 20 ml
L01BC01	CITARABINA	CITARABINA	5 fl 100 mg 5 ml
L01BC01	CITARABINA	DEPOCYTE	1 fl iniet 5 ml 10 mg/ml
L01AX04	DACARBAZINA	DETCENE	1 fl EV 100 mg + 1 fl 10 ml
L01DA01	DACTINOMICINA	COSMEGEN	1 fl 0,5 mg
L01DB02	DAUNORUBICINA	DAUNOBLASTINA	1 fl EV 20 mg 10 ml
L01CD02	DOCETAXEL	TAXOTERE	1 fl EV 20 mg + 1 fl solv
L01CD02	DOCETAXEL	TAXOTERE	1 fl EV 80 mg + 1 fl solv
L01DB01	DOXORUBICINA	DOXORUBICINA	1 fl EV 10 mg 5 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	DOXORUBICINA	1 fl EV 50 mg 25 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	ADRIBLASTINA	1 fl EV 10 mg + 1 fl 5 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	ADRIBLASTINA	1 fl EV 50 mg
L01DB01	DOXORUBICINA	ADRIBLASTINA	1 fl EV 10 mg 5 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	ADRIBLASTINA	1 fl EV 50 mg 25 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	ADRIBLASTINA	1 fl EV 200 mg 100 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	CAELYX	1 fl EV 20 mg 10 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	CAELYX	1 fl 50 mg 25 ml
L01DB01	DOXORUBICINA	MYOCET	2 set infus 50 mg
L01DB03	EPIRUBICINA	FARMORUBICINA	1 fl EV 10 mg + 1 fl 5 ml
L01DB03	EPIRUBICINA	FARMORUBICINA	1 fl EV 50 mg

L01DB03	EPIRUBICINA	FARMORUBICINA	1 fl EV 10 mg 5 ml
L01DB03	EPIRUBICINA	FARMORUBICINA	1 fl 50 mg 25ml
L01DB03	EPIRUBICINA	FARMORUBICINA	1 fl EV 200 mg 100 ml
L01CB01	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE	1 fl 100 mg 5 ml
L01CB01	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE	10 fl EV 100 mg 5 ml
L01CB01	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE	1 fl 100 mg 5 ml
L01CB01	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE	1 fl 200 mg 10 ml
L01CB01	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE	1 fl 1.000 mg 50 ml
L01CB01	ETOPOSIDE	VEPESID	1 fl EV 100 mg 5 ml
L01BB05	FLUDARABINA	FLUDARA	5 fl EV 50 mg
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	5 fl EV 500 mg 10 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	5 fl EV 1 g 20 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	1 flacone 5 g 100 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	5 fl EV 250 mg 5 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	5 fl EV 500 mg 10 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	1 fl EV 1 g 20 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	1 fl EV 5 g 100 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	5 fl EV 500 mg 10 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	1 flacone 2,5 g 50 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	1 flacone 5 g 100 ml
L01BC02	FLUOROURACILE	FLUOROURACILE	5 fl EV 1 g 20 ml
L01AD05	FOTEMUSTINA	MUPHORAN	1 fl EV 208 mg + 1 fl solv
L01BC05	GEMCITABINA	GEMZAR	1 fl 1 g polv iniett
L01BC05	GEMCITABINA	GEMZAR	1 fl EV polv iniett
L01XC	IBRITUMOMAB	ZEVALIN	1 fl infus 3 ml 1,6 mg/ml
L01DB06	IDARUBICINA	ZAVEDOS	1 fl EV 5 mg + 1 fl solv 5 ml
L01DB06	IDARUBICINA	ZAVEDOS	1 flacone EV 10 mg
L01DB06	IDARUBICINA	ZAVEDOS	1 fl EV 5 mg 5 ml
L01DB06	IDARUBICINA	ZAVEDOS	1 fl EV 10 mg 10 ml
L01AA06	IFOSFAMIDE	HOLOXAN	1 fl EV 1 g
L01XX19	IRINOTECAN	CAMPTO	1 fl 40 mg 2 ml
L01XX19	IRINOTECAN	CAMPTO	1 fl 100 mg 5 ml
L01AA03	MELFALAN	ALKERAN	1 fl 50 mg 10 ml + 1 fl solv 10 ml
L01XD03	METILAMINO LEVULINATO	METVIX	crema derm 2 g 160 mg/g

L01BA01	METOTREXATO	METHOTREXATE	1 fl 1 g 10 ml
L01BA01	METOTREXATO	METHOTREXATE	1 fl 5 g 50 ml
L01BA01	METOTREXATO	METHOTREXATE	1 fl 50 mg 2 ml
L01BA01	METOTREXATO	METHOTREXATE	1 fl 500 mg 20 ml
L01BA01	METOTREXATO	METOTRESSATO	1 fl 1 g 10 ml
L01BA01	METOTREXATO	METOTRESSATO	1 fl 5 g 50 ml
L01BA01	METOTREXATO	METOTREXATO	1 fl IM EV 1 g 10 ml
L01DC03	MITOMICINA	MITOMYCIN C	1 fl EV 10 mg
L01DC03	MITOMICINA	MITOMYCIN C	1 fl EV 40 mg
L01DB07	MITOXANTRONE	MITOXANTRONE	1 fl EV 10 mg 5 ml
L01DB07	MITOXANTRONE	MITOXANTRONE	1 fl EV 20 mg 10 ml
L01DB07	MITOXANTRONE	ONKOTRONE	1 fl EV 10 mg 5 ml
L01DB07	MITOXANTRONE	ONKOTRONE	1 fl EV 20 mg 10 ml
L01DB07	MITOXANTRONE	MITOXANTRONE	1 fl EV 20 mg 10 ml
L01DB07	MITOXANTRONE	NOVANTRONE	1 fl EV 20 mg 10 ml
L01XA03	OXALIPLATINO	ELOXATIN	1 fl EV 50 mg
L01XA03	OXALIPLATINO	ELOXATIN	1 fl EV 100 mg
L01CD01	PACLITAXEL	ANZATAX	1 fl EV 30 mg/5 ml 6 mg/ml
L01CD01	PACLITAXEL	ANZATAX	2 fl EV 100 mg/16,6 ml 6 mg/ml
L01CD01	PACLITAXEL	ANZATAX	1 fl EV 150 mg/25 ml 6 mg/ml
L01CD01	PACLITAXEL	ANZATAX	1 fl EV 300 mg/50 ml 6 mg/ml
L01CD01	PACLITAXEL	PAXENE	1 fl 30 mg 5 ml
L01CD01	PACLITAXEL	PAXENE	1 flacone 150 mg 25 ml
L01CD01	PACLITAXEL	PAXENE	1 fl 100,2 mg 16,7 ml
L01CD01	PACLITAXEL	PAXENE	1 flacone 300 mg 50 ml
L01CD01	PACLITAXEL	TAXOL	1 fl EV 30 mg 5 ml
L01CD01	PACLITAXEL	TAXOL	1 fl EV multid 100 mg 17 ml
L01CD01	PACLITAXEL	TAXOL	1 fl 300 mg 50 ml
L01CD01	PACLITAXEL	TAXOL	1 fl EV 150 mg 6 mg/ml
L01XX08	PENTOSTATINA	NIPENT	1 fl EV 10 mg
L01BA04	PEMETREXED	ALIMTA	1 fl EV 500 mg polvere
L01BA03	RALTITREXED	TOMUDEX	1 fl EV 2 mg
L01XC02	RITUXIMAB	MABTHERA	2 fl EV 100 mg 10 ml

L01XC05	RITUXIMAB	FOSCAN	1 fl EV 5 ml (4 mg/ml)
L01CB02	TENIPOSIDE	VUMON	1 fl EV 50 mg 5 ml
L01AC01	TIOTEPA	THIOPLEX	1 fiala EV 15 mg
L01XX17	TOPOTECAN	HYCAMTIN	5 fl EV 4 mg 5 ml
L01XD02	VERTEPORFINA	VISUDYNE	1 fl EV 15 mg 10 ml
L01CA01	VINBLASTINA	VELBE	1 fl EV 10 mg
L01CA02	VINCRISTINA	VINCRISTINA	1 fl EV 1 mg 1 ml
L01CA02	VINCRISTINA	VINCRISTINA	1 fl EV 1 mg 1 ml
L01CA03	VINDESINA	ELDISINE	1 fl 5 mg
L01CA04	VINORELBINA	NAVELBINE	1 fl EV 10 mg 1 ml
L01CA04	VINORELBINA	NAVELBINE	1 fl EV 50 mg 5 ml



7.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Legge n.648/96 allegati 1, 2, 3
- Legge n.548 del 23/12/93
- Legge n.37 del 01/02/89
- DGR 2040 del 21/12/2001 (revocata)
- DGR 513 22/02/2006
- DGR 1039 del 21/12/2007
- DGR 6187/93
- Circ R Lazio 15/06/94
- Circ R Lazio 06/04/94
- Circ R Lazio 17/02/93
- Circ R Lazio n. 73/92 e successive integrazioni e modifiche
- DL n. 539 del 30/12/1992
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

8

Erogazione Farmaci H OSP2



8.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti :

- Affetti da malattie rare
- Affetti da anemia
- Trapiantati
- Sottoposti a nutrizione artificiale
- Affetti da artrite reumatoide
- Affetti da malattie infettive
- Affetti da ipertensione polmonare
- Affetti da psoriasi
- Affetti da malattie neurologiche



8.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Farmaci riportati in tabella I con le modalità distributive descritte al paragrafo 8.4



8.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

- Prescrizione di strutture specializzate ospedaliere o universitarie o di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sulla base di un piano terapeutico predisposto dalle stesse (vedi tabella I).



8.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- Al Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza del paziente su piano terapeutico definito dal centro specialistico - **Modalità distributiva 1**

- Al Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza del paziente su attivazione del piano di nutrizione artificiale domiciliare - **Modalità distributiva 2**
- Ai centri prescrittori o a idonea Unità Operativa Medica (DH/ AMBULATORI/CAD/CENTRI DIALISI) - **Modalità distributiva 3**



8.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Prescrizione di cui al paragrafo 8.3
- Libretto sanitario dell'assistito
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



8.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.

TABELLA I - Farmaci HOSP2 e relativi centri prescrittori

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva*
J05AF06	Abacavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZIAGEN	034499018	60 cpr 300 mg	3
J05AF06	Abacavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZIAGEN	034499020	gtt os 240 ml 20 mg/ml	3
J05AR02	Abacavir/lamivudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	KIVEXA	036644019	30 cpr riv 600 mg + 300 mg	3
J05AR04	Abacavir/lamivudina/zidovudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TRIZIVIR	034947022	60 cpr riv	3
A16AA05	Acido carglumico	Centri Specialistici DGR n.20 del 7.1.05	CARBAGLU	035983016	15 cpr disp 200 mg	1
A16AA05	Acido carglumico	Centri Specialistici DGR n.20 del 7.1.05	CARBAGLU	035983028	60 cpr disp 200 mg	1
L04AA06	Acido micofenolico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CELLCEPT	029796012	100 cps 250 mg	1
L04AA06	Acido micofenolico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CELLCEPT	029796024	50 cpr 500 mg	1

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
L04AA06	Acido micafenolico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	MVFORTIC	036511032	100 cpr riv 180 mg	1
L04AA06	Acido micafenolico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	MVFORTIC	036511069	50 cpr riv 360 mg	1
M05BA03	Acido pamidromico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	PAMIDRONATO DISODICO	035581026	1 fiala EV 30 mg	3
M05BA03	Acido pamidromico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	PAMIDRONATO DISODICO	035581038	1 fiala EV 60 mg	3
M05BA03	Acido pamidromico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	PAMIDRONATO DISODICO	035581040	1 fiala EV 90 mg	3
M05BA03	Acido pamidromico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	PAMIDRONATO DISODICO	035581014	5 fiale EV 15 mg	3
M05BA08	Acido zoledronico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZOMETA	035263019	1 fiala EV 4 mg + 1 fiala solv. 5 ml	3
L04AA17	Adalimumab	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	HUMIRA	035946033	2 siringhe 40 mg + 2 tamponi	3
L04AA17	Adalimumab	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	HUMIRA	035946045	4 siringhe 40 mg 0,8 ml + 4 tamponi	3
J05AF08	Adefovir dipivoxil	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	HEPSERA	035871019	30 cpr 10 mg	1

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	BIOPLEX EPATO	028484018	1 flacone EV 250 ml	2
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	BIOPLEX NEFRO	028485011	1 flacone EV 250 ml	2
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	BIOPLEX NORMO	027402039	1 flacone EV 10 g 250 ml	2
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	BIOPLEX NORMO	027402041	1 flacone EV 25 g 250 ml	2
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	COD N70	028598011	1 flacone EV 73,57 g 500 ml	2
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	PARENTAMIN	025989031	1 flacone EV 250 ml 10%	2
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	PARENTAMIN	025989043	1 flacone EV 500 ml 10%	2
B05BA01	Aminoacidi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SIINTAMIN	029169048	1 flacone 1.000 ml 10%	2
B05BA10	Aminoacidi/ elettroliti/glucosio (destrosio)/calcio	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CLINIMIX	032167037	N12G20 1 sacca 1.000 ml	2

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
B05BA10	Aminoacidi/ elettroliti/glucosio (destrosio)/calcio	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CLINIMIX	032167049	N12G20E 1 sacca 1.000 ml	2
B05BA10	Aminoacidi/ elettroliti/glucosio (destrosio)/calcio	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CLINIMIX	032167064	N14G30E 1 sacca 1.000 ml	2
B05BA10	Aminoacidi/ elettroliti/glucosio (destrosio)/calcio	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CLINIMIX	032167076	N17G35 1 sacca 1.000 ml	2
B05BA10	Aminoacidi/ elettroliti/glucosio (destrosio)/calcio	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CLINIMIX	032167088	N17G35E 1 sacca 1.000 ml	2
B05BA10	Aminoacidi/ elettroliti/glucosio (destrosio)/calcio	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CLINIMIX	032167013	N9G15E 1 sacca 1.000 ml	2
J05AE05	Amprenavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	AGENERASE	034950028	240 cps 150 mg	3
J05AE05	Amprenavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	AGENERASE	034950042	os soluz 240 ml 15 mg/ml	3
J05AE05	Amprenavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	AGENERASE	034950016	480 cps 50 mg	3

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
L04AA14	Anakinra	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	KINERET	035607023	7 siringhe SC 100 mg 0,67 ml	3
J07BB02	Antigene influenzale, purificato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	INFLEXAL V	033658067	10 siringhe IM SC 2005 - 2006 con ago	1
N04BC07	Apomorfina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	APOFIN	033403015	5 fiale SC 5 ml 1%	3
A04AD12	Aprepitant	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EMEND	036167068	1 cps 125 mg + 2 cps 80 mg	3
J05AE08	Atazanavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	REYATAZ	036196057	60 cps 150 mg	3
J05AE08	Atazanavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	REYATAZ	036196069	60 cps 300 mg	3
L01XX25	Bexarotene	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TARGRETIM	035710019	100 cps 75 mg	3
C02KX01	Bosentan	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	TRACLEER	035609041	56 cpr riv 125 mg	3
C02KX01	Bosentan	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	TRACLEER	035609027	56 cpr riv 62,5 mg	3

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva*
A11CC04	Calcitriolo	Centri dialisi	CALCTRIOLO	036119016	25 fiale EV 1 mcg	1
L01BC06	Capecitabina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	XELODA	035219029	120 cpr riv 500 mg	3
L01BC06	Capecitabina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	XELODA	035219017	60 cpr riv 150 mg	3
V03AC	Deferasirox	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EXJADE	037421017	28 compresse dispersibili 125 mg	3
V03AC	Deferasirox	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EXJADE	037421031	28 compresse dispersibili 250 mg	3
V03AC	Deferasirox	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EXJADE	037421056	28 compresse dispersibili 500 mg	3
V03AC02	Deferiprone	Talassemia IRCCS Bambino Gesù -Roma	FERRIPROX	034525016	100 cpr riv 500 mg	1
J05AF02	Didanosina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIDEX	028341131	polv os 2 g	3
J05AF02	Didanosina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIDEX	028341168	30 cps gastrores 125 mg	3
J05AF02	Didanosina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIDEX	028341170	30 cps gastrores 200 mg	3

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
J05AF02	Didanosina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIDEX	028341182	30 cps gastrores 250 mg	3
J05AF02	Didanosina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIDEX	028341194	30 cps gastrores 400 mg	3
J05AF02	Didanosina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIDEX	028341143	polv os 4 g	3
R05CB13	Dornase alfa	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	PULMOZYME	029352010	sosp inal 6 fiale 2.500 U.I. 2,5 ml	1
L04AA21	Efalizumab	Centri di Reumatologia/Centri Psocare-Determ. 2576/07 e Determ.3749/07	RAPTIVA	036575025	4 flaconcini SC 100 mg/ml + 4 sir solv + 8 aghi	3
J05AG03	Efavirenz	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUSTIVA	034380093	30 cpr riv 600 mg blister	3
J05AG03	Efavirenz	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUSTIVA	034380028	30 cps 100 mg	3
J05AG03	Efavirenz	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUSTIVA	034380016	30 cps 50 mg	3
J05AG03	Efavirenz	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUSTIVA	034380030	90 cps 200 mg	3

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva*
J05AG03	Efavirenz	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUSTIVA	034380055	os sosp 180 ml 30 mg/ml	3
J05AF09	Emtricitabina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EMTRIVA	036585026	30 cps 200 mg	3
J05AF09	Emtricitabina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EMTRIVA	036585014	os sosp 170 ml	3
J05AR03	Emtricitabina/ Tenofovir disoproxil	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TRUVADA	036716013	30 cpr riv 200 mg/245 mg	3
J05AX07	Entufviride	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	FUZEON	035930015	60 flaconi SC polv + 60 flaconi solv + 60 siringhe 1 ml	3
J05AF10	Entecavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	BARACLUDE	037221076	30 cps riv 0,5 mg	3
J05AF10	Entecavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	BARACLUDE	037221088	30 cps riv 1 mg	3
B03XA01	Epoetina alfa	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	GLOBUREN	027296197	1 fiala 40.000 U.I. 1 ml	1
B03XA02	Epoetina alfa	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EPREX	027015193	1 fiala 40.000 U.I. 1 ml	1

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
B01AC09	Epoprostenolo	Centri dialisi - Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	FLOLAN	027750037	1 flaconcino EV 1,5 mg + 1 flaconcino 50 ml	3
B02BD08	Eptacog alfa attivato (fattore VII di coagulazione da DNA ricombinante)	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	NOVOSEVEN	029447012	1 fiala EV 1,2 mg 60 KUI + 1 fiala solv 2,2 ml	3
L01XE03	Erlotinib	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TARCEVA	036871022	30 cpr riv 100 mg	3
L01XE03	Erlotinib	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TARCEVA	036871034	30 cpr riv 150 mg	3
L04AA11	Etanercept	Centri di Reumatologia/Centri Psocare-Determ. 2576/07 e Determ.3749/07	ENBREL	034675025	4 fiale SC 25 mg	3
L04AA11	Etanercept	Centri di Reumatologia/Centri Psocare-Determ. 2576/07 e Determ.3749/07	ENBREL	034675037	4 flaconcini SC 25 mg + 4 siringhe 1 ml	3
L04AA11	Etanercept	Centri di Reumatologia/Centri Psocare-Determ. 2576/07 e Determ.3749/07	ENBREL	034675088	4 flaconcini sc 50 mg + 4 sir + 4 aghi	3
L04AA11	Etanercept	Centri di Reumatologia/Centri Psocare-Determ. 2576/07 e Determ.3749/07	ENBREL	034675140	50 mg soluz. iniett. + 4 siringhe 1 ml + 8 tamponi	3

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
L01BB05	Fludarabina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	FLUDARA	029552027	15 cpr riv 10 mg	3
L01BB05	Fludarabina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	FLUDARA	029552039	20 cpr riv 10 mg	3
J05AE07	Fosamprenavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TELZIR	036475010	60 cpr riv 700 mg	3
J05AE07	Fosamprenavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TELZIR	036475022	OS susp 225 ml 50 mg/60 ml	3
L02BA03	Fulvestrant	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	FASLODEX	036387013	1 siringa IM 5 ml + 1 ago	3
B05BB02	Glucosio (destrosio)/ sodio acetato/ sodio cloruro/ potassio cloruro/ magnesio cloruro/ calcio cloruro/ acido acetico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ISOLYTE	033698010	1 sacca EV 2.000 ml	2

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
B05BB02	Glucosio (destrosio)/ sodio acetato/ sodio cloruro/ potassio cloruro/ magnesio cloruro/ calcio cloruro/ acido acetico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ISOLYTE	033698022	IV sacca clearflex 2000 ml	2
V03AB32	Glutazione	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TAD	027154057	1 fiala 2,5 g + 1 flaconcino solv 25 ml + deflussore	3
B01AC11	Iloprost	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	VENTAVIS	036019026	soluz nebul 100 fiale 20 mcg 2 ml	3
B01AC11	Iloprost	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	VENTAVIS	036019014	soluz nebul 30 fiale 20 mcg 2 ml	3
L01XE01	Imatinib	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	GLIVEC	035372059	120 cps 100 mg	3
J05AE02	Indinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CRIXIVAN	030644025	180 cps 400 mg	3
J05AE02	Indinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CRIXIVAN	030644052	360 cps 200 mg	3

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
L04AA12	Infliximab	Centri di Reumatologia/Centri Psocare-Determ. 2576/07 e Determ.3749/07	REMICADE	034528012	1 fiala EV 100 mg + 1 fiala 2 ml	3
J05AF05	Lamivudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EPIVIR	031984038	30 cpr riv 300 mg	3
J05AF05	Lamivudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EPIVIR	031984026	60 cpr riv 150 mg	3
J05AF05	Lamivudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	EPIVIR	031984014	os soluz 240 ml 10 mg/ml	3
J05AR01	Lamivudina/ zidovudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	COMBIVIR	034092015	60 cpr riv	3
A16AB05	Laronidasi	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ALDURAZYME	035891011	1 fiala EV 5 ml 500 U	3
N04BA02	Levodopa/carbidopa	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	DUODOPA	036885010	7 sacche 100 ml 20 mg/ml + 5 mg/ml	3
J01XX08	Linezolid	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZYVOXID	035410226	10 cpr riv 600 mg	3
J05AE06	Lopinavir/ritonavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	KALETRA	035187057	120 cps riv 200 mg + 50 mg	3
J05AE06	Lopinavir/ritonavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	KALETRA	035187020	180 cps molli	3

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva*
J05AE06	Lopinavir/ritonavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	KALETRA	035187032	5 flaconcini os 60 ml + 5 siringhe	3
J05AE06	Lopinavir/ritonavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	KALETRA	035187018	90 cps molli	3
A16AA04	Mercaptamina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CYSTAGON	033314030	100 cps 150 mg	1
A16AA04	Mercaptamina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	CYSTAGON	033314016	100 cps 50 mg	1
A16AX06	Miglustat	Centri Specialistici DGR n.20 del 7.1.05	ZAVESCA	035798014	84 cps 100 mg	1
L01XX23	Mitotano	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LYSDREN	036560011	100 cpr 500 mg	1
J05AE04	Nelfinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIRACEPT	033281041	1 flacone 270 cpr riv 250 mg	3
J05AE04	Nelfinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIRACEPT	033281027	270 cpr 250 mg	3
J05AE04	Nelfinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIRACEPT	033281039	polv os 144 g 50 mg/g	3
J05AG01	Nevirapina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIRAMUNE	033999018	60 cpr 200 mg	3

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
J05AG01	Nevirapina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIRAMUNE	033999020	os sosp 240 ml 50 mg/ml	3
N05AH03	Olanzapina	Cent. Salute mentale	ZYPREXA	033638204	1 fiala 10 mg	3
B05BA02	Olio di cartamo/ olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOSYN	027019088	1 flacone EV 200 ml 20%	2
B05BA02	Olio di cartamo/ olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOSYN	027019052	1 flacone EV 500 ml 10%	2
B05BA02	Olio di cartamo/ olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOSYN	027019090	1 flacone EV 500 ml 20%	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	IVELIP	029046048	1 flacone EV 1.000 ml 200 mg/ml	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	IVELIP	029046012	1 flacone EV 100 ml 200 mg/ml	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	IVELIP	029046024	1 flacone EV 250 ml 200 mg/ml	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	IVELIP	029046036	1 flacone EV 500 ml 200 mg/ml	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN S	026576076	1 flacone EV 100 ml 10%	2

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN S	026576102	1 flacone EV 100 ml 20%	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN S	026576088	1 flacone EV 250 ml 10%	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN S	026576114	1 flacone EV 250 ml 20%	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN S	026576090	1 flacone EV 500 ml 10%	2
B05BA02	Olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN S	026576126	1 flacone EV 500 ml 20%	2
B05BA02	Olio di soia/ lecitina d'uovo	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ELOLIPID	027952086	1 flacone 1.000 ml 20%	2
A11CC07	Paracalcitolo	Centri dialisi	ZEMPLAR	036374015	5 flaconcini 1 ml 5 mcg/ml	1
H01AX01	Pegvisomant	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SOMAVERT	035726049	1 flacone SC 20 mg + 1 flacone 8 ml	1
H01AX01	Pegvisomant	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SOMAVERT	035726013	30 flaconi SC 10 mg + 30 flaconi 8 ml	1

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
H01AX01	Pegvisomant	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SOMAVERT	035726025	30 flaconi SC 15 mg + 30 flaconi 8 ml	1
H01AX01	Pegvisomant	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SOMAVERT	035726037	30 flaconi SC 20 mg + 30 flaconi 8 ml	1
N07AX01	Pilocarpina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SALAGEN	029526011	84 cpr 5 mg	1
B05BA01	Poli aminoacidi/ sodio acetato/ potassio acetato/ magnesio acetato/ sodio fosfato acido diidrato/acido malico	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	AMINOPLASMAL	026790016	1 flacone EV 500 ml 3%	2
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	COPEGUS	035745049	112 cpr riv 200 mg	3
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	COPEGUS	035745025	168 cpr riv 200 mg	3
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	COPEGUS	035745037	28 cpr riv 200 mg	3
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	COPEGUS	035745013	42 cpr riv 200 mg	3

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	REBETOL	034459026	140 cps 200 mg	3
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	REBETOL	034459038	168 cps 200 mg	3
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	REBETOL	034459014	84 cps 200 mg	3
J05AB04	Ribavirina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIRAZOLE	026875017	1 fiala polv soluz nebul	3
N07XX02	Riluzolo	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	RILUTEK	032887010	56 cpr riv 50 mg	1
N05AX08	Risperidone	Cent. Salute mentale	RISPERDAL	028752172	1 fiala 25 mg + 1 siringa 2 ml	3
N05AX08	Risperidone	Cent. Salute mentale	RISPERDAL	028752184	1 fiala 37,5 mg + 1 siringa 2 ml	3
N05AX08	Risperidone	Cent. Salute mentale	RISPERDAL	028752196	1 fiala 50 mg + 1 siringa 2 ml	3
J05AE03	Ritonavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	NORVIR	030081018	5 flaconi os 90 ml 80 mg/ml	3

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
J05AE03	Ritonavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	NORVIR	030081032	84 cps molli 100 mg	3
J05AE01	Saquinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	FORTOVASE	034518011	180 cps 200 mg	3
J05AE01	Saquinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	INVIRASE	030675021	1 flacone 120 cpr riv 500 mg	3
J05AE01	Saquinavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	INVIRASE	030675019	270 cps 200 mg	3
B05BB02	Sodio cloruro/ potassio acetato/ potassio fosfato/ magnesio solfato/ calcio gluconato/ glucosio (destrosio)	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ELETTROL REID GLUJ/CA	033549015	6 sacche 2.000 ml	2
A16AX03	Sodio fenilbutirato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	AMMONAPS	034701019	250 cpr 500 mg	1
A16AX03	Sodio fenilbutirato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	AMMONAPS	034701033	gran os susp 266 g 940 mg/g	1
L01XE05	Sorafenib	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	NEXAVAR	037154010	112 cpr riv 200 mg	1

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
J05AF04	Stavudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZERIT	032803025	56 cps 15 mg	3
J05AF04	Stavudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZERIT	032803049	56 cps 20 mg	3
J05AF04	Stavudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZERIT	032803064	56 cps 30 mg	3
J05AF04	Stavudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZERIT	032803088	56 cps 40 mg	3
J05AF04	Stavudina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	ZERIT	032803090	gtt os 200 ml 1 mg/ml	3
L01XE04	Sunitinib	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUTENT	037192022	30 cps 12,5 mg	3
L01XE04	Sunitinib	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUTENT	037192010	30 cps 25 mg	3
L01XE04	Sunitinib	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	SUTENT	037192034	30 cps 50 mg	3
L01BC53	Tegafur/uracile	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	UFT	034864013	21 cps	3

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
L01BC53	Tegafur/uracile	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	UFT	034864025	28 cps	3
L01BC53	Tegafur/uracile	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	UFT	034864037	35 cps	3
L01BC53	Tegafur/uracile	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	UFT	034864049	42 cps	3
L01AX03	Temozolomide	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TEMODAL	034527059	5 cps 100 mg	3
L01AX03	Temozolomide	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TEMODAL	034527034	5 cps 20 mg	3
L01AX03	Temozolomide	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TEMODAL	034527073	5 cps 250 mg	3
L01AX03	Temozolomide	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TEMODAL	034527010	5 cps 5 mg	3
J05AF07	Tenofovir disoproxil	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VIREAD	035565011	30 cpr 245 mg	3
J05AE09	Tipranavir	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	APTIVUS	036859015	120 cps molli 250 mg	3
J01GB01	Tobramicina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	BRAMITOB	036646038	56 fiale 300 mg 4 ml	1

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
J01GB01	Tobramicina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	TOBI	034767018	56 fiale 300 mg 5 ml	1
L01XC03	Trastuzumab	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	HERCEPTIN	034949014	1 fiala EV 150 mg	3
B01AC21	Treprostiniil	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	REMODULIN	037057041	1 flaconcino EV 20 ml 10 mg/ml	3
B01AC21	Treprostiniil	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	REMODULIN	037057027	1 flaconcino EV 20 ml 2,5 mg/ml	3
B01AC21	Treprostiniil	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	REMODULIN	037057039	1 flaconcino EV 20 ml 5 mg/ml	3
B01AC21	Treprostiniil	Centri individuati per il farmaco Tracleer Bosentan det. 2348/07	REMODULIN	037057015	1 flaconcino EV 20 ml 1 mg/ml	3
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN MCT	027485073	1 flacone EV 100 ml 10%	2
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN MCT	027485109	1 flacone EV 100 ml 20%	2
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN MCT	027485085	1 flacone EV 250 ml 10%	2

(Segue)

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva *
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN MCT	027485111	1 flacone EV 250 ml 20%	2
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN MCT	027485097	1 flacone EV 500 ml 10%	2
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	LIPOFUNDIN MCT	027485123	1 flacone EV 500 ml 20%	2
B05BB03	Trometamolo/ acido acetico glaciale	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	THAMESOL	021253024	1 flacone EV 3,6 g 250 ml	3
J07BB02	Vaccino influenzale adiuvato con MF59C.1	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	FLUAD	031840046	10 siringhe 0,5 ml 2005 - 2006	1
J07BB02	Vaccino influenzale inattivato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	AGRIPPAL S1	026405326	10 siringhe 0,5 ml 2005 - 2006 con ago	1
J07BB02	Vaccino influenzale inattivato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	INFLUPOZZI SUBUNITA'	025984295	10 siringhe 0,5 ml 2005 - 2006	1
J07BB02	Vaccino influenzale inattivato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	INFLUVAC S	028851145	10 fialesiringhe 0,5 ml 2005 - 2006	1
J07BB02	Vaccino influenzale virus frammentato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	FLUARIX	029245180	10 siringhe 0,5 ml 2005 - 2006	1
L01CA04	Vinorelbina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	NAVELBINE	027865106	1 cps 20 mg	3

ATC	Principio attivo	Centro Prescrittore: Centri/Specialisti	Denominazione	AIC	Confezione	Modalità distributiva*
L01CA04	Vinorelbina	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	NAVELBINE	027865118	1 cps 30 mg	3
J02AC03	Voriconazolo	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VFEND	035628256	1 fiala EV 200 mg	3
J02AC03	Voriconazolo	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VFEND	035628268	1 flacone OS 45 g 40 mg/ml	3
J02AC03	Voriconazolo	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VFEND	035628179	28 cpr riv 200 mg	3
J02AC03	Voriconazolo	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	VFEND	035628054	28 cpr riv 50 mg	3
A16AX05	Zinco acetato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	WILZIN	036694014	250 cps 25 mg	1
A16AX05	Zinco acetato	Esclusivamente specialisti per le patologie oggetto delle indicazioni d'uso autorizzate	WILZIN	036694026	250 cps 50 mg	1

(*) Modalità distributive:

- 1: Farmaci H-OSP2 erogabili direttamente dal servizio farmaceutico della Azienda USL di residenza del paziente su piano terapeutico definito dal centro specialistico
- 2: Farmaci H-OSP2 erogabili direttamente su attivazione del piano di nutrizione artificiale domiciliare
- 3: Farmaci H-OSP2 erogabili direttamente dai centri prescrittori o da idonea unità operativa medica -DH/Ambulatori/CAD/Centri Dialisi



8.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Nota AIFA Prot DG/90954/segr/P del 29/11/05
- Nota Regione Lazio Prot n. 116098 del 28/09/05
- Nota Regione Lazio Prot 74686/4°/05 del 13/06/05
- Determinazione Regione Lazio n. D3295 del 26/07/05
- Nota Regione Lazio Prot 104624/4°-05 del 24/08/05
- Determinazione Regione Lazio n. D4966 del 09/12/2005
- Determinazione Regione Lazio n. 513 del 22/02/2006
- Determinazione Regione Lazio n. 2865 del 03/09/2007
- Determinazione Regione Lazio n. 4390 del 03/12/2007
- Norme UNI EN ISO 9001: 2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio



8.8 ABBREVIAZIONI

HOSP2: Farmaci con regime di RIMBORSABILITÀ H e REGIME DI DISPENSAZIONE OSP2

FARMACI DI CLASSE H: Farmaci a carico del SSN a condizione che siano utilizzati esclusivamente in ambito ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile

FARMACI CON REGIME

DI FORNITURA OSP2: Medicinali soggetti a prescrizione medico limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile o in ambito extraospedaliero, secondo le disposizioni delle regioni e delle provincie autonome.

Medicinali innovativi/sperimentali Legge 648/96



9.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti dalle patologie previste dai singoli provvedimenti Commissione Tecnico Scientifica (CTS) (paragrafo 9.6.b – tabella I: indicazioni terapeutiche).



9.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Vedi paragrafo 9.6.b – tabella I: farmaci erogabili; paragrafo 9.6.e – tabelle II, III, IV.



9.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Prescrizione di strutture specializzate ospedaliere o universitarie o di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sulla base di un piano terapeutico predisposto dalle stesse, così come indicato nei singoli provvedimenti dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).



9.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- Servizio Farmaceutico della struttura prescrittrice, ove possibile oppure
- Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza del paziente (vedi capitolo 17)



9.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Prescrizione di cui al paragrafo 9.3
- Libretto sanitario dell'assistito

- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale
- Modulo di importazione debitamente compilato dal medico prescrittore, richiesto solo per i farmaci che devono essere acquistati all'estero (paragrafo 9.6.c)



9.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.

9.6.a I medicinali non in vendita in Italia e non inclusi nell'elenco di cui al punto 9.6.b della legge 648/96 sono a totale carico del cittadino tranne il caso in cui l'acquisto venga richiesto da una struttura ospedaliera per l'impiego in ambito ospedaliero. In questo caso l'azienda ospedaliera potrà far gravare le relative spese nel proprio bilancio (D Min San 11/02/97)

9.6.b L'elenco dei medicinali regolamentati dalla Legge 648/96 comprende:

- medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale;
- medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica di cui siano "già disponibili risultati di studi clinici di fase seconda" (art. 2 Legge 08/04/98 n. 94, G.U. 08/05/98 n. 105);
- medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata in Italia

Tutti i medicinali di cui sopra sono erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e restano inseriti nell'elenco fino al permanere delle esigenze che ne hanno determinato l'inserimento e, comunque, fino a nuovo provvedimento dell'AIFA.

TABELLA I - Revisione maggio 2008

Farmaci erogabili (in ordine alfabetico)	Indicazioni terapeutiche	Riferimenti normativi	Note
Acido cis-retinoico	Trattamento adiuvante del neuroblastoma stadio terzo e quarto	GU 19/09/2000 n. 219	
Adalimumab	Uveite severa correlata ad artrite idiopatica giovanile con intolleranza o resistenza ad Infliximab	GU 07/02/2007 n. 31 GU 19/04/2007 n. 91	Trattamento riservato ai Centri di Reumatologia Pediatrica Italiani, secondo le indicazioni delle singole Regioni e delle Province Autonome
Adenosin-deaminasi (Adagen)	Immunodeficienza combinata grave da deficit di adenosindeaminasi	GU 03/03/99 n. 51	
Anastrozolo	Carcinoma metastatico della mammella in pazienti di sesso maschile, con recettori estrogenici positivi, resistente alla terapia endocrina di prima linea	GU 08/05/2001 n. 105	
Bevacizumab (Avastin)	Maculopatie essudative e Glaucoma neovascolare	GU 28/05/2007 n. 122	
Biotina	Deficit multiplo di carbossilasi nelle due forme: deficit di biotinidasi, deficit di olocarbossilasi sintetasi	GU 10/02/2001 n. 34	
Ciclosporina A	Nefrite lupica	GU 20/12/1999 n. 297	
Eculizumab (Soliris)	Emoglobinuria parossistica notturna (pz. che hanno ricevuto in precedenza trasfusioni)	GU 28/05/2007 n. 122	
Epoetina alfa e beta	- Emoglobinuria parossistica notturna - Sindromi mielodisplastiche	GU 11/03/98 n.58 GU 10/03/2000 n. 58	

Farmaci erogabili (in ordine alfabetico)	Indicazioni terapeutiche	Riferimenti normativi	Note
Gemtuzumab Ozogamicin	Leucemia mieloide acuta, CD33 positiva, in prima recidiva, dopo chemioterapia convenzionale	GU 17/02/2004 n.39	
Glucarpidase/ Carbossipeptidasi G2	Trattamento di pazienti con tossicità da metotressato o a rischio di sviluppo di tossicità da metotressato	GU 18/05/06 n. 114	
Idebenone	Miocardipatia nei pazienti affetti da atassia di Friedreich	GU 08/03/2004 n.56	
Idrossiurea	Pazienti con beta talassemia non trasfusione-dipendente e con sindromi falcemiche che presentino una sintomatologia grave e/o invalidante	GU 09/06/06 n. 132	
Idursulfase (Elaprase)	Pazienti con mucopolisaccaridosi di tipo II (MPS II - Sindrome di Hunter)	GU 17/06/06 n. 139	
Infliximab	Trattamento di pazienti con uveite severa refrattaria correlata ad Artrite Idiopatica Giovanile	GU 07/02/2007 n.31 GU 19/04/2007 n.91	Trattamento riservato ai Centri di Reumatologia Pediatrica Italiani, secondo le indicazioni delle singole Regioni e delle Province Autonome
Interferone alfa-2b	Micosi fungoide	GU 14/04/2003 n. 87	
Interferone alfa naturale	Linfoma cutaneo a cellule T	GU 09/06/99 n. 133	Piano terapeutico di centri specializz. universitari o delle aziende sanitarie individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano

Farmaci erogabili (in ordine alfabetico)	Indicazioni terapeutiche	Riferimenti normativi	Note
Interferone alfa ricombinante	- Trombocitemia essenziale per pazienti non candidabili ai trattamenti ora disponibili sul mercato	GU 28/05/2007 n. 122	Piano terapeutico di strutture specializzate in pediatria o oncologia o ematologia, ospedaliera o universitarie o istit. di ricovero e cura a caratt. scient.
	- Emangiomi particolari	GU 10/10/97 n. 237 GU 02/03/99 n. 50	
Interferone gamma	- Forme refrattarie della malattia di Behcet	GU 10/10/97 n. 237 GU 21/04/99 n. 92	Piano terapeutico di strutture specializzate in pediatria o oncologia o ematologia, ospedaliera o universitarie o istit. di ricovero e cura a caratt. scient.
	Fibrosi polmonare idiopatica	GU 15/06/2000 n. 138	
L-arginina	Patologie conseguenti a difetti enzimatici del ciclo dell'urea	GU 10/10/97 n. 237 GU 02/03/99 n. 50 GU 10/03/2000 n. 58	
Lamivudina	Profilassi della recidiva di epatite HBV correlata dopo trapianto di fegato, nei pazienti con HBV-DNA positivo prima del trapianto, in associaz. alle IgG specifiche	GU 19/09/2000 n. 219	
Levocarnitina	Acidurie organiche	GU 15/06/2000 n. 138	
Metotrexato	Trattamento medico della gravidanza ectopica	GU 21/01/2008 n. 17	
Micofenolato mofetile	- Trapianto verso ospite nella forma sia acuta che cronica, resistente o intollerante al tratt. di 1° e 2° linea dopo trapianto allogenico di cell. staminali emopoietiche - LES attivo refrattario o intollerante al tratt. convenz.	GU 19/09/2000 n. 219 Errata Corrige 04/10/2000 n. 232	
Mifepristone	Sindrome di Cushing di origine paraneoplastica	GU 03/03/99 n. 51	

Farmaci erogabili (in ordine alfabetico)	Indicazioni terapeutiche	Riferimenti normativi	Note
Mitotane (Lysodren)	Sindrome di Cushing grave	GU 05/09/2000 n. 207	
Octreotide	- Diarrea secretoria refrattaria - Ipotensione ortostatica grave in disfunzioni generalizzate del Sistema Nervoso Vegetativo - Fistole pancreatiche	GU 14/06/99 n. 137 GU 15/07/05 n. 163 GU 15/06/2000 n. 138 GU 15/07/2005 n. 163	
Octreotide a rilascio prolungato	Angiomatosi non suscettibile di altri trattamenti farmacologici e/o di asportazione chirurgica	GU 24/03/2001 n. 70	
Ribavirina	Recidiva da HCV in soggetti già sottoposti a trapianto di fegato per epatopatia cronica C	GU 20/12/1999 n. 297	
Rituximab	- LNH follicolare, immunofenotipo CD 20 positivo (tipo B, C o D secondo la W.F. oppure di grado I, II o III secondo la R.C.) - LNH di Burkitt o tipo Burkitt	GU 23/09/02 n. 223	
Testolattone	Pubertà precoce non gonadotropino dipendente	GU 11/01/99 n. 7	
Tetraidrobiopterina	Iperfenilalaninemia da carenza congenita di 6-piruvoiltetraidropterina-sintetasi	GU 02/12/98 n. 282	
Tiopronina	Cistinuria in associazione all'alcalinizzazione delle urine	GU 06/04/2001 n. 81	
Trientine diidrocilidrato	Morbo di Wilson in pazienti intolleranti alla D-penicillamina	GU 03/11/99 n. 258	

Farmaci erogabili (in ordine alfabetico)	Indicazioni terapeutiche	Riferimenti normativi	Note
Valganciclovir	Trattamento "pre-emptive" dell'infezione da CMV in pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche	GU 21/01/2008 n. 17	
Zinco solfato	Morbo di Wilson in pazienti intolleranti alla D-penicillamina ed alla trientine diidrocloridrato	GU 10/03/2000 n. 58	

L'elenco sempre aggiornato è consultabile sul sito dell'AIFA:
www.agenziafarmaco.it →Aree di attività: Informazione, Sperimentazione e
Ricerca →Sperimentazione clinica →Normativa →Legge 648/96 →Medici-
nali A-E F-M N-Z

9.6.c Modulo di importazione

Alla Dogana Italiana

Data

Oggetto: Richiesta di importazione di un Farmaco non registrato in Italia da utilizzare in ambito ospedaliero come da Decreto 11/02/1997

Il sottoscritto medico, responsabile sanitario, Dott

Operante presso il Reparto/Divisione di

Chiede di poter importare tramite la Ditta

Il seguente farmaco

Soggetto al 10% di I.V.A. in quanto trattasi di medicinale pronto per l'uso, non omeopatico (DL n. 669 del 31/12/1995, art. 2, comma 1, lettera E).

Nome commerciale:

Forma farmaceutica:

Dosaggio:

Confezione da:

Nella quantità di n. confezioni

Prodotto dalla Ditta:

Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio:

.....

Il farmaco è regolarmente registrato nel Paese di provenienza.

Tale farmaco è indispensabile ed insostituibile per la cura del paziente:

.....

affetto da

per una durata massima della terapia di 30 giorni.

DICHIARA ALTRESÍ CHE IL FARMACO:

- Non è sostituibile, per il successo terapeutico, da altri farmaci registrati in Italia
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope, non è sangue umano e/o suoi derivati
- Verrà impiegato sotto la diretta responsabilità dello scrivente, avendo già ottenuto il consenso informato dei pazienti o, in caso di minori o incapace, di chi esercita la patria potestà
- Le generalità del paziente e documenti relativi al consenso informato sono in possesso dello scrivente medico curante

.....

Il Dirigente
del Servizio Farmaceutico

9.6.d

Con determinazione 29/05/2007 pubblicata su GU del 06/06/2007 n. 129 e successive integrazioni l'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della 648/96 è integrato mediante l'aggiunta di una specifica sezione concernente farmaci utilizzati per una o più indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate, relative ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura, suddivisi negli Allegati 1, 2, 3, 4, 5:

Allegato 1: *Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei tumori solidi nell'adulto per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC)*

Allegato 2: *Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei tumori pediatrici per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC*

Allegato 3: *Farmaci con uso consolidato nel trattamento delle neoplasie e patologie ematologiche per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC*

Allegato 4: *Farmaci con uso consolidato nel trattamento di patologie neurologiche per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC*

Allegato 5: *Farmaci con uso consolidato nel trattamento correlato ai trapianti per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC*

Gli allegati aggiornati sono scaricabili dal sito www.agenziafarmaco.it.

Allegato 1 - Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei TUMORI SOLIDI nell'adulto per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Aldesleuchina	Melanoma maligno – Via di somministrazione sottocutanea
Anastrozolo	Trattamento del tumore della mammella maschile
Bleomicina	Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi
CalcioLevofolinato	Si intende utilizzabile senza restrizione in associazione alle fluoropirimidine
Capecitabina	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinomi del colon retto in fase avanzata o metastatica da sola o in associazione ad altri farmaci neoplastici registrati per la patologia - Alternativa al fluorouracile dove non si ritenga opportuno o indicato un trattamento infusionale - Carcinoma della mammella localmente avanzato o metastatico in associazione ad altri farmaci antineoplastici registrati in tale patologia
Carboplatino	<p>Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alternativa al cisplatino quando questo è controindicato oppure quando, a parità di efficacia, risulti essere meno tossico - Associato a taxani nel trattamento dei tumori polmonari e ovarici - Seminoma - Trattamento del carcinoma della mammella da solo o in associazione - Mesotelioma pleurico
Ciclofosfamide	Utilizzabile ad alte dosi nei regimi di condizionamento pre-trapianto
Cisplatino	<p>Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma della mammella - Mesotelioma pleurico - Carcinoma dello stomaco - Carcinoma spinocellulare della cute - Carcinoma del pancreas - Neoplasie cerebrali - Carcinoma della cervice uterina - Neoplasie a sede primitiva ignota - Colangiocarcinoma e carcinomi delle vie biliari
Docetaxel	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma spinocellulare del distretto cervicofacciale - Carcinoma gastrico e della giunzione gastroesofagea
Doxorubicina	Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi ed in particolare: tutti i tipi di sarcomi in cui si ritiene indicato

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Epirubicina	Può essere utilizzata al posto della doxorubicina da sola od in associazione nel trattamento dei tumori solidi, sia in fase precoce che avanzata
Etoposide	Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi ed in particolare: sarcomi
Exemestane	Trattamento del tumore della mammella maschile
Fluorouracile	Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi
Fulvestrant	Trattamento del tumore della mammella maschile
Gemcitabina	Terapia di salvataggio delle neoplasie germinale del testicolo Sarcomi dei tessuti molli Colangiocarcinoma e carcinomi delle vie biliari Neoplasie del distretto cervico-facciale
Ifosfamide	Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi ed in particolare: tutti i tipi di sarcomi
Irinotecan	Trattamento di seconda linea dei carcinomi avanzati del tratto gastroenterico (colon, retto, esofago, stomaco e pancreas)
Lanreotide	Trattamento di tumori neuroendocrini in fase evolutiva in pazienti non sindromici
Lanreotide acetato	Trattamento di tumori neuroendocrini in fase evolutiva in pazienti non sindromici
Letrozolo	Trattamento del tumore della mammella maschile
Medrossiprogesterone acetato	Trattamento del tumore della mammella maschile
Megestrol Acetato	Trattamento del tumore della mammella maschile
Metotrexate	Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi ed in particolare: carcinoma della vescica
Mitomicina C	Può essere utilizzato, da solo o in associazione, nei tumori solidi sulla base delle evidenze scientifiche presenti in letteratura ed in particolare: carcinoma dell'ano
Octreotide	Trattamento di tumori neuroendocrini in fase evolutiva in pazienti non sindromici
Octreotide acetato	Trattamento di tumori neuroendocrini in fase evolutiva in pazienti non sindromici

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Oxaliplatino	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento in associazione a farmaci alternativi al fluorouracile nel trattamento dei tumori del colon retti metastatici - Associato a Gemcitabina nel trattamento del carcinoma del pancreas e delle vie biliari
Paclitaxel	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma del distretto cervico-facciale - Carcinoma dell'endometrio e della cervice metastatica - Neoplasia germinale del testicolo - Carcinoma della vescica - Sarcomi dei tessuti molli
Procarbazine	È anche indicata in combinazione con altri farmaci nel trattamento delle neoplasie cerebrali e dei linfomi non Hodgkin
Tamoxifene	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento del tumore della mammella maschile - Fibromatosi aggressive
Tegafur/Uracile	Alternativa al fluorouracile dove non si ritenga opportuno o indicato un trattamento infusione
Temozolomide	Melanoma maligno quando non si ritenga opportuno un trattamento con Dacarbazina
Toremifene	Trattamento del tumore della mammella maschile
Vinblastina	Trattamento dei carcinomi della vescica e del rene
Vinorelbine	<ul style="list-style-type: none"> - Può anche essere utilizzata nel carcinoma mammario metastatico HER2 positivo (IHC 3+ o FISH positivo) in associazione a Trastuzumab in pazienti precedentemente trattate con taxani in adiuvante o non candidate al trattamento con taxani - Carcinoma del distretto cervico-facciale - Carcinoma prostatico ormonoresistente.

Allegato 2 - Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei TUMORI PEDIATRICI per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Bleomicina	In associazione negli schemi PEB per i tumori germinali e ABVD nel linfoma di Hodgkin
Busulfano	<ul style="list-style-type: none"> - Neuroblastoma stadio 4 in associazione a Melphalan nei regimi mieloablativi - Sarcoma di Ewing family a cattiva prognosi in associazione a Melphalan nei regimi mieloablativi

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
CalcioLevofolinato	Si intende utilizzabile senza restrizione in associazione alle fluoropirimidine
Carboplatino	<ul style="list-style-type: none"> - Medulloblastoma localizzato in alternativa a cisplatino - Neuroblastoma stadio 3 e 4 in combinazione ad altri citostatici - Tumore di Wilms istologia sfavorevole o metastatico in combinazione - Rbdomiosarcoma localizzato e avanzato - Glomi a basso grado - Glomi ad alto grado - Retinoblastoma localmente avanzato e metastatico - Epatoblastoma a prognosi sfavorevole
Cisplatino	<ul style="list-style-type: none"> - Neuroblastoma, epatoblastoma, medulloblastoma, glomi a basso ed alto grado, osteosarcoma, tumori germinali - Linfomi non Hodgkin e linfoma di Hodgkin alla ricaduta
Dactinomicina	Sarcoma di Ewing prima ed ulteriore linea chemioterapia
Daunorubicina	Leucemie e linfomi del bambino alla ricaduta
Doxorubicina	<ul style="list-style-type: none"> - Sarcoma di Ewing in prima linea e alla ricaduta - Rbdomiosarcoma in prima linea e alla ricaduta - Epatoblastoma in prima linea e alla ricaduta
Etoposide	<ul style="list-style-type: none"> - Tumore di Wilms a prognosi sfavorevole e metastatico - Neuroblastoma stadio 3 e 4 - Sarcomi dei tessuti molli alla ricaduta - Sarcoma di Ewing family - Rbdomiosarcoma alla ricaduta - Osteosarcoma - Glomi a basso grado - Glomi ad alto grado - Ependimomi - PNET Cerebrali - Retinoblastoma localmente avanzato o metastatico - Istiocitosi a cellule di Langerhans
Ifosfamide	<ul style="list-style-type: none"> - Tumore di Wilms a prognosi sfavorevole o metastatico - Epatoblastoma a prognosi sfavorevole o metastatico - Sarcoma di Ewing - Osteosarcoma - Rbdomiosarcoma - Neuroblastoma
Irinotecan	<ul style="list-style-type: none"> - Rbdomiosarcoma alla ricaduta - Sarcoma di Ewing family alla ricaduta
Melfalan	Sarcoma di Ewing family a cattiva prognosi in associazione a Busulfano nei regimi mieloablativi

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Mercaptopurina	- Linfoma linfoblastico dell'infanzia - Istiocitosi a cellule di Langerhans
Metotrexato	- Gliomi ad alto grado - PNET cerebrali - Fibromatosi aggressiva - Istiocitosi a cellule di Langerhans
Tamoxifene	Fibromatosi aggressiva
Tiotepa	Nei regimi mieloalblativi dei tumori cerebrali pediatrici
Topotecan	- Neuroblastoma resistente alla terapia di prima linea - Sarcoma di Ewing resistente alla terapia di prima linea - Rbdomiosarcoma resistente alla terapia di prima linea
Vincristina	- Sarcoma Ewing - Istiocitosi a cellule di Langerhans
Vinorelbine	- Fibromatosi aggressiva - Rbdomiosarcoma

Allegato 3 - Farmaci con uso consolidato nel trattamento delle NEOPLASIE E PATOLOGIE EMATOLOGICHE per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Alemtuzumab	- Terapia di prima linea della leucemia linfatica cronica ad alto rischio (mutazioni di p53, delezione 17p) - Terapia di consolidamento della leucemia linfatica cronica in remissione dopo chemioterapia - Utilizzo, in regimi di associazione, nel trattamento della leucemia linfatica cronica resistente o in recidiva - Utilizzo, da solo o in associazione, nel trattamento dei linfomi non-Hodgkin a cellule T resistenti o in recidiva - Utilizzo in regimi di condizionamento pretrapianto di cellule staminali emopoietiche - Utilizzo della via di somministrazione sottocutanea nei trattamenti di prima linea e di salvataggio della leucemia linfatica cronica
Bleomicina	Utilizzato in regimi di associazione (ABVD o simili) nel trattamento del linfoma di Hodgkin
Busulfano	Utilizzato ad alte dosi, da solo o in associazione, in regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Carboplatino	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzato, in sostituzione del cisplatino, in regimi di associazione nel trattamento di salvataggio dei linfomi maligni (Hodgkin e non-Hodgkin) - Utilizzato ad alte dosi in regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche
Ciclofosfamide	Utilizzato ad alte dosi, da solo o in associazione, in regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche, ed in protocolli di mobilizzazione dei progenitori emopoietici
Cisplatino	Utilizzato in regimi di associazione nel trattamento di salvataggio dei linfomi maligni (Hodgkin e non-Hodgkin)
Citarabina	Utilizzato ad alte dosi, da solo o in associazione, nel trattamento delle leucemie acute, dei linfomi non-Hodgkin, ed in regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche
Doxorubicina	Utilizzato in regimi di associazione (VAD o simili) nel trattamento del mieloma multiplo
Etoposide	Utilizzato in regimi di associazione nel trattamento della leucemia linfoide acuta e del mieloma multiplo. Utilizzato ad alte dosi, da solo o in associazione, in regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche
Fludarabina	Utilizzato in regimi di associazione nel trattamento dei linfomi non-Hodgkin, delle leucemie acute, della leucemia linfatica cronica ed in regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche
Gemcitabina	Utilizzato, da solo o in regimi di associazione, nel trattamento del linfoma di Hodgkin e dei linfomi non-Hodgkin
Idroxicarbamide	Utilizzato nel trattamento di citoreduzione della leucemia mieloide acuta
Ifosfamide	Utilizzato in regimi di associazione nel trattamento di salvataggio del linfoma di Hodgkin, ed in regimi di condizionamento pretrapianto di cellule staminali emopoietiche
Interferone alfa	Utilizzato come terapia di prima linea della trombocitopenia essenziale in gravidanza, ed in pazienti di età minore di 40 anni. Utilizzato come terapia di seconda linea della trombocitopenia essenziale in pazienti di età compresa tra 40-60 anni a basso rischio di complicanze tromboemboliche
Melfalan	Utilizzato ad alte dosi, da solo o in associazione, in regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche nei linfomi maligni e nelle leucemie acute e croniche
Metotrexate	Utilizzato ad alte dosi, da solo o in associazione, nel trattamento delle leucemie acute e dei linfomi non-Hodgkin. Utilizzato, in associazione con ciclosporina, nella profilassi della GVHD in pazienti sottoposti ad allo trapianto di cellule staminali emopoietiche

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Mitoxantrone	Utilizzato in regimi di associazione nel trattamento della leucemia linfoide acuta e cronica, ed in regimi di condizionamento pretrapianto di cellule staminali emopoietiche
Pentostatina	Utilizzato nel trattamento dei linfomi non-Hodgkin a cellule T. Utilizzato nella profilassi e nel trattamento della GVHD refrattaria a trattamenti di prima linea
Pipobromano	Utilizzato nel trattamento di prima linea della trombocitemia essenziale in pazienti ad alto rischio di complicazioni tromboemboliche
Rituximab	Linfomi non-Hodgkin a cellule B (CD20 positivi), di qualunque istologia, in associazione con regimi vari di polichemioterapia (includenti farmaci quali antracicline, fludarabina, cisplatino, citarabina, etoposide, metotrexate) impiegati per il trattamento di prima linea o di salvataggio, inclusi i regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche
Tiotepa	Utilizzato in regimi di condizionamento pretrapianto di cellule staminali emopoietiche
Vindesina	Utilizzato, da solo o in regimi di associazione, nel trattamento delle leucemie acute e dei linfomi maligni dell'adulto
Vinorelbina	Utilizzato, da solo o in regimi di associazione, nel trattamento del linfoma di Hodgkin e dei linfomi non-Hodgkin

Allegato 4 – Farmaci con uso consolidato nel trattamento di PATOLOGIE NEUROLOGICHE per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Amantadina	Fatica nella sclerosi multipla
Amitriptilina	Dolore neuropatico
Azatioprina	Malattie autoimmuni a carattere neurologico
Carbamazepina	Dolore neuropatico
Ciclofosfamide	Malattie autoimmuni a carattere neurologico
Clonidina	Tics
Fenobarbital	Tremore essenziale
Primidone	Tremore essenziale
Tossina botulinica	Spasticità
Tossina botulinica intravesicale	Disfunzioni vescico-uretrali di origine neurologica

Allegato 5 - Farmaci con uso consolidato nel trattamento correlato ai TRAPIANTI per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di AIC

Nome composto	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura
Basiliximab	<p>Profilassi del rigetto acuto in pazienti adulti e pediatrici sottoposti a trapianto di fegato e a trapianto isole di Langerhans</p> <p>Profilassi del rigetto acuto in pazienti adulti sottoposti a trapianto di rene e pancreas</p>
Everolimus	<p>Profilassi del rigetto acuto in pazienti pediatrici sottoposti a trapianto di rene</p> <p>Profilassi del rigetto acuto in pazienti adulti sottoposti a trapianto di polmone</p> <p>Profilassi del rigetto acuto in pazienti adulti sottoposti a trapianto di fegato</p> <p>Pazienti con trapianto di fegato che necessitano la riduzione/sospensione nell'inibitore della calcineurina con problemi di tossicità renale</p>
Immunoglobulina di coniglio antitimocitaria	<p>Tattamento nell'adulto della malattia acuta e cronica da trapianto verso ospite (Graft versus Host Disease, GvHD)</p> <p>Profilassi e trattamento nel paziente pediatrico della malattia acuta e cronica da trapianto verso ospite (Graft versus Host Disease, GvHD)</p> <p>Regime di condizionamento nel trapianto autologo per malattie autoimmuni</p>
Micotenolo Mofetile	<p>Trapianto cuore pediatrico; trapianto fegato pediatrico; trapianto pancreas; trapianto polmone; trapianto di midollo osseo; trapianto isole di Langerhans</p>
Micotenolo Sodico	<p>Profilassi del rigetto acuto in pazienti adulti con trapianto di cuore. Pazienti adulti con trapianto di fegato e di cuore in cui il micotenolo mofetile dia effetti collaterali di tipo gastroenterico che richiedano la diminuzione/sospensione della dose</p>
Rapamicina	<p>Trapianto fegato; trapianto pediatrico di fegato e/o rene; trapianto midollo; trapianto pancreas, cuore, polmone; trapianto isole di Langerhans</p>
Tacrolimus	<p>Profilassi AR in trapianto di cuore-polmone, trapianto polmone, trapianto pancreas, trapianto rene-pancreas, trapianto intestino; trapianto isole di Langerhans; profilassi AR e trattamento GVHD in trapianto midollo osseo</p>
Valganciclovir	<p>Trapianto midollo osseo; trapianto d'organo solido pediatrico</p>

9.6.e

- Ad eccezione dei medicinali di cui ai citati Allegati 1, 2, 3, 4 e 5, le strutture prescrittici sono tenute a trasmettere, trimestralmente, all'AIFA ed all'Assessorato alla Sanità della propria Regione i dati clinici relativi ai pazienti trattati, gli eventi avversi, le date di inizio e fine trattamento (art. 4 Prov. CUF 20/07/2000) mediante il modello di scheda allegato (Modulo B)
- I Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie sono tenuti a comunicare i dati relativi alla spesa sostenuta all'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, che li trasmetterà ogni tre mesi all'AIFA (art. 6 Prov. CUF 20/07/2000) utilizzando il modello di scheda allegato (Modulo A). In mancanza di tali dati verrà rivalutata, da parte del Ministero della Salute, l'opportunità della permanenza dei medicinali nell'elenco.



9.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Legge 648/96
- Legge 94/98
- D Min San 11/02/97
- Circ Min San 13/99
- Prov CUF 20/07/2000
- Prov CUF 31/01/2001
- Circ R Lazio 3341/3155 02/07/2001
- Determinazione 29/05/2007, GU 06/06/2007 n. 129
- Determinazione 16/10/2007, GU 31/10/2007 n. 254
- GU 03/03/99 n. 51; GU 30/01/97 n. 24
- GU 06/12/97 n. 285; GU 11/03/98 n. 58
- GU 09/06/99 n. 133; GU 10/10/97 n. 237
- GU 14/06/99 n. 137; GU 11/03/98 n. 58
- GU 11/01/99 n. 7; GU 02/12/98 n. 282
- GU 03/11/99 n. 258; GU 20/12/99 n. 297
- GU 10/03/2000 n. 58; GU 15/06/2000 n. 138
- GU 05/09/2000 n. 207; GU 19/09/2000 n. 219
- GU 05/01/2001 n. 4; GU 10/02/2001 n. 34
- GU 24/03/2001 n. 70; GU 06/04/2001 n. 81; GU 08/05/2001 n. 105

- GU 23/09/2002 n. 223; GU 14/04/2003 n. 87
- GU 17/02/2004 n. 39; GU 08/03/2004 n. 56
- GU 15/07/05 n. 163; GU 18/05/06 n. 114; GU 9/06/06 n. 132; GU 17/06/06 n. 139
- GU 07/02/2007 n.31; GU 19/04/2007 n.91; GU 28/05/2007 n. 122
- GU 21/01/2008 n.17
- Norme UNI EN ISO 9001: 2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

MOD. B

Ministero della Sanità – Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmovigilanza
 Monitoraggio degli indicatori clinici dei medicinali erogati dal SSN ai sensi della Legge 648/96

MEDICINALE			
Indicazione terapeutica			
Struttura prescrittrice		Città	
Scadenza inizio trattamento	<input type="text"/>	Iniziali paziente	<input type="text"/> M <input type="checkbox"/>
Scadenza di controllo trimestrale	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/> F <input type="checkbox"/>
Data inizio terapia	<input type="text"/>	Età	<input type="text"/>
Data controllo trim.	<input type="text"/>		
Indicatore 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indicatore 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Eventi avversi NB: tale segnalazione non sostituisce la segnalazione spontanea delle ADR secondo il D.lvo 44/97

Fine terapia	<input type="text"/>	causa	<input type="text"/>
Scadenza fine terapia	<input type="text"/>		
Data	<input type="text"/>		
Osservazioni			

10

Nutrizione Artificiale Domiciliare



10.1 *CHI PUÒ ACCEDERE*

- Pazienti per i quali l'alimentazione per via naturale sia insufficiente/controindicata/impossibile a causa di patologie mediche o chirurgiche
- Pazienti con morbo di Crohn anche in alimentazione naturale



10.2 *COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN*

Tutti i prodotti necessari al trattamento nutrizionale:

- Prodotti dietoterapici
- Prodotti dietoterapici per os (formule nutrizionali elementari o polimeriche) a pazienti affetti da morbo di Crohn
- Prodotti dietoterapici a pazienti pediatrici con accesso artificiale al tubo digerente in misura pari al 50% del fabbisogno
- Specialità medicinali
- Preparati per Nutrizione Parenterale Totale
- Dispositivi Medici
- Soluzioni infusionali
- Materiale sanitario di medicazione
- Pompa infusione (in comodato d'uso)
- Piantana (in comodato d'uso)



10.3 *COME DEVE ESSERE PRESCRITTO*

- Prescrizione del medico della Unità Operativa di Nutrizione Artificiale della Regione Lazio (vedi paragrafo 10.6.b), scelta dal paziente in base a motivazioni non sindacabili

La prescrizione deve obbligatoriamente riportare le seguenti indicazioni:

- *Tipologia della formula* e non il nome commerciale; in di caso prodotto dichiarato insostituibile il medico prescrittore deve indicarne per iscritto le motivazioni
- *Via di somministrazione* conforme a quanto indicato nella AIC del prodotto prescritto
- *Durata di trattamento* tre mesi. Allo scadere di tale termine è obbligatorio il rinnovo della prescrizione da parte della U.O. NAD



10.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

Al Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza del paziente. Alla conclusione del trattamento il paziente o un componente del nucleo familiare è tenuto alla restituzione di tutti i prodotti farmaceutici non utilizzati direttamente al servizio da cui li ha ricevuti.



10.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Prescrizione del medico della Unità Operativa del centro di Nutrizione Artificiale che, di norma, viene direttamente trasmessa via fax al Servizio Farmaceutico a cura dell'Unità Operativa stessa
- Libretto sanitario dell'assistito
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio farmaceutico territoriale



10.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento

10.6.a Glossario

Nutrizione Enterale (NE): nutrizione artificiale che prevede la somministrazione di substrati nutrizionali in forma liquida attraverso una sonda

Nutrizione Parenterale (NP): nutrizione artificiale che prevede la somministrazione di substrati nutrizionali direttamente nel torrente circolatorio attraverso:

- vena superficiale arto superiore (Nutrizione Parenterale Periferica)
- vena cava superiore e meno frequentemente vena cava inferiore (Nutrizione Parenterale Centrale)

Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD): nutrizione artificiale che avviene al domicilio del paziente, adeguatamente addestrato, previa consegna di tutti i prodotti farmaceutici necessari al trattamento nutrizionale.

I pazienti devono accettare esplicitamente il trattamento a domicilio ed assumersene la responsabilità, dopo essere stati opportunamente informati dei rischi eventualmente connessi. Nel caso di pazienti pediatrici o adulti non autosufficienti, tale accettazione deve essere espressa anche da almeno un elemento del nucleo familiare o altra persona idonea.

Comodato d'uso: la cessione in comodato d'uso consiste nella erogazione di materiali per i quali è previsto l'impegno da parte del paziente alla restituzione qualora non sussistano le condizioni cliniche che ne hanno giustificato la concessione.

10.6.b Le unità operative nel Lazio per la NAD, come da DGR 7872/94, sono le seguenti:

- Divisione di Gastroenterologia dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma
- Divisione di Chirurgia dell'Ospedale di Marino
- Servizio di Nutrizione clinica della 2° Clinica Chirurgica dell'Università di Roma La Sapienza
- Servizio di Dietologia dell'Ospedale Forlanini di Roma
- Servizio di Gastroenterologia dell'Ospedale S. Filippo Neri di Roma
- Servizio di Anestesiologia dell'Ospedale di Cassino
- Servizio di Anestesiologia dell'Ospedale di Colferro
- Servizio di Anestesiologia dell'Ospedale di Montefiascone
- Servizio di Anestesiologia dell'Ospedale di Rieti
- Divisione di Medicina Interna dell'Ospedale di Pontecorvo

- Divisione di Medicina dell'Ospedale S. Eugenio di Roma
- Ospedale di Latina

La normativa vigente prevede che ciascuna ASL istituisca specifiche strutture aziendali



10.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- L R Lazio n°80 del 02/12/88 e successive modifiche ed integrazioni
- DGR 7872/94 (SeReNAD)
- DGR 4127/97
- DGR 3519/93
- Circ Min San.236/96
- Circ R Lazio 52/93
- Nota R Lazio 16696/97
- Nota R Lazio 14241/97
- Nota R Lazio 14981/99
- Nota R Lazio 25536/08
- DGR 920 del 12/07/02 “Regolamentazione della nutrizione artificiale domiciliare nella Regione Lazio”
- Circ R Lazio 90875 del 23 agosto 2007
- Linee-guida NAD
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

11

Ossigenoterapia domiciliare

11.A TERAPIA CON OSSIGENO LIQUIDO



11.A.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica in ossigeno-terapia a lungo termine con riconoscimento dell'esenzione Codice 24.



11.A.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Ossigeno liquido in bombola da 26.500 litri.



11.A.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

- a Prescrizione redatta dal medico specialista di una struttura pubblica riportante il fabbisogno massimo semestrale (flusso “litri/minuto”, ore di terapia giornaliera)
- b Ricetta del medico di famiglia riportante la prescrizione di una bombola di ossigeno liquido da 26.500 litri. Tale ricetta deve essere accompagnata dalla copia conforme alla prescrizione specialistica di cui al punto a., rilasciata dal Servizio Farmaceutico Territoriale



11.A.4 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- 1 Prescrizione redatta dallo specialista di una struttura pubblica riportante il fabbisogno semestrale (flusso “litri/minuto”, ore di terapia giornaliera)
Il Servizio Farmaceutico Territoriale rilascia un numero di copie conformi, trattenendo l'originale, pari al numero di bombole necessarie per il fabbisogno massimo semestrale

- 2 Libretto Sanitario dell'assistito
- 3 Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



11.A.5 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

Alla farmacia aperta al pubblico consegnando:

- ricetta del medico di famiglia di cui al punto 11.A.3.b
- copia conforme all'originale della prescrizione di cui al punto 11.A.3.a preventivamente rilasciata dal Servizio Farmaceutico Territoriale

La farmacia aperta al pubblico provvederà ad inviare al domicilio del paziente la bombola prescritta.

Poiché l'ossigeno terapeutico è inserito nel PHT, qualora la ASL attui la distribuzione diretta, il Servizio Farmaceutico Territoriale trasmette alla ditta aggiudicataria della gara per la fornitura dell'ossigeno liquido la richiesta delle bombole, secondo modalità previste nel capitolato.



11.A.6 ANNOTAZIONI

Le copie conformi all'originale possono essere ritirate anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.



11.A.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- D Min San 22/12/2000
- D Min San 329/99
- D Min San 03/04/92
- Telegramma R Lazio 20/09/91
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Nuove note AIFA 2006-2007 S.O. della GU del 10/01/2007
- Circolare della Regione Lazio n. 92391 del 31/8/2007

11.B TERAPIA CON OSSIGENO GASSOSO



11.B.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica in ossigeno-terapia a medio o lungo termine.



11.B.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

- Ossigeno gassoso in bombola da litri 1500
- Ossigeno gassoso in bombola da litri 3000



11.B.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Ricetta del medico di famiglia riportante la prescrizione di una bombola di ossigeno gassoso da 1500 litri o 3000 litri.



11.B.4 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

Nessuno. Non è necessario che il paziente si rechi al Servizio Farmaceutico Territoriale.



11.B.5 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

Alla farmacia aperta al pubblico consegnando:

- ricetta del medico di famiglia di cui al punto 11.B.3



11.B.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente.



11.B.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- D Min San 22/12/2000
- D Min San 329/99
- D Min San 03/04/92
- Telegramma R Lazio 20/09/91
- DLGS 219/2006 art. 88
- Circolare R Lazio 92391/2007
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Nuove Note AIFA 2006-2007 SO della GU del 10/01/2007

12

Portatori di catetere venoso



12.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da tumori solidi, portatori di catetere venoso.



12.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Prodotti farmaceutici per la manutenzione del catetere venoso nei seguenti limiti quali-quantitativi:

Descrizione	Quantità
1 Guanti sterili monouso in lattice	n. 2 paia/die
2 Soluzione fisiologica da 10 cc	n. 4 fiale/die
3 Siringhe monouso da 10 cc	n. 6/die
4 Siringhe monouso da insulina 1 cc	n. 2/die
5 Garze sterili 10x10x25 cm	n. 2 confezioni/die
6 Cerotto medicato ipoallergenico 8,3 x 6 cm	n. 1 confezione/mese
7 Cerotto in seta 2,5 x 9,1 cm	n. 1 confezione/mese
8 Soluzione disinfettante Iodio povidone	n. 1 flc/mese
9 Eparina sodica fiale	n. 1 fiala/mese
10 Tappi sterili per catetere venoso a 1 o 2 vie	n. 2-4/die



12.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Prescrizione redatta dal medico di una struttura pubblica ospedaliera con indicazione della patologia e della qualità e quantità dei prodotti necessari alla manutenzione del catetere venoso.



12.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

Al Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza del paziente (vedi capitolo 17).



12.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Prescrizione di cui al punto 12.3
- Libretto sanitario dell'assistito
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



12.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.



12.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Nota R Lazio17331 del 10/09/98
- Nota R Lazio n. 8433/55/3 del 23/03/98
- Nota R Lazio n. 9376 del 07/04/98
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

13

Portatori di stomia



13.1 CHI PUÒ ACCEDERE

- Pazienti colostomizzati
- Pazienti ileostomizzati
- Pazienti urostomizzati



13.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Ausili e dispositivi medici nei seguenti limiti quali-quantitativi:

Ausili /Dispositivi	Colostomizzati	Ileostomizzati	Urostomizzati
Sacche*	60 pz. al mese	90 pz. al mese	30 pz. al mese
Placche*	10 pz. al mese	15 pz. al mese	20 pz. al mese 15 pz. al mese per stomi introflessi
Cannula da irrigazione e cono anatomico*	1 pz. ogni 6 mesi	1 pz. ogni 6 mesi	1 pz. ogni 6 mesi
Pasta protettiva per pelle peristomale**	2 pz. al mese	2 pz. al mese	2 pz. al mese
Polvere o film protettivo per zone peristomali**	2 pz. al mese	2 pz. al mese	2 pz. al mese

*i quantitativi massimi concedibili sono da intendersi per ogni stomia e sono aumentabili, a giudizio del medico prescrittore della ASL, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza non superiore a 6 mesi (per ulteriori precisazioni consultare il Nomenclatore Tariffario D Min San 332/99).

**prescrivibili alternativamente tra loro ed esclusivamente in associazione con gli ausili per stomia nei casi in cui il medico prescrittore ne ravvisi l'assoluta necessità.



13.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

- a. Alla dimissione, il paziente deve essere munito di certificato medico, rilasciato da struttura ospedaliera o universitaria attestante:
 - il piano terapeutico (generalmente annuale)

- il tipo di stomia praticata (ileo-colo-urostomia)
 - il fabbisogno mensile
 - tipologia e diametro dei dispositivi medici richiesti con il codice e secondo i limiti quali-quantitativi previsti dal Nomenclatore Tariffario D Min San 332/99
- b.** Prescrizione del medico di famiglia, previa documentazione di cui al punto a., riportante:
- il fabbisogno mensile dei prodotti farmaceutici erogabili con indicato il codice Nomenclatore Tariffario e secondo i limiti quali-quantitativi previsti dal D Min San 332/99



13.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

Al Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza del paziente e/o ad altro servizio competente (vedi capitolo 17).



13.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Prescrizioni mediche di cui al paragrafo 13.3
- Libretto sanitario dell'assistito
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



13.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento.



13.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- D Min San 321/2001 (Modifiche al D Min San 332/99)
- D Min San 332/99 (Nomenclatore Tariffario)
- Delibera R Lazio n. 396/05

- Nota R Lazio 9708/99
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

14

Prontuario per la continuità terapeutica Ospedale-Territorio (PHT)



14.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti dalle patologie riportate nella tabella I.



14.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Principi attivi (farmaci) riportati nella tabella I.



14.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

- a. Prescrizione di strutture specializzate ospedaliere o universitarie o di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico riportate in tabella I sulla base di un piano terapeutico (P) predisposto dalle stesse
- b. Prescrizione del medico di medicina generale solo per i farmaci in “distribuzione per conto” (DPC)



14.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- Per i farmaci in distribuzione diretta (DD) al Servizio Farmaceutico Territoriale o al SERT della ASL di residenza del paziente (sezione “Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici” della tabella I)
- Per i farmaci in DPC presso le farmacie aperte al pubblico (sezione “Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici” della tabella I)



14.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- Prescrizione di cui al paragrafo 14.3
- Libretto sanitario dell'assistito
- Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale



14.6 ANNOTAZIONI

- a. I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento
- b. Farmaci in distribuzione per nome e per conto: tabella II
- c. Farmaci in distribuzione diretta: tabella III
- d. Modelli aggiornati per la compilazione del piano terapeutico:

Allegato 1:

- Piano Terapeutico AIFA per prescrizione SSN di Eritropoietina (ex Nota 12)
- Piano Terapeutico AIFA per prescrizione SSN di Interferoni (ex Nota 32)
- Piano Terapeutico AIFA per prescrizione SSN di Lamivudina (ex Nota 32 bis)

Allegato 2:

- Piano Terapeutico AIFA per prescrizione SSN di Clopidogrel

Allegato 3:

- Modello generico per gli altri farmaci che richiedono la compilazione del Piano Terapeutico



14.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Note AIFA, determinazione del 29/10/04 – GU SO 4/11/04
- Circolare R 1423230/4A-05 del 7/12/2004
- Circolare R 44765/4V20 del 19/04/2007
- DGR n. 918 del 16/11/07
- GU 22/02/08 n. 45
- Norme UNI EN ISO 9001: 2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta – Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio



14.8 ABBREVIAZIONI

PHT: Prontuario della Distribuzione diretta per la continuità assistenziale H (ospedale) - T (territorio)

P: Piano Terapeutico

DPC: Distribuzione per Norme e per Conto

DD: Distribuzione Diretta

TABELLA I - Farmaci del PHT: Sintesi delle modalità distributive						
Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici		
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	P	Strutture specialistiche individuate per la definizione del PIANO TERAPEUTICO	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio	
Acromegalia	Octreotide lanreotide	40	P	Endocrinologia, Oncologia, Epatologia	Farmacie del territorio in dpc (all.1)	
Anemia mediterranea	Deferoxamina		P	Medicina Interna, Ematologia, Pediatria Trasfusionale	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2)	
Angioedema ereditario	C1-inibitore		P	Allergologia, Immunologia	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2)	
Artrite reumatoide grave	Leflunomide		P	Reumatologia, Medicina Interna, Immunologia	Farmacie del territorio	
Carenza primaria e secondaria di carnitina	Levocarnitina	8	P	Cardiologia, Nefrologia e Dialisi, Ematologia, Centri del metabolismo	Farmacie del territorio	
Coagulopatie gravi	Fibrinogeno Umano Complesso Protrombinico Umano		P	Ematologia, Medicina interna	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2) e Farmacie del territorio	

Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	P	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio
Coagulopatie gravi	Fattore VIII di Coagulazione Naturale; Fattore VIII di Coagulazione Ricombinante; Moroctog Alfa; Octogog Alfa; Fattore IX di Coagulazione Naturale; Nonacog Alfa; Complesso protrombinico Antiemofilico Umano		P	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2) e Farmacie del territorio. Per il ritiro in farmacia è necessaria la prescrizione dello specialista o del medico di medicina generale in possesso del P dello specialista senza necessità della autorizzazione della ASL
Coagulopatie gravi	Desmopressina		P	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2) e Farmacie del territorio
Diabete	Insulina glargine, Insulina detemir		P	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Diabete	Pioglitazone, Rosiglitazone		P	Farmacie del territorio

Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	Strutture specialistiche individuate per la definizione del PIANO TERAPEUTICO	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio
Disassuefazione da oppiacei	Naltrexone, Metadone			SERT
Emolisi neonatale	Ig Umana Anti-D (Rh)		Ginecologia	Servizio Farmaceutico Territoriale
Epatite cronica C	Lamivudina	*	Oncologia, Ematologia, Malattie infettive, Immunologia, Epatologia, Gastroenterologia, Chirurgia	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Epatite cronica C	Interferone Alfa Naturale, Interferone Alfa-2a, Interferone Alfa-2b, Interferone Alfa-N1, Interferone Alfacon-1, Peginterferone Alfa-2b, Peginterferone Alfa-2a	*	Oncologia, Ematologia, Malattie infettive, Immunologia, Epatologia, Gastroenterologia	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Fibrosi cistica	Dornase Alfa		Centri per la fibrosi cistica	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2)
Infertilità maschile e femminile	Menotropina, Urofollitropina, Lutropina alfa, Follitropina alfa, Follitropina beta	74	Centri individuati con la circolare assessorile del 29 febbraio 2000 n.5	Farmacie del territorio in dpc (all.1)

Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	P	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio
	Gonadorelina	74	P	Farmacie del territorio
Infezioni virali da VSV e HSV o da CMV in trapiantati d'organo	Valaciclovir	84		Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Infezioni virali da VSV e HSV o da CMV in trapiantati d'organo	Valganciclovir		P	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2)
Infezioni virali e fungine in pazienti affetti da HIV	Foscarnet, Pentamidina		P	Farmacie del territorio
Iperfosfatemia in dializzati	Sevelamer		P	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2)
Ipogonadismo ipogonadotropo	Testosterone	36	P	Farmacie del territorio
Malattie neoplastiche- Terapie di supporto- Anemie gravi	Lanreotide, Octreotide	40	P	Farmacie del territorio in dpc (all.1)

Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	P	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio
	Tretinoina		P	Farmacie del territorio
	Buserelina, Leuprorelina, Goserelina, Triptorelina	51	P	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Malattie neoplastiche- Terapie di supporto- Anemie gravi	Epoetina Alfa, Epoetina Beta, Darbopoetina Alfa	*	P	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2)
Malattie neoplastiche- Terapie di supporto- Anemie gravi	Flutamide			Farmacie del territorio

Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	P	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio
	Bicalutamide			Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Malattie neoplastiche- Terapie di supporto- Anemie gravi	Filgrastim, Lenograstim, Molgramostim	30	P	Farmacie del territorio
	Pegfilgrastim		P	Farmacie del territorio
	Interferone Alfa Naturale, Interferone Alfa2a Interferone Alfa2b Interferone Alfa-N1	*	P	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
	Mesna		P	Farmacie del territorio
Morbo di Alzheimer di grado lieve-moderato	Donezepil, Rivastigmina, Galantamina	85	P	Farmacie del territorio
Nanismo ipofisario	Somatotropina	39	P	Servizio Farmaceutico Territoriale (all.2)

Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	Strutture specialistiche individuate per la definizione del PIANO TERAPEUTICO	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio
Narcolessia	Modafinil	P	Neurologia, Psichiatria	Farmacie del territorio
Patologie endometriali- Pubertà precoce	Leuprorelina, Goserelina, Triptorelina	51 P	Ginecologia, Urologia, Endocrinologia	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Psicosi grave: pazienti seguiti da servizi psichiatrici e di igiene mentale	Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazolo, Risperidone	P	Psichiatria Centri UVA- Unità di Valutazione Alzheimer- individuati dal provvedimento regionale del 21 gennaio 2002 n.2699 All. 1	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Rescue dopo terapia con antagonisti dell'acido dihidrofolico	Calcio Folinato	11		Farmacie del territorio
Sclerosi multipla	Interferone Beta-1a, Interferone Beta-1b, Glatiramer Acetato	65	Centri individuati dalla Determinazione Regione Lazio del 22 settembre 2004 n.3604 (Allegato E)	
Sindrome coronarica acuta, senza innalzamento del tratto ST	Clopidogrel	P	Cardiologia	Farmacie del territorio

Chi può accedere	Cosa può essere concesso in regime di SSN	Come deve essere prescritto	Da chi può essere prescritto	Dove rivolgersi per ricevere i prodotti farmaceutici
Patologia	Principio attivo	Note AIFA	Strutture specialistiche individuate per la definizione del PIANO TERAPEUTICO	Servizio farmaceutico territoriale o farmacie del territorio
Trapianto d'organo	Tacrolimus, Sirolimus	P	Centri trapianti, Centri nefrologia e dialisi	Farmacie del territorio in dpc (all.1)
Trombosi venosa profonda: proflassi	Dalteparina, Enoxaparina, Nadroparina, Parnaparina, Reviparina, Bemiparina			Farmacie del territorio in dpc (all.1)

*** Determinazione AIFA 11 febbraio 2008 in GU n. 45 del 22.02.08**
A partire dall'8 marzo 2008 sono entrate in vigore le seguenti modifiche delle Note AIFA: le **Note 12, 32 e 32bis** sono sostituite dai relativi **Piani Terapeutici**

TABELLA II - Elenco dei farmaci oggetto della distribuzione per nome e per conto ALLEGATO N. 1 del DGR 918 del 16/11/07

	ATC	DESCRIZIONE
1	A10AE04	INSULINA GLARGINE
2	A10AE05	INSULINA DETEMIR
3	B01AB04	DALTEPARINA
4	B01AB05	ENOXAPARINA
5	B01AB06	NADROPARINA
6	B01AB07	PARNAPARINA
7	B01AB08	REVIPARINA
8	B01AB12	BEMIPARINA
9	G03GA02	MENOTROPINA
10	G03GA04	UROFOLLITROPINA
11	G03AG05	FOLLITROPINA ALFA
12	G03AG06	FOLLITROPINA BETA
13	G03AG07	LUTROPINA ALFA
14	H01CB02	OCTREOTIDE
15	H01CB03	LANREOTIDE
16	J05AB11	VALACICLOVIR
17	J05AF05	LAMIVUDINA
18	L02AE01	BUSERELINA
19	L02AE02	LEUPRORELINA
20	L02AE03	GOSERELINA
21	L02AE04	TRIPTORELINA
22	L02BB03	BICALUTAMIDE
23	L03AB	INTERFERONI
24	L04AA05	TACROLIMUS
25	N05AH02	CLOZAPINA
26	N05AH03	OLANZAPINA
27	N05AH04	QUETIAPINA
28	N05AX08	RISPERIDONE
29	N05AX12	ARIPIRAZOLO

**TABELLA III - Elenco dei farmaci in distribuzione diretta da parte
delle strutture pubbliche
ALLEGATO N. 2 del DGR 918 del 16/11/07**

ATC	DESCRIZIONE
1 AB02BD01	FATTORE IX, II, VII E X DI COAGULAZIONE IN ASSOCIAZIONE
2 B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE
3 B02BD03	INIBITORE BYPASSANTE L'ATTIVITA' FATTORE VIII
4 B02BD04	FATTORE IX DI COAGULAZIONE
5 B02BD05	FATTORE VII DI COAGULAZIONE
6 B03XA01	ERITROPOETINA
7 B03XA02	DARBEPOETINA ALFA
8 H01AC01	SOMATOTROPINA
9 J05AB06	VALGANCICLOVIR
10 N07BC02	METADONE
11 R05CB13	DORNASE ALFA (DESOSSIRIBONUCLEASI)
12 V03AC01	DEFEROXAMINA
13 V03AE02	SEVELAMER

ALLEGATO 1

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI ERITROPOLIETINE (ex Nota 12)

Centro prescrittore _____
 Medico prescrittore (nome e cognome) _____
 Tel. _____ n. invio _____

Paziente (nome e cognome) _____
 Data di nascita _____ sesso M _ F
 Codice fiscale _____
 Residente a _____ Tel. _____
 Regione _____
 A.U.C.L. di residenza _____ Prov. _____
 Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di eritropoietine è a carico del BSK per le seguenti condizioni cliniche:

- Trattamento dell'anemia (Hb <11 g/dL) associata ad RC in pazienti adulti e in soggetti pediatrici sia in trattamento dialitico che in trattamento conservativo
- Trattamento dell'anemia (Hb <10 g/dL) in pazienti adulti oncologici che ricevono chemioterapia antitumorale; in caso di Hb <8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoietina alfa

I *per Darbepoietina sono disponibili dati nella pediatria solo sui pazienti con età >11 anni.

- Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo nell'ambito di programmi di profilazione con le limitazioni previste in scheda tecnica.

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta

“FAC SIMILE ALLEGATO 1 G.U. n°4 del 22/02/2008”

Farmaco prescritto:

eritropoietina alfa eritropoietina beta darbepoetina alfa

Dosaggio: _____

Durata prevista del trattamento

Prima prescrizione prosecuzione della cura

Data: ____/____/____

Timbro e firma del clinico prescrittore

Bibliografia

1. Flanagan H, Lindh T, et al. A randomized controlled trial of hemoglobin normalization with epoetin alfa in pre-dialysis and dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2003;18:353-61
2. Vamanberg, et al, Bárány P, et al. Randomized trial of darbepoetin alfa for treatment of renal anemia at a reduced dose frequency compared with r-huEPO in dialysis patients. *Kidney Int*. 2002;62:2167-75.
3. Bohlius J, Wilson J, Seldenfeld et al. Recombinant human erythropoietins and cancer patients: updated meta-analysis of 57 studies including 8353 patients. *J Natl Cancer Inst*. 2006 May 17; 98:709-14.
4. Bohlius J, Wilson J, Seldenfeld et al. Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19: 5.
5. Gombotz H, Giles M, et al. Preoperative treatment with recombinant human erythropoietin to pre-deposit of autologous blood in women undergoing primary hip replacement. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000 Jul; 44:757-62. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2040.2000.01666.x>

“FAC SIMILE ALLEGATO 1 G.U. n°4 del 22/02/2008”

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI INTERFERONI (Ex Nota 32)**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (nome e cognome): _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome): _____

Data di nascita _____ sesso M L F U

Codice fiscale _____

Residente a _____ Tel _____

Regione _____

AUSL di residenza _____ Prov. _____

Medico di medicina Generale _____

La prescrizione di interferoni è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

Epatite cronica B:

- 1. Epatite cronica B-HBV-DNA-positiva, con ipertransaminemia

Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa-2a pegylato; Interferone alfa naturale (leucostano)*

- 1. Epatite cronica B-delta (monocroplia)

Principi attivi: Interferone alfa 2a ricombinante, Interferone alfa 2b ricombinante, Interferone alfa naturale (leucostano)*

*Per il trattamento delle infezioni acute si è previsto soltanto l'uso di interferoni ricombinanti (presenza di documentazione intolleranza soggettiva o neutropenia o piastrinopenia con conta dei neutrofilici per stentamento inferiore a 750/mm³ o piastrine parzialmente inferiori a 50.000/mm³, che compaiono in corso di terapia con altri interferenti) e del loro uso in caso di progressione o presenza di cirrosi (esclusivamente).

“FAC SIMILE ALLEGATO 1 G.U. n°4 del 22/02/2008”

Epatite C:

- in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina, trattamento dell'epatite cronica C in pazienti adulti con ipertransaminasemia e positività per HCV-RNA, inclusi pazienti con malattia epatica avanzata (cirrosi epatica compensata –Child A) o con infezione da HIV, ma trattati in precedenza con interferoni o in recidiva dopo precedente trattamento con interferoni

Principi attivi: Interferone alfa-2a peghilato; Interferone alfa-2b peghilato; Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante

Nota: vi sono evidenze in letteratura di maggiore efficacia degli Interferoni peghilati rispetto agli interferoni ricombinanti

- in combinazione con ribavirina (o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina, trattamento dell'epatite cronica C, senza ipertransaminasemia, in soggetti senza scompenso epatico, positivi per HCVRNA sierico, mai trattati in precedenza con interferoni o in recidiva dopo precedente trattamento con interferoni

Principio attivo: Interferone alfa-2a peghilato

- in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina, trattamento dell'epatite cronica C in pazienti adulti con ipertransaminasemia e positività per HCV-RNA; da riservare a pazienti con problemi di intolleranza agli interferoni (presenza di documentata intolleranza soggettiva o neuropatia o parestiparite con conta dei neutrofili persistentemente inferiori a 250/mm³ alla placenta parietale tumore infiltrato a EG EG/come, che compaiono in corso di terapia con altri Interferoni) o che ne necessitano la prosecuzione in presenza di dosaggio terapeutico. **Non utilizzare nei pazienti non responders a precedenti cicli di trattamento con interferoni**

Principi attivi: Interferone alfa naturale leucocitario

- in monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV

Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante;

Altre patologie:

- leucemia a cellule capillate

Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario

- leucemia mieloide cronica

Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale alfa leucocitario

“FAC SIMILE ALLEGATO 1 G.U. n°4 del 22/02/2008”

- └ **sarcoma di Kaposi correlato all'AIDS o ad altre condizioni cliniche di immunodepressione**
Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*
- └ **linfoma non Hodgkin follicolare**
Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*
- └ **melanoma maligno**
Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*
- └ **carcinoma renale avanzato**
Principio attivo: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*
- └ **linfoma cutaneo a cellule T**
Principio attivo: Interferone alfa-2a ricombinante;
- └ **mieloma multiplo**
Principio attivo: Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*
- └ **tumore carcinoide**
Principio attivo: Interferone alfa-2b ricombinante;
- └ **micosi fungoide**
Principio attivo: Interferone alfa naturale leucocitario.

*Nota: è da impiegarsi in caso di intolleranza agli interferoni ricombinanti (in presenza di documentata intolleranza soggettiva o nei soggetti a rischio per via del loro profilo immunologico) e/o in caso di gravidanza o allattamento, o in presenza di epatopatia.

“FAC SIMILE ALLEGATO 1 G.U. n°4 del 22/02/2008”

Farmaco prescritto :

- Interferone alfa 2a ricombinante Interferone alfa 2b ricombinante
- Interferone alfa 2a seghilato Interferone alfa 2b seghilato
- Interferone alfa naturale Leicopitano

Dosaggio _____ Durata prevista del trattamento _____

- Prima prescrizione Prescrizione della cura

Data _____

Tiratura e firma del clinico prescrittore

Bibliografia

1. Stroffolini T, Sagroli E, Molc A, Grazi A, Almasio F; Italian Hospital Collaborating Group. The aetiology of chronic hepatitis in Italy: results from a multicentre national study. *G Liver Dis.* 2004;96:929-33
2. National Institutes of Health consensus development conference statement: Management of hepatitis C: 2002 – June 10-12 2002. *Hepatology* 2002; 36: 83-826
3. Yoshida H, Aikawa Y, Sata M, Nishiguchi S, Yano M, Fujiyama S, Yamada S, Yokosuka O, Shiratori Y, Omata Y. Interferon therapy prolonged life expectancy among chronic hepatitis C patients. *Gastroenterology* 2002;123:483-491.
4. Kasahara A, Tamaki H, Okamoto T, et al. Interferon treatment improves survival in chronic hepatitis C patients showing biochemical as well as virological responses by preventing liver-related death. *J Viral Hepat* 2004;11: 48-155
5. Lok ASF and Mc Mahon BJ. Chronic Hepatitis B Update of recommendations. *Hepatology* 2004; 39: 1-5.
6. Keeffe EB, DiStefano DT, Han SH, et al. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B virus infection in the United States: an update. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2003; 4: 330-60
7. Dienstag JL, Nelson-Kelchman JG. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of hepatitis C. *Gastroenterology.* 2003;120: 325-30
8. Alberti A. Towards more individualised management of hepatitis C virus patients with initially or persistently normal alanineaminotransferase levels. *J Hepatol.* 2005;42:263-74.
9. Schiffman ML. Retreatment of patients with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2002;36:5129-5134
10. Shiffman ML, Di Bisceglie AM, Lindsay KL, Marshburn C, Wright EC, Everson GT, Lok AS, Milligan TR, Robinson H, Lane VA, Dienstag JL, Chany MG, Goodman ZD, Finkelstein JF. The HCV T-C Trial Group. Peginterferon alfa-2a and abacavir in patients with chronic hepatitis C who have failed prior treatment. *Gastroenterology* 2004;126 10: 5-20.

“FAC SIMILE ALLEGATO 1 G.U. n°4 del 22/02/2008”

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (ex Nota 32 bis)**

Come prescrittore: _____
 Medico prescrittore (nome e cognome): _____
 Tel. _____ e-mail: _____

Paziente (nome e cognome): _____
 Data di nascita: _____ Sesso: M F
 Codice fiscale: _____
 Residente a: _____ Tel. _____
 Reg. on. _____
 N. ISI di residenza: _____ Prov. _____
 Medico di medicina Generale: _____

La prescrizione di lamivudina è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- 1. **Epatite cronica B (HBV-DNA-positiva), con malattia avanzata** (con rissesti e biologia di portatori cronici ad aspetti clinici di cirrosi) in cui l'infiammazione sia controllata o non trattata e indicata come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione.
- 2. **Epatite cronica B (HBV-DNA positiva senza malattia avanzata)**, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione.
- 3. **Portatori cronici di HBsAg per il trattamento e per la prevenzione delle riassestazioni dell'epatite B** (o soggetti a terapia con interferone alfa) in cui il trattamento farmacologico è associato a un trattamento di rimborsazione o di regime socio-sanitario senza limiti temporali né di associazione.
- 4. **Soggetti HBsAg negativi portatori di anticorpi anti HBV per la prevenzione delle riassestazioni dell'epatite B** (come soggetti a terapia con interferone alfa) in cui il trattamento farmacologico è associato a un trattamento di rimborsazione o di regime socio-sanitario senza limiti temporali.

“FAC SIMILE ALLEGATO 1 G.U. n°4 del 22/02/2008”

ALLEGATO 2 PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI CLOPIDOGREL

Centro prescrittore:

Nome cognome del clinico prescrittore _____

recapito telefonico _____

Paziente: (nome, cognome) _____ età _____

sessu: M F tessera sanitaria n° _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____

La prescrizione di clopidogrel è a carico del SSN solo se rispondente a una delle seguenti condizioni:

- Sindrome coronarica acuta senza innalzamento del tratto ST (angina instabile o infarto miocardico senza onda Q) in associazione con ASA (trattamento di 6 mesi rinnovabile per 1-2 volte)
- Angioplastica percutanea (PTCA) con applicazione di stent^{2,3}:
 - non medicato (trattamento di 1 mese in associazione con ASA)
 - medicato (trattamento di 6 mesi in associazione con ASA)
- Terapia antiaggregante a breve termine per la prevenzione secondaria dell'infarto in associazione con ASA^{4,5}
- Terapia antiaggregante a lungo termine per la prevenzione secondaria dell'infarto o dell'ictus, in pazienti per i quali esiste controindicazione a ASA o ticlopidina^{6,7}

Dose e durata del trattamento

Dose/die _____ Durata prevista del trattamento _____

Indicare se:

- Prima prescrizione
- prosecuzione della cura (motivo _____)

Data / /

Luogo e firma del clinico prescrittore

ALLEGATO 3



REGIONE LAZIO

Modello per la definizione del Piano terapeutico (1)

Paziente _____

Cognome

Nome

Età _____

Data di nascita _____

SESSO

M

F

Numero di tessera sanitaria dell'ASL (entro/Codice
fiscale) _____

Az. UBL di residenza
dell'abitante _____

Diagnosi _____

Programma terapeutico

Farmaci prescritti(5) _____

Note AIFA (ove previste) _____

Fisiologia _____

Durata prevista del trattamento (2) _____

Primo prescritto

Proseguono della cura

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore (3)

Timbro del centro (3)

Da redigere in duplice copia: una da inviare al servizio farmaceutico della Azienda UBL di cui deriva dal paziente o cura del centro prescrivente, una al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta per il tramite dell'ambito, la stessa copia va depositata nel centro dove viene ospitato il Piano terapeutico. Il P.T. deve essere consegnato agli operatori sanitari per 1 anno dalle date di stipula. Non oltre 1 anno. Per un'eventuale integrazione della terapia redigere una nuova ricetta.

I dati del medico e del centro di appartenenza devono essere indicati sulla parte superiore mediante appositi spazi dedicati.

15 Talassemia



15.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da talassemia in regime di Day Hospital presso i centri autorizzati della Regione Lazio (paragrafo 15.6.a).



15.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Specialità medicinali, preparati galenici, dispositivi medici necessari per la cura della talassemia e delle patologie aggiuntive ad essa correlate.



15.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Prescrizione del Centro di talassemia autorizzato della Regione Lazio (paragrafo 15.6.a), presso il quale il paziente è assistito in regime di Day Hospital.



15.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

- I pazienti in regime di Day Hospital presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma si devono rivolgere al Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL di residenza del paziente
- I pazienti in regime di Day Hospital presso la CRI, si devono rivolgere al Centro autorizzato per la cura della talassemia della propria ASL di residenza
- I pazienti in regime di Day Hospital presso i restanti centri si devono rivolgere al Day Hospital che li ha in cura



15.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE al Servizio Farmaceutico Territoriale

- I pazienti in regime di Day Hospital presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma devono presentare:
 - Prescrizione del centro di talassemia dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma (UO di Ematologia)
 - Libretto sanitario dell'assistito
 - Documento di riconoscimento di chi si presenta al Servizio Farmaceutico Territoriale
- I pazienti in regime di Day Hospital presso gli altri centri autorizzati dalla Regione Lazio, non devono recarsi al Servizio Farmaceutico Territoriale, in quanto ricevono tutti i prodotti farmaceutici direttamente dal centro stesso



15.6 ANNOTAZIONI

I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persone delegate dal paziente, purché fornite di documento di riconoscimento.

15.6.a Centri Ospedalieri autorizzati per la cura della talassemia nel Lazio

- **Cattedra di Ematologia dell'Università "La Sapienza"**
Via Chieti 7, Roma
- **Ospedale Bambino Gesù – UO di Ematologia**
Piazza S. Onofrio 4, Roma
- **CNTS Croce Rossa Italiana**
Via Ramazzini 15, Roma
- **Ospedale S. Eugenio – UO di Ematologia**
Piazzale dell'Umanesimo 10, Roma
- **Ospedale S. Pertini – Centro Trasfusionale**
Via Monti Tiburtini 385/7, Roma
- **Policlinico Umberto I – Clinica Pediatrica**
Viale Regina Elena 1A, Roma
- **Policlinico Gemelli**
L.go Gemelli 8 - 00184 Roma

- **Centro per la lotta contro le microcitemie**

Via Galla Placidia, Roma Tel 06/43.94.642

- **Ospedale S. Maria Goretti – Centro Trasfusionale**

Via Guido Reni, Latina

- **Immunoematologia e Trasfusionale Ospedale
“Dono Svizzero”**

Via Appia Lato Napoli – 04023 Formia (LT)



15.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- DGR Lazio n. 6887/93
- Nota R Lazio 2761/60 del 07/11/97
- Nota R Lazio 1677/60 del 09/07/97
- Nota R Lazio 1453/94
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta Area Sistemi Qualità – SIFO Lazio

16

Medicinali Antipsicotici nella Demenza



16.1 CHI PUÒ ACCEDERE

Pazienti affetti da demenza con disturbi psicotici e comportamentali gravi.



16.2 COSA PUÒ ESSERE CONCESSO IN REGIME DI SSN

Medicinali antipsicotici riportati in tabella I.



16.3 COME DEVE ESSERE PRESCRITTO

Prescrizione dei Centri UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) individuati dalla Regione Lazio (capitolo 6, paragrafo 6.7) e dei Centri di Psichiatria di strutture Pubbliche. Ciascuna prescrizione non potrà superare 60 giorni di terapia

- a. La prima prescrizione dovrà essere redatta compilando il modello unico AIFA di inizio trattamento (modulo 16.6 a)
- b. Le successive prescrizioni dovranno essere redatte compilando il modello unico AIFA di follow-up (modulo 16.6 b)

Il medico prescrittore dovrà acquisire il consenso informato dal paziente, secondo le norme vigenti, previa informazione puntuale ed esaustiva sui farmaci e il rischio di reazioni avverse.

Il Percorso clinico per la prescrizione è riportato nella nota 16.6 c



16.4 DOVE RIVOLGERSI PER RICEVERE I PRODOTTI FARMACEUTICI

I medicinali sono sempre erogati direttamente dai Centri UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) individuati dalla Regione Lazio (capitolo 6, paragrafo 6.7) e dei Centri di Psichiatria di strutture Pubbliche, non è prevista la dispensazione tramite le farmacie convenzionate.

Il paziente e la sua famiglia sono liberi di scegliere l'UVA/Centro di Psichiatria di struttura pubblica che ritengono più opportuni in base a motivazioni non sindacabili, pur essendo preferibile un rapporto con l'UVA/Centro di Psichiatria di riferimento territoriale.



16.5 QUALI DOCUMENTI PRESENTARE ALL'UVA

- Prescrizione redatta dal medico di famiglia o da uno specialista pubblico (neurologo, psichiatra, geriatra, o internista) su ricettario regionale con la dicitura “visita specialistica presso l'UVA” o “visita psichiatrica”
- Codice fiscale dell'assistito



16.6 ANNOTAZIONI

- a. I prodotti farmaceutici possono essere ritirati anche da persona delegata dal paziente, purché fornita di documento di riconoscimento
- b. I medicinali antipsicotici (ATC N054) non riportanti nella scheda tecnica registrata dal Ministero della Salute (Autorizzazione Immissione in Commercio) l'indicazione “disturbi psicotici nella demenza” per tale indicazione sono “off label” (vedi appendice B - pag. 196). La normativa attuale prevede la richiesta del consenso informato per l'utilizzo off label dei medicinali. Qualora il paziente sia incapace di intendere e di volere, il consenso informato potrà essere firmato da un tutore/curatore/familiare
- c. Numero Verde Alzheimer 800371332 (lunedì e venerdì dalle ore 09,00 alle 14,00)

TABELLA I - Medicinali antipsicotici (ATC N05A)

N05A	ANTIPSICOTICI
N05AA01	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO)
N05AA02	LEVOMEPRIMAZINA (MALEATO)
N05AA03	PROMAZINA (CLORIDRATO)
N05AB02	FLUFENAZINA (DECANOATO)
N05AC01	PERICIAZINA (MESILATO)
N05AD01	ALOPERIDOLO
N05AF05	ZUCLOPENTIXOLO (DICLORIDRATO)
N05AH02	CLOZAPINA
N05AH03	OLANZAPINA
N05AH04	QUETIAPINA (FUMARATO)
N05AL01	SULPIRIDE
N05AL02	SULTOPRIDE (CLORIDRATO)
N05AL03	TIAPRIDE (CLORIDRATO)
N05AL05	AMISULPRIDE
N05AL49	LEVOSULPIRIDE
N05AN01	LITIO CARBONATO
N05AX08	RISPERIDONE
N05AX09	CLOTIAPINA
N05AX12	ARIPIPRAZOLO

Modulo 16.6a

Scheda di monitoraggio dei pazienti con disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza in trattamento con antipsicotici

Data della prima visita _____

Nome e Cognome del paziente _____

Codice fiscale dell'assistito _____

Indirizzo _____ Recapito telefonico _____

Sesso _____ Data di nascita _____

Regione _____ Azienda Sanitaria _____

Altri trattamenti in corso:

- Antiipertensivi Antidiabetici Antiaggreganti Anticoagulanti
 Anti Parkinson Statine altro

Malattia di base

- Alzheimer Demenza (indicare il tipo di demenza)

Disturbi e sintomi:

- Delirio Allucinazioni Aggressività
 Altro _____

Prescrizione

Antipsicotico _____

Posologia _____

- Acquisto consenso informato (copia allegata)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Modulo 16.6b

Scheda di monitoraggio - Follow-up

Data della visita di follow-up (da effettuare entro due mesi) _____

Segni, sintomi o patologie insorte durante il trattamento (data insorgenza, descrizione, esito).

Nuovi trattamenti in corso:

- Antiipertensivi Antidiabetici Antiaggreganti Anticoagulanti
 Anti Parkinson Statine altro (specificare)

Si conferma la terapia in corso Sì No

- Motivo sospensione: Inefficacia
 ADRs extrapiramidali (allegare copia scheda di segnalazione ADR)
 ADRs cerebrovascolari (allegare copia scheda di segnalazione ADR)
 Altre ADRs (allegare copia scheda di segnalazione ADR)
 Decesso

Sostituzione antipsicotico: Sì No

Prescrizione

Antipsicotico _____

Posologia _____

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Modulo 16.6c

Percorso clinico per i medici che operano nell'ambito dei centri specialistici, che consente la prescrizione degli antipsicotici nella demenza

1. Valutare attentamente il disturbo da trattare. Nei malati di demenza, infatti, non tutti i disturbi del comportamento richiedono un trattamento con antipsicotici. Tale trattamento deve essere, infatti, riservato al controllo dei disturbi comportamentali gravi che non abbiano risposto all'intervento non farmacologico (modifiche ambientali, counseling, ecc.).
2. Iniziare la terapia con una dose bassa e raggiungere gradualmente il dosaggio clinicamente efficace.
3. Se il trattamento è inefficace, sospendere gradualmente il farmaco e prendere eventualmente in considerazione un diverso composto.
4. Se il trattamento è efficace, continuare a trattare e monitorare il soggetto per un periodo di 1/3 mesi e poi, una volta che il soggetto sia asintomatico, tentare di sospendere gradualmente il farmaco. Gli alti tassi di risposta al placebo in tutte le sperimentazioni effettuate (mediamente attorno al 40%) ci ricordano infatti che siamo in presenza di sintomi per loro natura fluttuanti nel tempo e che tendono a risolversi spontaneamente nel breve periodo.
5. Evitare di somministrare due o più antipsicotici contemporaneamente. Questa pratica che dovrebbe essere eccezionale è in realtà troppo diffusa: da stime nazionali a circa il 2% dei dementi nella popolazione generale e a circa il 14% di quelli istituzionalizzati vengono somministrati due o più antipsicotici contemporaneamente.
6. Evitare l'uso concomitante di antipsicotici e benzodiazepine. Una percentuale variabile tra l'1 e il 5% dei dementi nella popolazione generale e circa il 17% di quelli istituzionalizzati vengono trattati con antipsicotici e ansiolitici/ipnotici contemporaneamente. A più del 4% dei dementi in istituzione vengono somministrati contemporaneamente tre o più tra antipsicotici e ansiolitici ipnotici. Anche questa associazione andrebbe fortemente limitata, soprattutto alla luce della dichiarazione dell'EMA che riporta l'uso concomitante di benzodiazepine e olanzapina tra i fattori predisponenti associati all'aumento di mortalità.
7. Monitorare attentamente sicurezza ed efficacia degli antipsicotici e segnalare tempestivamente tutti gli effetti indesiderati.
8. Somministrare con estrema cautela gli antipsicotici a soggetti con fattori di rischio cardiovascolare dopo attenta valutazione dello stato clinico e con rivalutazione dei parametri vitali (e in particolare della pressione in clinico e in ortostatismo) a distanza di una settimana dall'inizio della terapia.



16.7 DOCUMENTI E NORME DI RIFERIMENTO

- Min San 141/00
- Nota R Lazio 04/12/00
- Nota R Lazio 15/12/00
- Nota R Lazio 16/01/01
- Nota R Lazio 20/02/01
- Nota R Lazio 22/02/01
- Comunicato AIFA 21/07/05
- Comunicato AIFA 28/12/06
- Nota R Lazio prot. n° 81038/4v20 del 23/07/07
- Norme UNI EN ISO 9001:2000 (Vision 2000)
- Procedure operative Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta - Area Sistemi Qualità SIFO Lazio

17

Indirizzi e Telefoni utili

ASL ROMA A

Direzione Generale

Sede: Via Ariosto, 3-9, 00185 Roma
Segreteria Tel. 06/77301 - fax 06/77307279
E-mail direzionegenerale@aslromaa.it

Dipartimento Farmaceutico

Via Galilei, 3 - Tel.06/7730725

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

06/77307209

Orario dal lunedì al venerdì 8,30-13,00

06/77307215

Orario lunedì e giovedì 14,00-16,30

Sito www.aslromaa.it

E-mail asl-rma@iol.it

I DISTRETTO SANITARIO: I Municipio

II DISTRETTO SANITARIO: II Municipio

III DISTRETTO SANITARIO: III Municipio

IV DISTRETTO SANITARIO: IV Municipio

I DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Luzzati, 8 Tel. 06/77301
- Via San Martino della Battaglia, 16

Assistenza Farmaceutica

- Ospedale Nuovo Regina Margherita Via Morosini, 30 -
Tel.06/58446553 - fax 06/58446225
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-13,00
martedì e giovedì 8,30-15,30

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Modena, 36 - Tel. 06/47824187 – 06/4885624
- **Orario** dal lunedì al sabato 7,30-9,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via S. M. della Battaglia, 16 - Tel.06/77305542
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00 sabato 8,30-11,00

II DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Tagliamento, 19 - Tel. 06/77302541
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-12,30

- Via Tripoli, 39 - Tel. 06/86391236
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-12,30

- Via Atto Tigri, 3 - Tel.063210415
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-12,30

- P.zza Gentile Da Fabiano, 7 - Tel.06/7302909
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-12,30

Assistenza Farmaceutica

- Centro per la Tutela della Salute della Donna “S.Anna”
- Via Garigliano, 55

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Tagliamento, 19 - Tel.06/77302545 - fax 06/77302550
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 9,00-12,00

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Sabrata, 12 - Tel.06/77302436-7209
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00;
lunedì e giovedì 14,00-16,30

URP Telefonico - Tel.06/77307215

III DISTRETTO SANITARIO**Medicina Di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)**

- Via dei Frentani, 6 - Tel.06/84483507
- **Orario** lunedì, venerdì e sabato 8,30-12,30

Assistenza Farmaceutica

- Ospedale "George Eastman" Via Regina Elena, 187/b - Tel.06/84483314

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via dei Frentani, 6 - Tel.06/84483554 - fax 06/84483508
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-11,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Sabrata, 12 - Tel.06/77302416-36
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00; lunedì e giovedì 14,00-16,30

URP Telefonico - Tel.06/77302531

Centralino - Tel.06/844831

IV DISTRETTO SANITARIO**Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)**

- Via Lampedusa, 23 - Tel.06/8728-4251-4222-4245 - fax 06/87284247
- **Orario** lunedì, martedì, mercoledì e venerdì 8,30-12,00;
sabato 8,30-10,30

Assistenza Farmaceutica

- Largo Rovani, 5 - Tel.06/87284827 - fax 06/8277636
- **Orario** dal lunedì al venerdì 9,00-13,00 martedì e giovedì 14,30-16,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Dario Niccodemi, 105 - Tel.06/872037440/46 - fax 06/872037420
- **Orario** martedì e giovedì 8,30-12,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Dario Niccodemi, 105 - Tel.06/872037470
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00

Centralino 06/844831

ASL ROMA B

Direzione Generale

Sede: Via Filippo Meda, 35 - Tel. 06/41431- fax 06/41433220

Direzione Generale Tel.06/41433257

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Tel.06/41601600

Sito e posta elettronica: www.aslromab.it - info@aslromab.it

Numero verde **848-856480**

I DISTRETTO SANITARIO: V Municipio

II DISTRETTO SANITARIO: VII Municipio

III DISTRETTO SANITARIO: VIII Municipio

IV DISTRETTO SANITARIO: X Municipio

I DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Largo D. de Dominicis, 7 - Tel.06/41435774
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,00-12,30; martedì e giovedì anche 14,00-16,30

Assistenza Farmaceutica

- Via Bresadola, 56 Roma - Tel.06/41434821

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Largo de Dominicis 6/8 - Tel.06/41435759 - 06/41435757
- **Orario** dal lunedì al venerdì 9,00-12,00; giovedì 14,30-17,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

Numero verde **848-856480**

II DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Bresadola, 56 - Tel.06/41434821
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,30-12,00

Assistenza Farmaceutica

- Via Bresadola, 56 - Tel.06/41434818

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Bresadola, 56 - Tel.06/41433830
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-13,00

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

Numero verde **848-856480**

III DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Tenuta di Torrenova, 138 - Tel.06/4143.4742
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,00-12,00; martedì e giovedì anche 14,00-17,00

Assistenza Farmaceutica

- Via Torre Spaccata, 157 - Tel.06/641435237

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Tenuta di Torrenova, 138 - Tel.06/41434733
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-12,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

Numero verde **848-856480**

IV DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Cartagine, 85 - Tel.06/41435963
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,00-12,00; lunedì e mercoledì anche 14,30-16,30

Assistenza Farmaceutica

- Via Torre Spaccata, 157 - Tel.06/641435237

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Viale Rizzieri, 226 - Tel.06/41434056/7/8
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-12,30
- Telefono: 06/41435960
- **Orario** martedì e mercoledì 8,30-12,00

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

Numero verde **848-856480**

ASL RM C

Dipartimento Farmaceutico

Piazzale dell'Umanesimo 10 - Tel.06/51002384

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Via dell'Arte, 68 - Tel.06/7826837 - 06/51004555/2- fax 06/51004551

Sito www.aslrnc.it

I DISTRETTO SANITARIO: VI Municipio

II DISTRETTO SANITARIO: IX Municipio

III DISTRETTO SANITARIO: XI Municipio

IV DISTRETTO SANITARIO: XII Municipio

I DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via A. Tempesta, 262 - I piano - Tel.06/51005223
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,00-12,30; martedì e giovedì 14,00-17,00; sabato 8,00-12,00

Assistenza Farmaceutica

- Via Casilina, 395 - Tel.06/2427985

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Casilina, 395 - Tel.06/51006219 - 06/2428277 - fax 06/2428277 - 06/24404153
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9,00/12,00; martedì e giovedì 15,00-17,00
- **Medici** lunedì, martedì e giovedì 8,30-12,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Antonio Tempesta, 262 - Tel.06/51005226
- I piano - stanza 36 - Tel.06/51005226
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00; martedì e giovedì 15,00-17.30

II DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Acqua Donzella, 27 - Tel.06/51006702
- **E-mail** distretto9.amministrativa@aslrnc.it
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,30-12,30; martedì e giovedì 15,00-17,00

Assistenza Farmaceutica

- Via Acqua Donzella, 27 - Tel.06/78344274

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Circonvallazione Appia, 23 - Tel.06/7842689 - fax 06/7883900
- **Orario** dal lunedì al sabato 9,00-12,30; martedì 15,00-17,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Fortifiocca, 71 - Tel.06/7826837- fax 06/7826843

III DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Largo delle Sette Chiese, 23 - Tel.06/5139035
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì dalle 8,30-12,00; martedì e giovedì 8,30 -12,00 / 14,30-16,30

Assistenza Farmaceutica

- Via San Nemesio, 28 - Tel.06/51003753-78

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via C.T. Odescalchi, 67 - Tel. 06/51004375 - fax 06/51004383

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- P.za Pecile, 20 - Tel.06/51005025-073

IV DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via G. Lipparini, 13 (3° Ponte Laurentino) - Tel.06/51005455 - 06/51005447
- **Orario** lunedì e venerdì 8,00-12,30; martedì e giovedì 14,30-16,30

Assistenza Farmaceutica

- Via San Nemesio, 28 - Tel.06/51003753-78

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via G. Marotta, 5 - Tel.06/51005469-5480
- **Orario** lunedì, mercoledì, venerdì 8,30-12,00

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via G. Lipparini, 13 (3° ponte Laurentino) - Tel.06/51005445 - fax 06/5022189
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,00-13,00; martedì e giovedì 14,30-16,30

ASL ROMA D**Direzione Generale**

Sede: Via Casal Bernocchi, 73

Dipartimento Farmaceutico

Ospedale G.B.Grassi - Via Passeroni 28 - Ostia Lido

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Via Casal Bernocchi 73 - Tel. 800 018972 - fax 06/522877729

E-mail urp@aslromad.it.

Orario dal lunedì al giovedì 8,30-17,30; venerdì 8,30-15,30

Numero Verde 800-018972 dal lunedì al venerdì 8,30-18,30

Sito www.aslromad.it

DISTRETTO SANITARIO: Fiumicino

DISTRETTO SANITARIO: XIII Municipio

DISTRETTO SANITARIO: XV Municipio

DISTRETTO SANITARIO: XVI Municipio

I DISTRETTO SANITARIO**Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)**

- Via Martinengo, 46 - Fiumicino - Tel.06/6582344
- Caste S. Giorgio, 225 - Maccarese - Tel.06/6679333
- Via Aurelia Km 30.600 - Palidoro - Tel.06/61697017

Assistenza Farmaceutica

- Ospedale G.B. Grassi - Via Passeroni, 30 - Ostia Lido
- Tel.06/56482244 - fax 06/5681801

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Martinengo, 46 - Fiumicino
- Tel.06/6580244 - fax 06/6580774

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Portuense, 2483 Fiumicino
- Tel. 06/56483802/3805 - fax 06/56483807
- **E-mail** urpdistretto1@aslromad.it
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00

II DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Paolini, 34 - Ostia Lido - Tel.06/56483906
- Largo G. da Montesarchio, 21 - Acilia - Tel.06/52354448

Assistenza Farmaceutica

- Ospedale G.B. Grassi - Via Passeroni, 30 - Ostia Lido -
- Tel.06/56482244 - fax 06/5681801

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Lungomare Toscanelli, 230 - Ostia - Roma
- Tel.06/56483012 - fax 06/56483019

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Paolini 34, Ostia - Tel.06/56483920
- **E-mail** urpdistretto2@aslromad.it
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00

III DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via dell'Imbrecciato, 73 - Tel.06/55192374

Assistenza Farmaceutica

- Via dell'Imbrecciato, 73 - Tel.06/55192398/2409 - fax 06/55192408

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Volpato, 18 - Tel.06/5548238 - fax 06/5548215

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Pascarella, 7 - Tel.06/58882220
- **E-mail** urpdistretto3@aslromad.it
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00

IV DISTRETTO SANITARIO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Revoltella, 151 - Tel.06/58203601

Assistenza Farmaceutica

- Via dell'Imbrecciato 73 - Tel.06/55192398/2409 - fax 06/55192408

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Revoltella, 151 - Tel.06/536452 - fax 06/536452

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Pascarella, 7 - 06/588821220
- **E-mail** urpdistretto4@aslromad.it
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-13,00

ASL ROMA E

Direzione Generale

Sede: Borgo Santo Spirito, 3 - 00193 Roma

Dipartimento Farmaceutico

Via S. Tommaso D'Aquino, 69 - Tel.06/68353539

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Borgo Santo Spirito, 3 - Tel.06/68352553

Sito www.asl-rme.it

DISTRETTO SANITARIO A: XVII e XVIII Municipio

DISTRETTO SANITARIO B: XIX e XX Municipio

DISTRETTO SANITARIO A

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- **Municipio XVII** Via S. Tommaso D'Aquino, 69 - Tel.06/68353506
- **Municipio XVIII** Via S. Evaristo, 167 - Tel.06/68354107

Assistenza Farmaceutica

- **Municipio XVII** Via S. Tommaso D'Aquino, 69 - Tel.06/68353539
- **Municipio XVIII** Via di Val Cannuta, 206 - Tel.06/68353217/8

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- **Municipio XVII e XVIII** Viale di Valle Aurelia, 115/a -
Tel. e fax 06/39724654
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-12,00;
lunedì e giovedì 15,00-16,30

DISTRETTO SANITARIO B

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- **Municipio XIX** Piazza San Zaccaria Papa, 1 - Tel.06/68353418/9
- **Municipio XX** Viale Tor di Quinto, 33/A

Assistenza Farmaceutica

- **Municipio XIX** Piazza Santa Maria della Pietà, 5 - Tel.06/68352873
- **Municipio XX** Viale Tor di Quinto, 33/A - Tel.06/68353569
Via della Stazione di Cesano, 838 - Tel.06/3037008

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- **Municipio XIX** P.zza S. Maria della Pietà, 5 -
Tel.06/68352852 - fax 06/68352852/3
- **Orario** lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì 8,30-11,30;
martedì 14,30-16,30
- **Municipio XX** Viale Tor di Quinto, 33 - Tel.06/68353569
- **Orario** lunedì, martedì, mercoledì e venerdì 8,30-11,30;
giovedì 14,30-16,30

ASL ROMA F**Direzione Generale**

Sede: Via Terme di Traiano, 39/A - Civitavecchia - Tel.0766/591611

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Via Terme di Traiano, 39/A - Civitavecchia

Tel.0766/591702 - 0766/591626

Sito www.aslrmf.it

DISTRETTO SANITARIO F 1

Allumiere, Civitavecchia, S. Marinella, Tolfa

DISTRETTO SANITARIO F 2

Cerveteri, Ladispoli

DISTRETTO SANITARIO F 3

Anguillara, Bracciano, Canale Monterano, Manziana, Trevignano

DISTRETTO SANITARIO F 4

Campagnano, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella S. Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, S. Oreste, Torrita Tiberina

DISTRETTO SANITARIO F 1

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Via Terme di Traiano, 39/A - Civitavecchia - Tel.0766/591440

Assistenza Farmaceutica

- Farmacia Ospedale S. Paolo - Civitavecchia - Tel.0766/591227-34

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Terme di Traiano, 39/A - Civitavecchia - Tel.0766/591406-41

DISTRETTO SANITARIO F 2

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Via dell'Ospedale - Cerveteri - Tel.06/9942453-63 - 06/9943572

Assistenza Farmaceutica

- Via dell'Ospedale - Cerveteri - Tel.06/9942453-63 - 06/9943572

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via dell'Ospedale - Cerveteri - Tel.06/9942453-63

DISTRETTO SANITARIO F 3

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Via del Lago, 1 - Bracciano - Tel.06/99890431-18

Assistenza Farmaceutica

- Farmacia dell'Ospedale Civile Via delle Coste snc - Bracciano - Tel.06/99890216-21-52

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via del Lago, 1 - Bracciano - Tel.06/99890430-2

DISTRETTO SANITARIO F 4**Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)**

- Via Adriano I - Campagnano - Tel.06/9042060
- Via Provinciale per Morlupo - Capena - Tel.06/9032005
- Rignano - Tel.0761/508510

Assistenza Farmaceutica

- Via Adriano I - Campagnano - Tel.06/9041981
- Via Provinciale per Morlupo - Capena - Tel.06/9032005
- Via Verdi, 2 - Rignano - Tel.0761/509576

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Adriano I - Campagnano - Tel.06/9041981

ASL ROMA G**Direzione Generale**

Tel.0774/3164069 - fax 0774/331809

Email: direzionegenerale@aslromag.it

Sede legale: Via Tiburtina, 22 a 00019 Tivoli - Stabile di Villa Olivia

Tel.0774/3161 - fax 0774/317711

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Tel.0774/3161

Sito www.aslromag.it

DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA

Cave, Caprinica Prenestina, Castel San Pietro Romano, Galliciano nel Lazio, Gennazzano, Palestrina, Rocca di Cave, San Cesareo, San Vito Romano, Zagarolo

DISTRETTO SANITARIO DI GUIDONIA MONTECELIO

Guidonia Montecelio, Marcellina, Monteflavio, Montelibretti, Montelibretti, Moricone, Nerola, Palombara Sabina, Sant'Angelo

DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO

Affile, Agosta, Anticoli Corrado, Arcinazzo Romano, Arsoli, Bellegra, Camerata Nuova, Canterano, Cervara di Roma, Jenne, Marano Equo, Olevano Romano, Riofreddo, Rocca Canterano, Rocca S. Stefano, Roiate, Roviano, Subiaco, Vallepietra, Vallinfreda, Vivaro Romano

DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI

Tivoli, Castel Madama, S.Polo dei Cavalieri, Ciciliano, Pisoniano, Poli, S. Gregorio, Casape, Gerano, Cerreto L., Vicovaro, Licenza, Roccagiovine, Sambuci, Saracinesco, Cineto R., Percile, Mandela

DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFERRO

Artena, Carpineto Romano, Colferro, Gavignano, Gorga, Labico, Montelanico, Segni, Valmontone

DISTRETTO SANITARIO DI MONTEROTONDO

Fonte Nuova, Mentana, Monterotondo

DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA

- Sede distretto Via Pedemontana 36 - 00036 Palestina (RM)

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- **Piano terra** - Tel.06/9534280 - Ufficio medicina di base
Tel.06/95322617 - Sportello
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,00-12,00

Assistenza Farmaceutica

- **Piano terra** - Tel.06/9534280
- **Orario** tutti i giorni 8,00-12,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- **Piano terra** Tel. 06/95322606 - fax 06/9538002
- **Orario** tutti i giorni 8,30-10,30
- **Descrizione e finalità del servizio:** Il CAD è rivolto alle persone totalmente, temporaneamente o parzialmente non autosufficienti

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):**URP del Distretto Postazione piano terra**

- Tel. e fax 06/9534280
- **E-mail** urppalestrinads@aslromag.it

DISTRETTO SANITARIO DI GUIDONIA MONTECELIO

- Sede distretto Via F.lli Gualandi, 35

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- **Piano Terra** Tel. 0774/6545753- fax 0774/6545739
- esenzione ticket: 0774/6545751
- scelta/revoca MMG PLS: 0774/6545756
- rilascio autorizzaz.: 0774/6545755
- assist. all'estero/esenzione reddito: 0774/6545752
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-12,00; martedì 15,00-17,00; giovedì chiuso

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- **Piano Seminterrato** - Tel.0774/6545754 - fax 0774/6545757
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-10,30; martedì 15,00-17,00

Ufficio Relazioni Con Il Pubblico (Urp):

- **URP del Distretto Postazione piano terra**
- Tel.0774/3165713 - 0774/353637- fax 0774/353517
- **E-mail** urpguidoniads@aslromag.it

DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO

- Sede distretto Largo Mazzini snc

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Subiaco Largo Mazzini, snc - Tel.0774/824138- fax 0774/824134
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-12,00; mercoledì 15,00-16,00

Assistenza Farmaceutica

- Subiaco sede Largo Mazzini, snc - Tel.0774/824149- fax 0774/84450
- **Orario** tutti i giorni 8,30-12,00; mercoledì 15,00-16,00
escluso il sabato

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Subiaco sede Largo Mazzini, snc - Tel.0774/824121
- **Orario** lunedì e venerdì 12,30-13,30;
mercoledì 12,30-13,30 e 14,30-30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- URP del Distretto Postazione
- Sede Subiaco Largo Mazzini, snc, piano terra
- Tel. fax 0774/824122
- **E-mail:** urpsubiaco@aslromag.it

DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI

- Sede distretto Piazza Massimo, 1

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- **Piano terra** (sportello) - Tel.0774/3164710 - fax 0774/317139
- **Orario** tutti i giorni 8,00-12,00

Assistenza Farmaceutica

- **Piano Terra** - Tel. 0774/3164711 - fax 0774/317139
- **Orario** tutti i giorni 8,00-12,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- **I Piano** - Tel. 0774/3164728-3164713-336099 - fax 0774/336099
- **Orario** tutti i giorni 8,30-12,00 escl. sabato

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- URP del Distretto Postazione I piano
- Tel. 0774/3164709 - 0774/3164737- fax 0774/317139
- **E-mail** urptivolids@aslromag.it

DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFERRO

- Sede distretto Via Giotto, 40

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- **Piano terra** 06/97223529-3553-3502 - fax 06/97223548
- **Orario** tutti i giorni 9,00-12,00

Assistenza Farmaceutica

- **Piano Terra** - Tel.06/97223529-3553-3502- fax 06/97223548
- **Orario** tutti i giorni 9,00-12,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- **I Piano** stanza n° 23 - Tel.06/97223528 - fax 06/97223553
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-9,30 (il sabato previo appuntamento)

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- **URP** Tel. e fax 06/97223532 tutti i giorni 8,00-12,00
- **E-mail** urpcolleferrods@aslromag.it

DISTRETTO SANITARIO DI MONTEROTONDO

- Sede Monterotondo - Via Garibaldi, 7

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- **Primo Piano** (sportello) - Tel. e fax 06/90075931
- **Orario** tutti i giorni 8,00-12,00; lunedì e mercoledì 14,30-16,30

Assistenza Farmaceutica

- III° Piano - Tel. e fax 06/90075924
- **Orario** martedì 8,00-14,00; venerdì 8,00-12,30

Tale servizio è erogato anche a:

- **Fonte Nuova** Centro Anziani Via 1° Maggio - giovedì 14,30-18,00
- **Mentana** Centro Anziani Via Giolitti, 23 - giovedì 8,00-12,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- **Piano Secondo** - Tel.06/90075918-15 - fax 06/90075934
- **Orario** lunedì, giovedì e venerdì 9,00-11,30
- **Assistente sociale:** martedì 9,30-11,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Garibaldi, 7 - Monterotondo
- **Referente URP**
Tel.06/90075938 - fax 06/90625513
- **E-mail** urpmonterotondods@aslromag.it

ASL ROMA H

Direzione Generale

Borgo Garibaldi, 12 - 00041 Albano Laziale - Tel.06/93273864 -
fax 06/93273925

E-mail direzione.generale@aslromah.it

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Tel.06/93273855/74

Sito www.aslromah.it

DISTRETTO SANITARIO H 1

Frascati, Colonna, Grottaferrata, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa, Rocca Priora Comprende i Comuni di: Frascati, Colonna, Grottaferrata, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa, Rocca Priora

DISTRETTO SANITARIO H 2

Albano, Ariccia, Castelgandolfo, Genzano, Nemi, Lanuvio

DISTRETTO SANITARIO H 3: Marino e Ciampino

DISTRETTO SANITARIO H 4: Ardea e Pomezia

DISTRETTO SANITARIO H 5: Velletri e Lariano

DISTRETTO SANITARIO H 6: Anzio e Nettuno

DISTRETTO SANITARIO H 1**Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)**

- FRASCATI - Via Matteotti, 55 - Tel.06/94044465
- **Orario** dal lunedì al venerdì 9,00-12,00
- GROTTAFERRATA - Viale I Maggio - - Tel.06/9412012
- **Orario** martedì 8,30-12,00 e 15,00-16,30; giovedì 8,30-12,00
- MONTECOMPATRI - Via G. Felici, snc - Tel.06/94044256
- **Orario** lunedì e mercoledì 8,30-12,00 e giovedì 15,00-16,30

Libretto sanitario

- FRASCATI - Via Matteotti, 55 - Tel.06/94044202
- **Orario** lunedì mercoledì giovedì venerdì sabato 8,30-12,30
- GROTTAFERRATA - Viale I° Maggio - Tel.06/9413057
- **Orario** mar mercoledì venerdì sabato 8,30-12,30
- ROCCA DI PAPA - Via E. Ferri - Tel.06/9495501
- **Orario** mercoledì 8,30 - 12,30
- MONTECOMPATRI - Via G. Felici, 14 - Tel.06/94044256
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,30 - 12,30
- ROCCA PRIORA - Ospedale Cartoni - Tel.06/94044510
- COLONNA Via V. Emanuele, 6 - Tel.06/9438452
- **Orario** giovedì 9,00 - 12,00
- MONTEPORZIO - Via IV Novembre, 6 - Tel.06/9448380
- **Orario** lunedì e venerdì 9,00-12,30

Assistenza Farmaceutica

- Farmacia interna Ospedale S. Sebastiano - Frascati - Tel.06/94044292

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- ROCCA PRIORA - c/o Ospedale Cartoni - Tel.06/94044512/576 - fax 06/94044559
- **Orario** dal lunedì al sabato 9,00-12,00 (prenotazione telefonica)

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Ospedale San Sebastiano Via Tuscolana, 2 - Frascati - Tel.06/94044312

DISTRETTO SANITARIO H 2

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- ALBANO - Via Galleria di Sotto, 6 - Tel.06/93273370
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-11,30
martedì e giovedì 8,30-11,30 e 15,00-16,30

Libretto sanitario

- ALBANO - Via Galleria di Sotto, 6 - Tel.06/93273361
- **Orario** lunedì e mercoledì 9,00-11,30 e venerdì 9,00-11,00
- ARICCIA - Via A. Chigi, 46 - Tel.06/93273472
- **Orario** martedì, mercoledì e venerdì 9,00-12,00
- GENZANO - Via F. Guidobaldi, 4 - Tel.06/93273750
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,30-12,00
- LANUVIO - Largo A. Moro, 8/12 - Tel.06/9375052
- **Orario** martedì, mercoledì e giovedì 9,00-12,00

Assistenza Farmaceutica

- Farmacia interna Ospedale S. Giuseppe - Albano - Tel.06/93273259
- Farmacia interna Ospedale L. Spolverini - Ariccia - Tel.06/93273473
- Farmacia interna Ospedale E. De Santis - Genzano - Tel.06/93273617

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- ALBANO - Via Galleria di Sotto, 6 - Tel.06/93273390/82 -
fax 06/93273397
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 9,00-11,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Galleria di Sotto, 6 - Albano Laziale - Tel.06/93273351

DISTRETTO SANITARIO H 3

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- CIAMPINO - Via Calò, 5 - Tel.06/93275408/5524
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-11,30 e martedì e giovedì 15,00-16,00

- MARINO - Largo Paradiso - Tel.06/9388744
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-11,30
- FRATTOCCHIE - Via Nettunense Vecchia, 1 - Tel.06/93547400
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,30-12,00
- CIAMPINO - Via Calò, 5 - Tel.06/93275408/5524
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-11,30
e martedì e giovedì 15,00-16,00
- MARINO - Largo Paradiso - Tel.06/9388744
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-11,30
- FRATTOCCHIE - Via Nettunense Vecchia, 1 - Tel.06/93547400
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,30-12,00

Libretto sanitario

- CIAMPINO - Via M. Calò, 5 - Tel.06/93271149
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 9,30-12,00
- FRATTOCCHIE - Via Nettunense Vecchia, 1 - Tel.06/93547400
- **Orario** mercoledì e venerdì 9,00-11,00

Assistenza Farmaceutica

- Farmacia interna Ospedale S. Giuseppe - Marino -
Tel.06/93273021

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- FRATTOCCHIE - Via Nettunense Vecchia, 1 -
Tel.06/9309338 - fax 06/9309333
- **Orario** lunedì e venerdì 9,00-11,00; mercoledì 15,00-17,00

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Gorizia, 18 - Ciampino - Tel.06/79324529

DISTRETTO SANITARIO H 4

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- POMEZIA - Via dei Castelli Romani, 2/p - Tel.06/91145217
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,00-10,00

Libretto sanitario

- POMEZIA - Via dei Castelli Romani, 2/p - Tel.06/91145210
- **Orario** dal martedì al venerdì 11,00-12,00
- ARDEA - Via Catilina, 9 - Tel.06/9135938
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 10,30-11,30
- TORVAIANICA - Corso Italia, 12 - Tel.06/9154040
- **Orario** martedì, giovedì e sabato 10,30-11,30

Assistenza Farmaceutica

- Via dei Castelli Romani, 2/P - Pomezia - Tel.06/91145266

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- POMEZIA - Via dei Castelli Romani, 2 P - Tel. e fax 06/91145260
- **Orario** dal lunedì al sabato 10,00-12,00

DISTRETTO SANITARIO H 5

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- VELLETRI - Via San Biagio, 19/21 - Tel.06/96102410
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-12,00

Libretto sanitario

- VELLETRI - Via San Biagio, 19/21 - Tel.06/96102440-44
- **Orario** lunedì, martedì e giovedì 9,00-12,00

Assistenza Farmaceutica

- Farmacia interna Ospedale Civile -Velletri - Tel.06/96102260

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- VELLETRI - Via San Biagio, 19/21 - Tel.06/96102411 - fax 06/96102447
- **Orario** lunedì, mercoledì e venerdì 8,30-11,00

DISTRETTO SANITARIO H 6

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Nettuno - Via San Benedetto Menni, 2 - Tel.06/98791437
- **Orario** dal lunedì al venerdì 9,00-12,00, martedì e giovedì 9,00-12,00 e 15,00-17,00

Libretto sanitario

- Nettuno - Via San Benedetto Menni, 2 - Tel.06/98791423
- **Orario** dal lunedì al venerdì 9,00-12,00 e giovedì 14,30-16,30

Assistenza Farmaceutica

- Farmacia interna Ospedale Polispecializzato di Anzio - Tel.06/98791204

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- NETTUNO - Via San Benedetto Menni, 2 - Tel.06/93273390/82 - fax 06/93273397
- **Orario** dal lunedì al venerdì 9,00-12,00

Ufficio Relazioni Con Il Pubblico (Urp):

- Via del Colle, 2 - Nettuno - Tel.06/98791320

ASL VITERBO

Direzione Generale

E-mail dirgen@asl.vt.it

Sede: Viale Trento, 18 H - 01100 Viterbo - Segreteria: - Tel.0761/237001 - fax 0761/237006

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Via S. Lorenzo 101 – Viterbo – Tel. 0761/339637-669

E-mail urpdir@asl.vt.it

Dal lunedì al venerdì: 8,00-14,00; martedì e giovedì anche 15,00-17,00

Numero verde **800-692911**

Sito web: www.asl.vt.it

DISTRETTO SANITARIO 1

Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano

DISTRETTO SANITARIO 2

Arlena di Castro, Canino, Cellere, Montalto di Castro, Monte Romano, Piansano, Tarquinia, Tessennano, Tuscania

DISTRETTO SANITARIO 3

Bassano in Teverina, Bomarzo, Canapina, Celleno, Orte, Soriano nel Cimino, Viterbo, Vitorchiano

DISTRETTO SANITARIO 4

Barbarano Romano, Blera, Caprinica, Caprarola, Carbognano, Monterosi, Oriolo Romano, Ronciglione, Villa San Giovanni in Tuscia, Sutri, Vejano, Vetralla

DISTRETTO SANITARIO 5

Calcata, Castel Sant'Elia, Civita Castellana, Corchiano, Fabbrica di Roma, Faleria, Gallese, Nepi, Valleranno, Vasanello, Vignanello

DISTRETTO SANITARIO 1

Assistenza Farmaceutica

- Montefiascone - Via Verentana - Tel.0761/8331

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Dante Alighieri, 100 - 01027 Montefiascone - Tel.0761/833346 - fax 0761/825586

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Dante Alighieri, Montefiascone - Tel.0761/833329
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,00-14,00
- Ospedale di Montefiascone Piano terra, - Tel.0761/8331
- **Orario** lunedì, giovedì e sabato 9,00-12,00

DISTRETTO SANITARIO 2

Assistenza Farmaceutica

- Tarquinia, viale Igea - Tel.0766/8461

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Viale Igea, 1 - 01016 Tarquinia - Tel.0766/846209 - fax 0766/840694

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Igea 1, Tarquinia, - Tel.0766/846200
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,30-12,30;
lunedì e giovedì anche 15,00-17,00
- Ospedale di Tarquinia piano 1 - Tel.0766.846349
- **Orario** dal lunedì al sabato 8,00-14,00

DISTRETTO SANITARIO 3

Assistenza Farmaceutica

- Viterbo, via Enrico Fermi – Tel.0761/236520

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Arma dei Carabinieri - 01100 Viterbo - Tel.0761/338448 -
fax 0761/338421

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Ospedale di Belcolle Palazzina B, Str. Sammartinese, Viterbo -
Tel.0761/3391
- **Orario** dal lunedì al venerdì 8,00-13,00

DISTRETTO SANITARIO 4

Assistenza Farmaceutica

- Cura di Vetralla, via Cassia km 63 - Tel.0761/484412

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Cassia Km 63 - 01019 Vetralla - Tel.0761/484306 - fax 0761/484314

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Numero verde **800-692911**

DISTRETTO SANITARIO 5

Assistenza Farmaceutica

- Civita Castellana, via Ferretti - Tel.0761/592235

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via XXV Aprile, 17 - 01033 Civitacastellana - Tel.0761/592208 - fax 0761/517589

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Ospedale di Civita Castellana, piano 1 - Tel.0761/592215
- **Orario** tutti i giorni feriali 10,00-12,00

ASL RIETI

Direzione Generale

Indirizzo: Viale Matteucci, 9 Rieti - Tel.0746/278685 - fax 0746/278799

Dipartimento Farmaceutico

Viale Matteucci 9 - 02100 Rieti - Tel.0746/ 278681

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Viale Matteucci, 9 - Tel.0746/278686 dalle 9,00-12,00

Numero verde **800019342**

Sito www.asl.ri.it

DISTRETTO SANITARIO N. 1

Ascrea, Cantalice, Belmonte, Castel di Tora, Cittaducale, Collalto Sabino, Colle di Tora, Collegiove, Colli sul Velino, Contigliano, Greccio, Labro, Leonessa, Longone, Monte S. Giovanni, Montenero Sabino, Morro, Nespolo, Paganico, Poggio Bustone, Rieti, Rivodurri, Rocca Sinibalda, Torricella, Turania

DISTRETTO SANITARIO N. 2

Cantalupo, Collevocchio, Casperia, Configni, Cottanello, Forano, Magliano, Sabino, Mompero, Montasola, Montebuono, Montopoli, Poggio, Catino, Poggio Mirteto, Roccantica, Salisano, Selci, Stimigliano, Tarano, Torri in Sabina, Vacone

DISTRETTO SANITARIO N. 3

Castelnuovo di Farfa, Fara Sabina, Frasso, Monteleone, Orvinio, Poggio, Moiano, Poggio Nativo, Poggio S. Lorenzo, Pozzaglia, Scandriglia, Toffia

DISTRETTO SANITARIO N. 4

Borgorose, Concerziano, Fiamignano, Marcellini, Pescorecchiano, Putrella, Salto, Varco Sabino

DISTRETTO SANITARIO N. 5

Accumoli, Amatrice, Antrodoco, Borbona, Borgovelino, Castel S. Angelo, Cittareale, Micigliano, Posta

DISTRETTO SANITARIO 1

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Viale Matteucci, 9 Rieti - Tel.0746/2786070746.2781

Assistenza Farmaceutica

- Viale Matteucci, 9 Rieti - Tel.0746/278681 - fax 0746/278666
- **Orari al pubblico:** dal lunedì al venerdì 8,30-13,30; giovedì 16,00-18,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Viale Matteucci, 9 Rieti - Tel.0746/278610

DISTRETTO SANITARIO 2

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Via Finocchietto snc - Poggio Mirteto
- Martedì, mercoledì, giovedì e venerdì 8,30-12,30

Assistenza Farmaceutica

- Ospedale di Rieti - Tel.0746/278240

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Finocchietto snc - Poggio Mirteto - Tel.0765/448225
- Responsabile del servizio tutti i giorni 8,00-12,00
- Stanza Capo Sala - tutti i giorni 9,00-12,30

DISTRETTO SANITARIO 3

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Viale Europa, 13 - Osteria Nuova - Comune di Poggio Moiano - Tel.0765/810929 - fax 0765/810909
- Via A. Gramsci, 27 - Passo Corese - Comune di Fara in Sabina - Tel.0746/278803 - fax 0746/278800

Assistenza Farmaceutica

- Viale Europa, 13 - Osteria Nuova - Comune di Poggio Moiano - Tel.0765/810929 - fax 0765/810909
- Via A. Gramsci, 27 - Passo Corese - Comune di Fara in Sabina - Tel.0746/278803 - fax 0746/278800

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Viale Europa, 13 - Osteria Nuova - Comune di Poggio Moiano - Tel.0765/810929 - fax 0765/810909
- Via A. Gramsci, 27 - Passo Corese - Comune di Fara in Sabina - Tel.0746/278803 - fax 0746/278800

DISTRETTO SANITARIO 4

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Strada Provinciale per S.Elpidio, Bivio Petrignano, S.Elpidio (Pescorocchiano)
- Tutti i giorni 8,30-12,30 - Tel.0746/396039 - fax 0746/39015

Assistenza Farmaceutica

- Salto Cigolano loc. Petrignano Santelpidio - Tel.0746/396030

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Strada Provinciale per S.Elpidio, Bivio Petrignano, S.Elpidio (Pescorocchiano)
- Tutti i giorni 8,30-12,30 - Tel.0746/396039 - fax 0746/39015

DISTRETTO SANITARIO 5**Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)**

- Piazza Martiri della Libertà snc - Antrodoco - Tel.0746/578718 - fax 0746/578664
- **Orario** lunedì e giovedì 11,30-13,00

Assistenza Farmaceutica

- Piazza Martiri della Libertà snc - Antrodoco - Tel.0746/578718 - fax 0746/578664

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Piazza Martiri della Libertà snc - Antrodoco - Tel.0746/578718 - fax 0746/578664
- Lunedì, martedì e sabato 9,00-10,30

ASL LATINA**Direzione Generale**

Centralino sede Generale - Tel.0773/6551

Fax Direzione Generale - Tel.0773/6553919

Indirizzo postale Viale P.L.Nervi - Centro Direzionale Latinafiori Palazzina G2 - 04100 Latina

Sito www.asl.latina.it

DISTRETTO SANITARIO NORD

Aprilia, Bassiano, Cisterna, Cori, Latina, Maenza, Norma, Pontinia, Priverno, Prossedi, Roccaporga, Roccamassima, Roccasecca dei Volsci, Sermoneta, Sezze, Sonnino

DISTRETTO SANITARIO CENTRO

Campodimele, Fondi, Lenola, Monte San Biagio, Sabaudia, San Felice Circeo, Sperlonga, Terracina

DISTRETTO SANITARIO SUD

Castelforte, Formia, Gaeta, Itri, Minturno, Ponza, Spigno Saturnia, SS. Cosma e Damiano, Ventotene

DISTRETTO SANITARIO NORD

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Via degli Oleandri - Aprilia - Tel.06/92963448
- Via 4 Giornate di Napoli - Cisterna (Cori e Roccamassima) - Tel.06/96025334
- Piazza Celli - Latina (Norma e Sermoneta) - Tel.0773/655333
- Via Fratelli Bandiera - Pontinia - Tel.0773/655380
- Via dei Cappuccini - Sezze (Bassiano) - Tel.0773/801381
- Località La Croce - Roccaporga (solo giorni pari) - Tel.0773/958140
- Via Madonna delle Grazie - Priverno (Maenza, Roccasecca, Sonnino) - Tel.0773/910301

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via degli Oleandri - Aprilia - Tel.06/9296341
- Via 4 Giornate di Napoli - Cisterna (Cori e Roccamassima) - Tel.06/960251
- Via Garibaldi, 52 - Latina - Tel.0773/655320
- Via dei Cappuccini - Sezze - Tel.0773/801381
- Via degli Oleandri - Aprilia - Tel.06/9296341
- Via 4 Giornate di Napoli - Cisterna (Cori e Roccamassima) - Tel.06/960251
- Via Garibaldi, 52 - Latina - Tel.0773/655320
- Via dei Cappuccini - Sezze - Tel.0773/801381

DISTRETTO SANITARIO CENTRO

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Via Firenze - Terracina - Tel.0773/7081
- Via Conte Verdi - Sabaudia - Tel.0773/52081

- Via G. Carducci - San Felice Circeo - Tel.0773/52081
- Piazza VI Novembre - Fondi - Tel.0771/505331
- Piazza Municipio - Sperlonga - Tel.0771/505383
- Via Marconi - Lenola - Tel.0771/505382
- Via Provinciale - Monte San Biagio - Tel.0771/505384

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Ospedale di Terracina Tel. 0773/7081

DISTRETTO SANITARIO SUD

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta revoca del medico di famiglia)

- Ospedale di Formia (Itri, Spigno, Ponza, Ventotene) Tel. 0771/779338
- Piazza XIX Maggio - Gaeta Tel. 0771/779285
- Ospedale di Minturno Tel. 0771/779462

ASL FROSINONE

Direzione Generale

Via Armando Fabi 03100 - Frosinone

E-mail aslfrdirgen@tin.it - Tel.0775/882205 - fax 0775/202354

Ufficio Centrale Relazioni con il Pubblico

Tel.800716963

Sito <http://www.asl.fr.it/>

DISTRETTO SANITARIO A

Acuto, Alatri, Anagni, Collepardo, Filettino, Fiuggi, Fumone, Guarcino, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Trivigliano, Torre Caietani, Trevi nel Lazio, Vico nel Lazio

DISTRETTO SANITARIO B

Amareno, Arnara, Boville Ernica, Castro dei Volsci, Ceccano, Ceprano, Falvaterra, Ferentino, Frosinone, Fumone, Giuliano di Roma, Morolo, Pastena, Patrica, Pofi, Ripi, S. Giovanni Incarico, Strangolagalli, Supino, Torrice, Vallecorsa, Veroli, Villa S. Stefano

DISTRETTO SANITARIO C

Alvito, Arce, Arpino, Broccostella, Campoli Appennino, Casalattico, Casavieri, Castelliri, Colfelice, Fontana Liri, Fontechiari, Isola del Liri, Monte S.G. Campano, Pescosolido, Posta Fibreno, Roccadarce, Santopadre, Sora, Vicalvi

DISTRETTO SANITARIO D

Acquafondata, Aquino, Atina, Ausonia, Belmonte Castello, Cassino, Castelnuovo Parano, Castrocielo, Cervaro, Colle S.Magno, Coreno Ausonio, Esperia, Gallinaro, Picinisco, Pico, Piedimonte S.Germano, Pignataro Interamna, Pontecorvo, Roccasecca, S.Ambrogio sul Gargigliano, S.Andrea S.G., S.Apollinare, S.Biagio Saracinisco, S.Donato Valcomino, S.Elia Fiumerapido, S.Giorgio a Liri, S.Vittore del Lazio, Settefrati, Terelle, Vallemaio, Vallerotonda, Villa Latina, Villa S.Lucia, Viticuso

DISTRETTO SANITARIO A

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via S. Giorgetto - Anagni - Tel.0775/7321 - 0775/732304
- Presidio Ospedaliero - Alatri S. Benedetto - Loc. Chiappitto - Tel.0775/4381
- Presidio Ospedaliero - Anagni - Via Onorato Capo, 1 - Tel.0775/7321 - 0775/727008

Assistenza Farmaceutica

- Responsabile territoriale - Tel.0775/438511
- Via S. Giorgetto - Anagni - Tel.0775/7321
- **Orario** 8,00-14,00

Centro Assistenza Domiciliare (Cad)

- Via Chiappitto - Alatri - Responsabile territoriale - Tel.0775/438477
- Via S. Giorgetto - Anagni - Tel.0775/728730
- **Orario** 8,00-14,00
- Via Chiappitto - Alatri - Tel.0775/4381
- **Orario** 8,30-14,00

DISTRETTO SANITARIO B**Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)**

- Sede Distretto - Via Fabi - Tel.0775/201121
- Via Armando Fabi - Frosinone Tel.0775/882227
- **Orario** 8,30-12,15
- Piazza dell'Ospizio - Ferentino - Tel.0775/244653
- **Orario** 8,30-12,30
- Via Regina Margherita - Ceprano - Tel.0775/912181
- **Orario** 8,30-12,30
- Borgo S.ta Lucia - Ceccano - Tel.0775/6261
- **Orario** 8,30-12,30
- Via Casilina - Ripi - Tel.0775/284454
- **Orario** 8,30-12,30
- Corso Umberto - Boville Ernica - Tel.0775/379050
- **Orario** 8,30-12,30

Assistenza Farmaceutica

- Responsabile territoriale - Via A. Fabi - Tel.0775/882329
- **Orario** 8,00-14,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Armando Fabi - Frosinone - Tel.0775/882383
- **Orario** 8,00-14,00
- Borgo S.ta Lucia - Ceccano - Tel.0775/626308
- **Orario** 8,00-14,00
- Piazza dell'Ospizio - Ferentino - Tel.0775/24465
- **Orario** 8,00-14,00
- Via Regina Margherita - Ceprano - Tel.0775/914010
- **Orario** 8,00-14,00

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

- Via Armando Fabi - Palazzina B 880033 - 880032
- **Email** urp.asl.fr@virgilio.it
- Numero verde **800-716963**
- **Orario** 8,00-14,00 accessibile ai disabili

DISTRETTO SANITARIO C

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Via Valcatoio - Isola del Liri - Tel.0776/808047
- **Orario** 8,30-12-30
- Via Colle Melfa - Atina - Tel.0776/610852
- **Orario** 8-14 escluso sabato, martedì, mercoledì 15,00-18,00

Assistenza Farmaceutica

- Via Piemonte - Sora - Tel.0776/82181
- **Orario** 9,00-13,00

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Via Piemonte - Sora - Tel.0776/821852
- **Orario** 8,00-14,00
- Via Ponte Melfa - Atina - Tel.0776-610852
- **Orario** 8,00-14,00

Ufficio Relazioni Con il Pubblico (URP):

- Via Piemonte - Tel.0776/821878
- **Orario** 8,00-14,00 accessibile ai disabili

DISTRETTO SANITARIO D

Medicina di Base (libretto sanitario, scelta e revoca del medico di famiglia)

- Sede distretto Via Madonna del Carmine - Tel.0776/330528
- Via De Bosis - Cassino Tel.0776/303523 orario 8,30-12,30
- Via S. G. Battista - Pontecorvo - Tel.0776/769263 orario 8,30-12,30

Assistenza Farmaceutica

- Responsabile territoriale - Via Casilina Nord - Tel.0776/303272
- Via De Bosis Cassino - Tel.0776/ 303535
- **Orario** 10,00-12,00 escluso sabato

Centro Assistenza Domiciliare (CAD):

- Responsabile territoriale - Via A. Aligerno - Tel.0776/303517
- Via De Bosis - Cassino - Tel. 0776/303538
- **Orario** 8,00-12,30
- Via Manzoni - Aquino - Tel. 0776/ 726521
- **Orario** dal lunedì al giovedì 8,00-17,30; venerdì e sabato 8,00-14,00

Ufficio Relazioni Con Il Pubblico (Urp):

- Via De Bosis - Cassino - Tel. 0776/303558
- **Orario** 8,00-14,00 accessibile ai disabili

AZIENDE OSPEDALIERE**San Filippo Neri**

Sede Via Martinotti 20

www.sanfilipponeri.roma.it

Numeri utili – Centralino 06/33061

- Direzione Sanitaria di Presidio 06/33062387
- Direzione Amministrativa di Presidio 06/33062872
- Farmacia 06/33062283
- URP 06/33062676
- CUP Regionale (Prenotazioni telefoniche) 803333

Orari al pubblico Lun, Mer, Ven: 7,30-13,30 Mart., Giov: 7,30-16,30

San Camillo Forlanini

Sede Piazza Carlo Forlanini 1 - Cap 00151 Roma

www.sancamilloforlanini.rm.it

Numeri utili – Centralino 06/55551

- Direzione Sanitaria Forlanini 06/58702510
- Direzione Sanitaria San Camillo 06/58703395 -
06/5870329

- CUP Informazioni 06/58702655
- RECUP (Prenotazioni telefoniche) 800/986868 - 803333

Orari al pubblico da Lun al Ven: 8,30-13,30 Lun e Marc: 15,00-17,00

San Giovanni Addolorata

Sede P.zza San Giovanni in Laterano 78-82

www.hsangiovanni.roma.it

- Numeri utili** – Centralino 06/77051
- Prenotazioni telefoniche 06/77058210
 - CUP Regionale (Numero verde) 803333

Orari al pubblico dal Lun al Ven: 7,45-18,45 Sab: 7,45-13,15
URP tutti i giorni feriali dalle 8,00 alle 14,00

POLICLINICI

Policlinico Umberto I

Sede Viale Regina Margherita

www.policlinicoumberto1.it

- Numeri utili** – Centralino 06/49971
- Direzione Generale 06/49979488
 - URP 06/49977050 - 06/49977054

Orari al pubblico dell'URP da Lun a Sab: 7,30-14,00

Policlinico Gemelli

Sede Largo Agostino Gemelli 8, 00168 Roma

www.policlinicogemelli.it

Numeri utili – URP 06/35510330 - 06/35510332

Orari al pubblico dal Lun al Ven: 8,30-17,00 Sab: 8,30-13,00

Policlinico Tor Vergata

Sede Viale Oxford 81 - 00133 Roma

Numeri utili – Centralino 06/20901

– URP 06/20902020

Orari al pubblico dell'URP dal Lun al Ven: 9,00-18,00

I.R.C.S.S.

IRCCS “L. Spallanzani”

Sede Via Portuense 292 - 00149 Roma

www.spallanzani.roma.it

Numeri utili – Centralino 06/551701

– Prenotazioni telefoniche 06/5594883

– Direzione Generale 06/55170292

– URP 06/55170245

Orari al pubblico dell'URP dal Lun al Ven: 9,30-12,30

IRCCS “Ospedale Riabilitativo Santa Lucia”

Sede Via Ardeatina 306

www.hsantalucia.it

Numeri utili – Centralino 06/615011

Bambin Gesù

Sede Piazza S. Onofrio 4 - 00165 Roma

www.ospedalebambingesu.it

Numeri utili – Centralino 06/68591
– CUP 06/68181
– URP 06/68592780

Orari al pubblico dell'URP dal Lun al Ven: 8,00-18,00
Sab 8,00-13,00

IFO

Sede Via Chianesi 50

Numeri utili – Centralino 06/52661

Appendice A

Associazioni italiane di malati

(in ordine alfabetico per patologia)

ALZHEIMER

- In Italia sono attive due associazioni di livello nazionale:

AIMA - ASSOCIAZIONE ITALIANA MALATTIE DI ALZHEIMER

Sede Ripa di Porta Ticinese 21 - 20143 Milano

Tel. 02/89406254 - Tel. e Fax 02/89404192

Sito www.italz.it

E-mail aimanaz@tin.it

Numero verde 800-371332

ALZHEIMER ITALIA - FEDERAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI ALZHEIMER D'ITALIA

Sede Via Marino 7 - 20121 Milano

Tel. 02/809767 - Fax 02/875781

Sito www.alzheimer.it

E-mail alzit@tin.it

Linea di pronto ascolto 02/809767

- *Nel Lazio a sostegno dei familiari dei malati di Alzheimer è attivo un servizio telefonico gratuito di sostegno:*

Ospedale Sant'Eugenio **06/59.15.306**

Il numero è in funzione in "viva voce" il giovedì dalle 14,00 alle 17,00.

Gli altri giorni è attiva una segreteria telefonica.

Ospedale Fatebenefratelli **06/68.37.363**

Il numero è in funzione in "viva voce" il lunedì dalle 13,30 alle 16,30.

Gli altri giorni ed orari è attiva la segreteria telefonica.

Seconda Cattedra Neurologia Policlinico Umberto I **06/49.91.44.54**

Il numero è in funzione in "viva voce" il mercoledì dalle 10,30 alle 12,30.

Gli altri giorni ed orari è attiva la segreteria telefonica.

Alzheimer Uniti Roma via Poerio 100 **06/58.89.93.45**

U.O.C. di Neurologia Ospedale S. Giovanni **06/77.05.58.71**

Il numero è in funzione in "viva voce" il martedì dalle 15,00 alle 18,00.

Policlinico Umberto I° Neurologia A Clinica della memoria **06/49.91.49.29**

Il numero è in funzione in “viva voce” il giovedì dalle 10,00 alle 13,00.

Policlinico Umberto I° Neurologia B **06/49.69.42.23**

Il numero è in funzione in “viva voce” il martedì e il giovedì dalle 9,30 alle 12,30.

Gli altri giorni è attiva una segreteria telefonica.

Unità Operativa di Guidonia c/o Italian Hospital Group **0774/38.61.00**

Unità Operativa Castelli Romani **06/79.22.078**

Il Progetto è nato nel 1999 per dare ascolto alle problematiche delle famiglie e per dare un primo orientamento assistenziale, allo scopo di fornire supporto e informazioni.

I dati raccolti ed elaborati verranno utilizzati per rappresentare i bisogni delle famiglie presso i servizi socio-sanitari e gli enti locali.

BARRET

AIBA - ASSOCIAZIONE AMICI IN BARRETT

Indirizzo Via Bertola, 15 - 10122 Torino

Tel. 011/537288

CELIACHIA

AIC - ASSOCIAZIONE ITALIANA CELIACHIA

Sede Via Picotti, 22 - 56124 Pisa

Tel. 050/580939 - 02/867820 - 02/55193331 - 06/87181786

Sito <http://www.celiachia.it/>

Comunicati e Novità www.celiachia.it/aggiornamenti/

Ricette www.celiachia.it/ricette/ricetta.asp

E-mail segreteria@celiachia.it

SEGRETERIA REGIONALE LAZIO

Indirizzo Via Caio Mario 8 sc. B int. 9 - 00192 Roma

Tel. 06/36010301

E-mail lazio@celiachia.it

CROHN

AMICI - FEDERAZIONE NAZIONALE - ASSOCIAZIONE PER LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO, MALATTIA DI CROHN E COLITE ULCEROSA

Sede Via Adolfo Widt 19/4, 20131 Milano

Tel. 02/2893673

Fax 02/26822670

Sito <http://www.amiciitalia.org/>

E-mail info@amiciitalia.org

Costituita da persone affette da colite ulcerosa o malattia di Crohn e dai loro familiari, la federazione ha 15 sedi regionali sul territorio nazionale. Sul sito è possibile accedere a un elenco delle associazioni in Italia e nel mondo.

SEGRETERIA REGIONE LAZIO

Indirizzo Via Deledda 100 - 00137 Roma

Tel. 06/3328040

Fax 06/3328040

E-mail info@amici-informa.it

DIABETE

FAND - ASSOCIAZIONE ITALIANA DIABETICI

Indirizzo: Via Dracone 23 - 20126 Milano

Tel. 02/2570453(2)

Fax 02/2570176

Sito www.fand.it

E-mail info@fand.it

DIALISI E NEFROLOGIA

ASSOCIAZIONE MALATI DI RENI ONLUS

Sede C/o UO di Nefrologia e Dialisi Ospedale Santo Spirito

Indirizzo Lungotevere in Sassia 1 - 00193 Roma

Tel. 06/68352552/1 **Cell.** 3383417734

Fax 06/9638058

E-mail: assreni@tiscali.it

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMODIALIZZATI ONLUS

Sede C/o Policlinico Gemelli Residenza Protetta - 00168 Roma

Tel. 06/30155485 **Cell:**330758627

Fax 06/30155491

E-mail p.danieli@tiscali.it

ANED - ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMODIALIZZATI ONLUS

Sede nazionale Via Hoepli 3 - 20121 Milano

Tel. 02/8057927 - 02/875666

Fax 02/864439

Sito www.qsa.it/aned

A.MA.RE. IL RENE - ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA CONTRO LE MALATTIE RENALI

Sede Via Rossetti 27 - Trieste

Tel. 040/3498946

Fax 040/34877838

Sito www.amareilrene.com

E-mail info@amareilrene.com

ASSOCIAZIONE AMICI DELLA NEFROLOGIA

Sede c/o Centro per lo Studio delle Malattie Renali Ereditarie dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Civile di Vimercate

Via Cereda 6/A, Vimercate (MI)

Tel. 039/6654327-481-544-726

IL SOGNO DI STEFANO

Sede reparto Nefrologia Dialisi Trapianto Pediatrico Via Giustiniani 3, Padova

Tel. 049/8213596

E-mail ilsognodistefano@libero.it

Associazione non profit è da più di trenta anni punto di riferimento nazionale per i bambini con malattie renali e urologiche e con necessità di trattamento dialitico.

DONAZIONI

AVIS - ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE

Sede Nazionale Viale E. Forlanini 23 - 20134 Milano

Tel. 02/70006786 - 02/70006795

Fax 02/70006643

Sito <http://www.avis.it>

E-mail avis.nazionale@avis.it

Numero verde: 800 261 580

ADISCO-ASSOCIAZIONE DONATRICI DI SANGUE CORDONE OMBELICALE ONLUS

Sede Nazionale Az.Ospedaliera Universitaria Policlinico TorVergata Via Oxford 81 - 00133 Roma

Tel. 06/20903895

Fax 06/20903896

Sito <http://www.adisco.it>

ADISCO SEZIONE REGIONALE LAZIO

Sede Legale Operativa Via Chieti 7 - 00161 Roma

Tel. 06-4423049

Fax 06-44117602

E-mail segreteria-lazio@adisco.it

Banche di Sangue Placentare

Roma - Università la Sapienza Dip. di Biopatologia Umana, Sezione di Ematologia Policlinico Umberto I Via Benevento 6 - 00161 Roma

Tel. 06/49976549

Roma - Ospedale S.Eugenio Dip. Di Medicina Interna, Sezione di Ematologia, P.le Umanesimo 3 - 00161 Roma

Tel. 06/51002259

Roma - Università Cattolica Sacro Cuore Istituto di Ematologia-Servizio di Emotrasfusione Largo A. Gemelli 8 - 00168 Roma

ADMO - ASSOCIAZIONE DONATORI MIDOLLO OSSEO

Sede nazionale Via Aldini 72 - 20157 Milano

Tel. 02/39000855

Fax 02/39001170

Sito <http://www.admo.it>

E-mail admo@admo.it

ADMO LAZIO

Sede Via Leonardo da Vinci 2/d - 01100 Viterbo

Tel. 0761/223155

Fax 0761/223155

E-mail admolazio@admo.it

**ADOCES - ASSOCIAZIONE DONATORI CELLULE STAMINALI
"TATIANA CACCIATORI"**

Sede Legale Via Villa 25 - Verona

Tel. 045/8309585

Fax 045/8306137

Sito www.adoces.it

**AIDO - ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA DONAZIONE
DI ORGANI TESSUTI E CELLULE**

Sede Via Silvio Pellico 9 - 00159 Roma

Tel. 06/3728139

Fax 06/37354028

Sito <http://www.aido.it>

E-mail aido-arcobaleno@libero.it

EPATOPATIE

**AIDPEV- ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA DIFESA
DEI PORTATORI DEI VIRUS EPATICI**

Sede c/o II Divisione malattie infettive, Ospedale L. Sacco, Via GB Grassi 74,
Milano

Tel. 02/3567013

Fax 02/38200909

Offre assistenza, informazioni e consulenza legale (riguardo a problemi di lavoro o altro) per i portatori di virus epatici. Si occupa di educazione sanitaria in tema di prevenzione.

APE - ASSOCIAZIONE PREVENZIONE EPATOPATIE

Sede Via Rodi 49 - Brescia

Tel. 030/2425755

Fax 030/2425755; 030/2425442

I medici specialisti dell'Ape sono disponibili a rispondere a quesiti su malattie del fegato e trapianti epatici.

ASSOCIAZIONE ITALIANA COPEV PER LA PREVENZIONE DELL'EPATITE VIRALE

Sede: Via Palermo 6 - Milano

Tel: 02/29003327

Si occupa di promuovere interventi di prevenzione dell'epatite virale e mette a disposizione dei pazienti un centro vaccinale, un ambulatorio medico, un servizio telefonico medico.

ASSOCIAZIONE ITALIANA COMITATO PREVENZIONE EPATOPATE VIRALE

Indirizzo Istituto di Medicina interna, Policlinico, Via Pace 9 - 20122 Milano

Tel. 02/29003327

FIBROSI CISTICA

LEGA ITALIANA DELLE ASSOCIAZIONI CONTRO LA FIBROSI CISTICA

Sede Ospedale Maggiore Borgo Trento, P.le Stefani 1 - Verona

Tel. 045/8344060

Fax 045/834825

Sito: <http://www.fibrosicistica.it>

Coordina tutte le associazioni regionali per la lotta contro la fibrosi cistica. Nel sito l'elenco completo delle sedi sul territorio.

GLICOGENOSI

AIG - ASSOCIAZIONE ITALIANA GLICOGENOSI

Sede Via G Matteotti 14/E - Assago (Milano)

Tel. 02/45703334

Sito <http://www.aig-aig.it>

E-mail aig.assitagli@iol.it

L'associazione fornisce un aiuto pratico, legale e psicologico alle famiglie, ai bambini e agli adolescenti affetti da questa malattia e promuove la ricerca scientifica in campo genetico.

INCONTINENZA

FINCO - FEDERAZIONE ITALIANA INCONTINENTI

Sede Viale O. Flacco 24 - Bari

Tel. 080/5093389

Sito: <http://www.finco.org>

Numero verde: 800 050 415

Rappresenta tre milioni di incontinenti ed è una delle più grandi associazioni in Italia. Si occupa di assistenza, informazione e tutela dei diritti delle persone con problemi di incontinenza.

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

ALIR - ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA CONTRO L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Sede Via Marino Marin 28 - Adria (RO)

Tel. 0426/23704

Sito <http://www.scientifico.pneumonet.it/alir/>

E-mail alir@qubisoft.it

Associazione presente sul territorio nazionale con circa 50 sedi regionali, promuove la prevenzione delle malattie respiratorie, lo sviluppo e il potenziamento dei programmi di monitoraggio, assistenza ed ospedalizzazione domiciliare a favore dei pazienti affetti da Insufficienza Respiratoria Cronica.

ALPI - ASSOCIAZIONE ALLERGIE E PNEUMOPATIE INFANTILI

Sede Clinica Pediatrica Università di Udine, Piazzale Misericordia 15 - 331000 Udine

Presidenza Tel. 0432/559244-1 **E-mail:** mario.kanzian@med.uniud.it

Segreteria: Tel. 0432-830454 **Fax** 0432-559258 **E-mail:** didila@libero.it

Sito: <http://www.geocities.com/associazionealpi/>

Creata da genitori, pazienti e medici che si occupano di allergie e malattie respiratorie infantili, si occupa di assistere e aiutare anche economicamente le famiglie e i bambini malati.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI BPCO - BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

Sede Effetti Srl, Via Gallarate 106 - Milano

Tel. 02/3343281

Fax 02/33002105

Sito <http://www.pazientibpco.it>

E-mail pazientibpco@effetti.it

FEDERASMA - FEDERAZIONE ITALIANA DELLE ASSOCIAZIONI DI SOSTEGNO AI MALATI ASMATICI E ALLERGICI

Sede Via del Lazzeretto 11/113 - Prato

Tel. 0574/541353

Fax 0574/542351

Sito: <http://www.federasma.org/>

Comprende 26 Associazioni e numerose sezioni territoriali. Offre assistenza e consulenza legale ai malati e ai loro familiari e promuove campagne di sensibilizzazione pubblica e di informazione.

FITMPS - FEDERAZIONE ITALIANA CONTRO LE MALATTIE POLMONARI SOCIALI E L'ASMA

Sede Via Frua 15 - Milano

Tel. e Fax: 02/43982610

Sito: <http://www.pneumonet.it/fitmps>

INFORESP - SERVIZIO ASSISTENZA RESPIRATORIA

Sede Via Lampedusa 11/a - 20141 Milano

Tel. 02/2360084

Fax 02/2360084

E-mail info@inforesp.org

MALATTIE RARE

Informazioni e notizie sia sulle malattie che sulle associazioni dei malati si possono reperire su questi siti internet:

www.orphanet.it

www.retemalattierare.it

www.aismme.org

www.lumpana.com

Link utili

www.retemalattierare.it/static/lazio.xml

UNIAMO-FEDERAZIONE ITALIANA MALATTIE RARE ONLUS

Segreteria Castello 785 - 30122 Venezia

Tel. e Fax 041/2410886

Sito <http://www.uniarno.org>

E-mail info@uniarno.org

MICROCITEMIA

**ASSOCIAZIONE NAZIONALE PER LA LOTTA CONTRO LE
MICROCITEMIE**

Sede Via Gallia Placidia 28/30 - 00159 Roma

Tel. 06/4394642-3

Fax 06/4394645

Sito: <http://www.anmi-microcitemie-roma.it>

E-mail: mailbox@microcitemie.191.it

MUCOPOLISACCARIDOSI

Sede Legale: Via Savona 13 - 20144 Milano

Sede operativa, amministrativa e postale: Via Volta 291 - 20030
Senago (MI)

Tel. 02/99010188; 02/83241292

Fax 02/ 99486015; 02/89425180

E-mail sede.milano@mucopolisaccaridosi.it oppure
info@mucopolisaccaridosi.it

REFERENTE REGIONE LAZIO

Fam. Marrese Tel. 0774-346242

Email lazio@mucopolisaccaridosi.it

Centri di Riferimento Pediatrico Roma

Sede c/o Clinica Pediatrica Università Cattolica "S.Cuore" –
Policlinico "A.Gemelli"

Indirizzo Largo A.Gemelli 8 - 000168 Roma

Referente Prof.ssa Roberta Ricci, Dott.ssa Daniela Antuzzi

Tel: 06/30154348, 06/301545847 e 06/30154475

E-mail icipe@rm.unicatt.it oppure r.ricci@unicatt.it

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

UN FILO PER LA VITA - ASSOCIAZIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE PEDIATRICA ONLUS

Indirizzo Via Guglielmo Marconi 18 – Spello (Perugina)

Fax 178.6004160

E-mail unfiloperlavita@fiscali.it

PORFIRIA

AMAPO - ASSOCIAZIONE MALATI DI PORFIRIA ONLUS

Sede Via san Gallicano 25 - 00153 Roma

Tel. 06/61562406

Fax 06/61560654

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ AMAPO SIMONA PAVIA:

Tel. 06/61562406

Cell. 3470551963

E-mail: info@amapo.it

INFORMAZIONI MEDICHE DOTT. GIANFRANCO BIOLCATI:

Tel. 06/52666928

Fax 06/52665020

E-mail: gianfranco.biolcati@amapo.it

REUMATOLOGIA

ASSOCIAZIONE ITALIANA LOTTA ALLA SCLERODERMIA (AILS ONLUS)

Sede Nazionale Ancona, via Scrima 29 - Tel. 071/2832316, cell. 3358318091

Sede di Milano c/o Ospedale San Paolo, via Rudinì 8 – Tel. e fax 02/89120468

AILS opera su tutto il territorio nazionale ed è nata nel 2002 su iniziativa di un gruppo di malati affetti da sclerosi sistemica (sclerodermia).

Sito <http://www.ails.it>

E-mail ails@tiscali.it

ASSOCIAZIONE BAMBINI E ADOLESCENTI REUMATICI

Sede c/o Ospedale Pediatrico Meyer, Via L.Giordano 13, Firenze

Tel. 0555/662913

Cell. 328/4647876

E-mail info@abar-tu.it

ABAR-TU onlus si è costituita nel 1991 con lo scopo di fornire diverse forme di assistenza ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie colpiti da patologie complesse come quelle reumatiche croniche: artrite idiopatica giovanile, lupus eritematoso, Kawasaki, dermatomiosite, vasculite, sarcoidosi, sclerodermia, sindrome Schonlei-Henoch.

ASSOCIAZIONE TOSCANA MALATI REUMATICI (ATMAR)

Sede: c/o Ospedale S. Chiara, UO Reumatologia, Via Roma

Tel: 347/5507918

Sito www.atmarpisa.it

E-mail info@atmarpisa.it

L'ATMaR è affiliata all'ANMaR (Associazione nazionale malati reumatici) ed è presente sul territorio toscano con 5 sezioni provinciali (Pisa, Firenze, Massa-Carrara, Prato). Altre due sezioni sono in fase di istituzione (Livorno, Pistoia).

SCLEROSI MULTIPLA

AISM - ASSOCIAZIONE ITALIANA SCLEROSI MULTIPLA

Sezione Provinciale Roma Via Dell'Olmata 30 - 00184 Roma

Tel. 06/4743355

Fax 06/4743355

Sito www.aism.it

Numero verde 800 803 028

LEGA ITALIANA SCLEROSI MULTIPLA

Sede: Via Rogoredo 113 - Milano

Tel. 02/511232

Fax 02/514141

STOMIA

ACISTOM

Sede Via Serraglio 18 - 47023 Cesena (FC)

Tel. 349-8845880

E-mail: acistom@virgilio.it

L'Associazione Cesenate Incontinenti e Stomizzati è nata nel 1976 per difendere i diritti delle patologie suddette, per poi orientarsi verso la prevenzione e la ricerca relativa al tumore al colon retto e alla vescica e alle malattie croniche dell'intestino come il Morbo di Crohn e la Rettocolite ulcerosa.

AISTOM - ASSOCIAZIONE ITALIANA STOMIZZATI

Sede nazionale presso la sede regionale dell'Associazione Pugliese Stomizzati (AISTOM/Puglia), Via Orazio Flacco 24 - Bari

Tel. 080-5046896

Fax 080-5619181

Sito <http://www.aistom.org/>

E-mail aistom@aistom.org

L'associazione si occupa di assistenza, riabilitazione e inserimento psicosociale degli stomizzati. Nel sito le sedi sul territorio nazionale.

TALESSEMIA

ASSOCIAZIONE LOTTA ALLA TALESSEMIA

Sede: Piazzetta S.Nicolò 1/c - 44100 Ferrara

Tel. 0532/764844

Sito <http://www.altferrara.it>

E-mail info@altferrara.it

TRAPIANTI

ANTO - ASSOCIAZIONE NAZIONALE TRAPIANTATI D'ORGANO

Sede c/o Ospedale S.Orsola FBF, Via Vittorio Emanuele II 27 - Brescia

Tel. 030/2971957

Sito: <http://www.anto-bs.it/>

E-mail: info@anto-bs.it

Organizza spettacoli, gare sportive, incontri per aiutare le persone sottoposte a trapianto e per sensibilizzare l'opinione pubblica. Offre inoltre assistenza per risolvere le difficoltà psichiche, fisiche e sociali di trapiantati e dializzati. Fa parte del Forum nazionale delle associazioni di Roma.

ASSOCIAZIONE TRAPIANTI DI FEGATO "G. GOZZETTI"

Sede Via Bondi, 27/A - 40138 Bologna

Tel. 051/392015

Fax (senza prefisso) 17822 88 438

Sito: <http://www.antf.it>

E-mail: asstfgg@iperbole.bologna.it

Assiste le persone sottoposte a trapianto e i loro familiari e organizza campagne di sensibilizzazione e di informazione sulla prevenzione delle malattie del fegato.

IL FORUM NAZIONALE

Sede c/o Unità operativa di Nefrologia Ospedale S. Spirito, Lungotevere in Sassia 1 - Roma

Tel. 06/49902265; 06/2315273; 06/68352552-1

Sito <http://www.forumtrapianto.org/default.asp>

Raccoglie numerose associazioni di trapiantati d'organo, nefropatici, dializzati, e associazioni di volontariato che si occupano di questioni sociali e sanitarie relative alle persone in attesa di trapianto o trapiantate.

TUMORE

ADOCM CRISALIDE

Sede via Paulucci 20 - Rimini

Tel. 347/5981981

E-mail pietro.rotino@tin.it

Promuove la diffusione della cultura della prevenzione e della diagnosi precoce.

AIL – ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE, LINFOMI E MIELOMA

Sede Nazionale Via Casilina 5 - 00182 Roma

Tel. 06/7038601

Fax 06/70386041

Sito <http://www.ail.it>

E-mail ail@ail.it

AIL ROMA

Sede Via Rovigo 1A - 00161 Roma

Tel. 06/441639621

Fax 06/4402482

Sito <http://www.romail.it>

E-mail ail.roma@ail.it

AIL FROSINONE

Sede Via Faito 3 - 03100 Frosinone

Tel. 0775/291705

Fax 0775/889044

AIL LATINA

Sede Via dei Peligni 26 - 04100 Latina

Tel. 0773/489917

Fax 0773/6553718

Sito <http://www.ail.latina.it>

AIMAC - ASSOCIAZIONE ITALIANA MALATI DI CANCRO, PARENTI ED AMICI

Sede Via Barberini 11 - Roma

Tel. 06/4825107

Fax 06/42011216

Numero verde: 840 503 579

Sito <http://www.aimac.it>

E-mail: info@aimac.it

Scopo dell'Associazione è fornire ai malati di cancro e ai loro familiari informazioni sulla malattia, sui trattamenti terapeutici e rispettive complicazioni e sui servizi di supporto attraverso una strategia multimediale.

AIRC – ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SUL CANCRO

Sede Nazionale: Via Corridoni 7 - 20122 Milano

Numero verde: 800 350 350

Sito <http://www.airc.it>

AIRC LAZIO

Sede Viale R. Elena 291 - 00161 Roma

Tel. 06/4463365-49388072

Fax 06/4451338

E-mail com.lazio@airc.it

ALTS - ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA AI TUMORI DEL SENO

Sede Via San Carlo 32 - Napoli

Tel. 081/5511045

Sito www.alts.it

E-mail info@alts.it

L'Associazione per la Lotta ai Tumori del Seno, è una onlus presente oggi sul territorio nazionale a tutela della salute delle donne.

ANGOLO onlus - ASSOCIAZIONE NAZIONALE GUARITI O LUNGOVIVENTI ONCOLOGICI

Sede c/o Divisione Oncologia Medica, Istituto Nazionale Tumori CRO,
Casella Postale 105 - 33081 Aviano (PN)

Tel. 0434/659394

Fax 0434/659531

Sito <http://www.angolo.org>

E-mail info@angolo.org

Associazione di volontariato che riunisce malati ed ex malati con almeno cinque anni di storia di malattia tumorale.

ASSOCIAZIONE ALDO ARIENTI AMICI COO (CENTRO ORTOPEDIA ONCOLOGICA)

Sede c/o UO Chirurgia oncologica ortopedica Gaetano Pini, P.za Cardinal
Ferrari 1 - Milano

Tel. 02/58296667

Sito http://www.gpini.it/servizi/associazioni/altre_associazioni/arienti.html

E-mail aaacoo@gpini.it

L'Associazione si propone, attraverso iniziative culturali, informative e di supporto, di favorire lo sviluppo della ricerca nel campo dei tumori ossei e delle parti molli. L'Associazione ha lo scopo di farle conoscere favorendone la diagnosi precoce e la cura adeguata.

ASSOCIAZIONE MARIA BIANCHI

Sede Viale Libertà 32 - Suzzara (MN)

Tel. 0376/532304

Sito www.mariabianchi.it

E-mail assmariabianchi@hotmail.com

L'Associazione è attiva per l'assistenza relazionale a malati terminali (solo provincia di Mantova) e in tutta Italia tramite Sos Lutt: help-line al numero 0376/532304;

Per contatti inerenti organizzazione/formazione/collaborazioni:
348/3623379, dott. Nicola Ferrari.

ASSOCIAZIONE NB - ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA LOTTA AL NEUROBLASTOMA

Sede c/o Istituto G. Gaslini, largo Gaslini 5 - Genova

Tel. 010/6018938

Fax 010/6018961

Sito <http://www.neuroblastoma.it>

E-mail neuroblastoma@neuroblastoma.org

Numero verde 800 910 056

Fondata da medici e da familiari di bambini colpiti dalla malattia, raccoglie fondi, informa sulla malattia.

ATTIVECOMEPRIMA

Sede Via Livigno 3 - Milano

Tel. 02/6889647

Fax 02/6887898

Sito <http://www.attivecomeprima.org>

E-mail cp@attivecomeprima.org

Prima associazione italiana per il sostegno globale alla persona colpita dal cancro.

EUROPADONNA: FORUM ITALIANO onlus

Sede Via Broletto 43 - Milano

Tel. 02/8055780

Fax 02/8057072

Sito <http://www.europadonna-italia.it>

E-mail edforumitaliano@tiscali.it

Costituisce un punto di riferimento per facilitare il dialogo tra utenti, pazienti, ricercatori, medici, amministratori e politici.

EUROPA UOMO ITALIA

Sede Viale B. d'Este 37 - Milano

Tel. 02-85464528

Sito <http://www.cancerworld.org/europauomo/default.asp>

E-mail europauomo.italy@virgilio.it

Europa Uomo Italia è un'associazione di pazienti e sostenitori interessati alla prevenzione e alla buona cura del tumore della prostata.

FEDCP - FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE

Sede Via privata Nino Bonnet 2 - Milano

Tel. 02/62694659

Fax 02/29011997

Sito <http://www.fedcp.org>

E-mail info@fedcp.org

Riunisce 52 organizzazioni non profit che offrono, sul territorio nazionale, cura e assistenza ai malati inguaribili e alle loro famiglie.

**FEDERAZIONE ITALIANA DELLE ASSOCIAZIONI
DI VOLONTARIATO IN ONCOLOGIA (FAVO)**

Sede Via Barberini 11, Roma

Tel. 06/42012079

E-mail info@favo.it

FAVO è l'associazione delle associazioni a servizio dei malati di cancro e delle loro famiglie.

**FIAGOP – FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI GENITORI
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA**

Sede Segreteria Federazione: Azienda Universitaria Policlinico – Via Del Pozzo 71 – 41100 Modena

Tel. 059- 4224414

Fax 059-4224415

Sito <http://www.fiagop.it>

E-mail info@fiagop.it

AGOP LAZIO

Sede Policlinico Gemelli Div.Oncologia Pediatrica – Largo Agostino Gemelli 8 – 00168 Roma

Tel/Fax 06-3012361

Sito www.inzona.com/agop.htm

E-mail agop.gemelli@libero.it

**ALI DI SCORTA – PER LA LOTTA ALLE MALFORMAZIONI ED AI
TUMORI CEBRALI**

Sede Policlinico Gemelli Reparto di Neurochirurgia – Largo Agostino Gemelli 8 – 00168 Roma

Tel/Fax 06-30156660

Sito <http://www.alidiscorta.it>

E-mail segreteria@alidiscorta.it

**ASSOCIAZIONE PETER PAN ONLUS (Reparto Oncologico
Ospedale Bambino Gesù)**

Sede Via San Francesco di Sales 16 – 00165 Roma

Tel. 06-97606494

Fax 06-97602202

Sito <http://www.asspeterpan.it>

E-mail info@asspeterpan.it

Appendice B

Prescrizione “off label” dei medicinali

**Determina Regione Lazio 1223 del 21 marzo 2008
(BURL n. 15 del 21/04/2008).**

**Aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale –
PTOR edizione 2004 – e recepimento delle indicazioni
procedurali per la prescrizione “off label”
dei medicinali. Allegato B.**

INTRODUZIONE

In Italia, l'impiego dei medicinali per indicazioni diverse da quelle autorizzate, regolamentato dalla Legge n. 94/1998, è stato recentemente ridisciplinato con la Legge n. 296/2007, Art. 1, comma 796, lettera z (Legge Finanziaria 2007), che dispone il divieto dell'uso dei farmaci con modalità di prescrizione “off label” quando tale modalità prescrittiva assuma carattere diffuso e sistematico. Tale situazione ha generato un iniziale senso di smarrimento tra medici e farmacisti, basti pensare alle difficoltà in campo oncologico o pediatrico dove gli specialisti ricorrono per evidenti ragioni alla prescrizione “off label”.

Off-label è definito l'uso di un farmaco in situazioni che, per patologia, popolazione, o posologia, sono diverse da quelle indicate nella scheda tecnica; pertanto per medicinale Off-label possiamo intendere un medicinale utilizzato:

- al di fuori delle indicazioni riportate in scheda tecnica;
- al di fuori delle vie o modalità di somministrazione;
- al di fuori delle utilizzazioni autorizzate dal Ministero della Salute;
- al di fuori dell'elenco predisposto dalla Commissione Unica del Farmaco (Legge 648/1996).

PROCEDURE PER L'UTILIZZO

Per l'utilizzo di farmaci in condizioni di Off-label si rende pertanto necessaria l'attivazione di un meccanismo di controllo dell'appropriatezza prescrittiva che coinvolge un team di professionisti chiamati a valutare i singoli casi tenendo conto della sfera scientifica, economica, etica e morale.

Di seguito sono riportate in modo schematico le modalità operative, con le relative note esplicative, da adottare per l'impiego e l'erogazione di medicinali per indicazioni diverse da quelle autorizzate.

SCHEDE PER LA RICHIESTA FARMACI

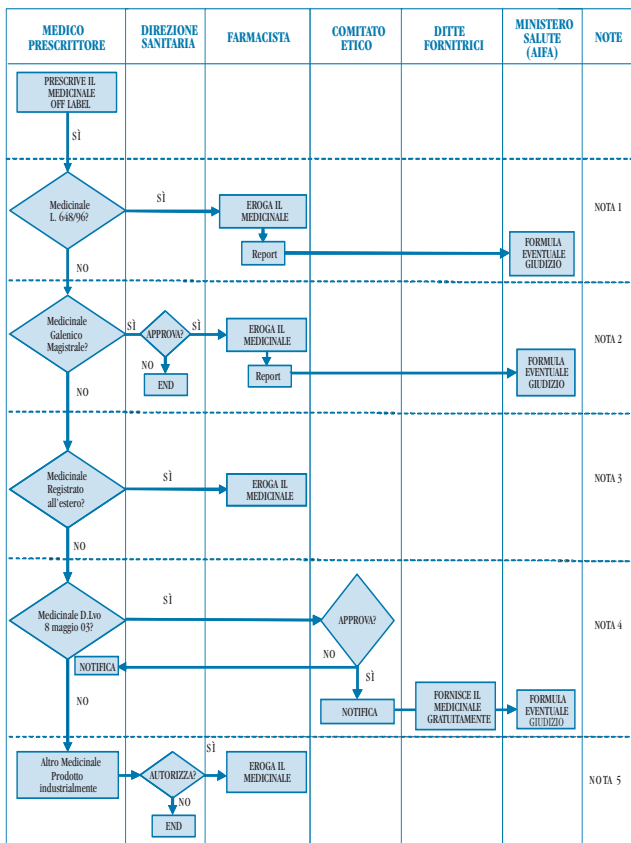
Le richieste di farmaci con indicazione “off label” vengono fatte utilizzando le due schede (scheda 1 Per la richiesta di farmaci Fuori scheda tecnica - Fuori prontuario ospedaliero - Acquisti all'estero e scheda 2 Per la richiesta di farmaci Fuori scheda tecnica - Fuori prontuario ospedaliero - Acquisti all'estero per le terapie di lunga durata) appresso riportate, con allegate la documentazione richiesta nelle stesse schede; tale documentazione prevede il consenso informato del paziente, l'assunzione di responsabilità diretta da parte del medico prescrittore, la documentazione scientifica comprovante l'efficacia del farmaco richiesto e una relazione medica attestante: la possibile risoluzione della patologia, il miglioramento della qualità di vita e/o l'allungamento della durata di vita attesa. Il farmacista, dopo aver esaminato la documentazione allegata alla richiesta, elabora l'analisi dei costi della terapia ed esprime parere tecnico (favorevole o meno) alla fornitura del farmaco. La Direzione Sanitaria, avvalendosi eventualmente della consulenza della Commissione Terapeutica Aziendale, autorizza o meno l'impiego fuori scheda tecnica del farmaco. Al medico richiedente, per le terapie di lunga durata, che non debbono essere tuttavia autorizzate per un periodo che superi i dodici mesi, si richiede una relazione in merito all'efficacia terapeutica del trattamento (Scheda 2). Una volta esaminata tale relazione, il Dir. Sanitario potrà decidere se revocare o meno l'autorizzazione concessa.

AVVERTENZE FINALI

Si ricorda l'attivazione, ove necessario, delle procedure vigenti in materia di Farmacovigilanza.

Nota 1:

Medicinale inserito nell'elenco di cui alla Legge 648/96: i medicinali inseriti nell'apposito elenco predisposto ed aggiornato a cura dell'AIFA comprensivo degli Allegati 1, 2 e 3 <Allegato 1 (“Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei tumori solidi nell'adulto per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio”) – Allegato 2 (“Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei tumori pediatrici per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio”) – Allegato 3 (“Farmaci con uso consolidato nel trattamento delle neoplasie ematologiche per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio”)>



di cui alla determinazione AIFA del 27 maggio 2007 (vedi Allegato I alla presente Procedura, gli aggiornamenti sono scaricabili dal sito www.agenziafarmaco.it), possono essere utilizzati per indicazioni non registrate, con onere a carico del SSN, a condizione che vengano soddisfatti i requisiti di cui ai singoli provvedimenti autorizzativi pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale. Ad eccezione dei medicinali di cui ai citati Allegati 1 - 2 e 3, le strutture prescrittrici sono tenute a trasmettere trimestralmente all'AIFA i dati clinici relativi ai pazienti trattati, l'efficacia dei medicinali, gli eventi avversi verificatisi. I Servizi Farmaceutici dell' Azienda sono tenuti a trasmettere trimestralmente all'AIFA e all'Assessorato Sanità Regione Lazio i dati relativi alla spesa sostenuta.

Nota 2:

Preparazione Magistrale (art. 5 Legge 94/98) per qualsiasi via di somministrazione a base di principi attivi descritti nelle Farmacopee dei Paesi dell’Unione Europea o contenuti in medicinali prodotti industrialmente di cui è autorizzato il commercio in Italia o in altro paese dell’Unione Europea; per solo uso orale a base di principi attivi diversi da quelli indicati nel precedente punto a) ma contenuti in prodotti non farmaceutici per uso orale, regolarmente in commercio in altri Paesi dell’Unione Europea. Eccetto il caso in cui il Medicinale sia incluso negli elenchi della Determinazione AIFA del 29 maggio 2007 <Allegato 1 (“Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei tumori solidi nell’adulto per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di autorizzazione all’immissione in commercio”) – Allegato 2 (“Farmaci con uso consolidato nel trattamento dei tumori pediatrici per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di autorizzazione all’immissione in commercio”) – Allegato 3 (“Farmaci con uso consolidato nel trattamento delle neoplasie ematologiche per indicazioni anche differenti da quelle previste dal Provvedimento di autorizzazione all’immissione in commercio”) (vedi Allegato I alla presente Procedura, gli aggiornamenti sono scaricabili dal sito www.agenziafarmaco.it)>, il Medico prescrittore dovrà presentare richiesta, riportante dichiarazione:

- di assunzione di responsabilità;
- di mancanza di valida alternativa terapeutica;
- che il medicinale è insostituibile e indispensabile per il trattamento;

e presenta in allegato:

- rassegna della letteratura scientifica che documenti l’uso consolidato del farmaco conformemente a linee guida o lavori apparsi su pubblicazioni accreditate in campo internazionale;
- consenso informato del paziente.

Tale richiesta è inviata alla UO Laboratorio Galenico Aziendale che, verificata la sussistenza di tutti i requisiti sopra descritti, appone la propria firma.

AUTORIZZAZIONE

A) NULLA OSTA PRELIMINARE:

In base al regime di somministrazione del farmaco tale istruttoria è inviata, a cura del Servizio di Farmacia, per l’approvazione preliminare:

REGIME DI RICOVERO ORDINARIO/ DAY HOSPITAL:

al Direttore Medico del Presidio Ospedaliero

REGIME AMBULATORIALE/ TERRITORIO:

alla Direttore del Distretto di appartenenza del paziente.

B) NULLA OSTA FINALE:

L'autorizzazione o meno al trattamento dovrà essere fornita dalla Direzione Sanitaria Aziendale, entro 5 giorni - con massimo di 7 giorni lavorativi, fatti salvi i casi di emergenza - dalla data dell'inoltro della documentazione da parte del Farmacista Dirigente alla Direzione Sanitaria. La Direzione Sanitaria si può avvalere della consulenza della Commissione Terapeutica Aziendale. Il Direttore Sanitario, qualora lo ritenga opportuno, delega per iscritto, al rilascio di detto N.O., il Direttore Medico di Presidio/Direttore di Distretto. Acquisito il Nulla Osta finale, il Farmacista allestisce la preparazione estemporaneamente e invia trimestralmente alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'AIFA l'elenco di dette preparazioni Magistrali.

Nota 3:

Medicinale non registrato in Italia per le indicazioni richieste, ma registrato all'estero: Il Decreto Min. Sal 11/02/97 disciplina le modalità di importazione dei medicinali registrati all'estero. La normativa prevede che il medico, in base ad esigenze particolari, sotto la sua diretta responsabilità e in mancanza di valida alternativa terapeutica, possa prescrivere un farmaco registrato all'estero. I medicinali non in vendita in Italia e non inclusi nell'elenco della legge 648/96, sono a totale carico del cittadino tranne il caso in cui l'acquisto venga richiesto dalla struttura ospedaliera per l'impiego in ambito ospedaliero. In questo caso l'Azienda potrà far gravare le relative spese nel proprio bilancio.

Nota 4:

Medicinale di cui al D.Lvo 08/05/2003: disciplina il così detto "uso compassionevole" dei medicinali.

Un medicinale sottoposto a sperimentazione clinica sul territorio italiano o in un paese estero, privo dell'Autorizzazione all'immissione in commercio, può essere richiesto all'impresa produttrice per l'uso al di fuori della sperimentazione clinica, quando non esista valida alternativa terapeutica al trattamento di:

- patologie gravi;
- malattie rare;
- condizioni di malattia che pongono il paziente in pericolo di vita.

L'autorizzazione all'uso del medicinale può essere concessa per medicinali già oggetto di studi clinici sperimentali di fase III per quella indicazione terapeutica o, in caso di condizioni di malattia che pongono il paziente in pericolo di vita, di studi clinici sperimentali di fase II, già conclusi. I dati, inoltre, devono essere suf-

ficienti per formulare un giudizio favorevole sul profilo di efficacia e di tollerabilità del medicinale.

Il Medico prescrittore trasmette la richiesta al Comitato Etico, sulla base di uno specifico Protocollo ai sensi del D.Lvo 08/05/03.

Il Comitato Etico, che opererà tramite procedura d'urgenza, formula il proprio parere.

In caso di approvazione, notifica detto protocollo:

- al Medico prescrittore,
- al Ministero della Salute,
- all'Azienda produttrice.

Il medicinale è fornito gratuitamente dall'Azienda produttrice.

In caso di non approvazione formula parere negativo motivato e lo trasmette al Medico Prescrittore.

Nota 5:

Medicinale prodotto industrialmente non ricompreso nei casi di cui alle NOTE 2, 3 e 4: La normativa nazionale e della Regione Lazio, vigente in materia (art. 1 comma 796 lettera z Legge Finanziaria 2007 (G. U. 299 del 27/ 12/ 2006); Circolare del Min Sal del 12/02/07, Nota R.L. Prot. 26696 del 7/3/07, legge 8 aprile 1998, n. 94) ribadisce che l'utilizzo di terapie farmacologiche al di fuori delle condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio non deve rappresentare carattere diffuso e sistematico Individua responsabile del rispetto della norma, anche sotto il profilo della responsabilità per danno erariale, il Direttore Sanitario Aziendale.

Le Modalità operative per la prescrizione ed erogazione dei medicinali prodotti industrialmente, non ricompresi nei casi di cui alle NOTE 1, 3 e 4 della presente Procedura, vengono di seguito descritte:

PRESCRIZIONE:

il Medico prescrittore dovrà presentare richiesta secondo modulistica predefinita (Modulo 2) riportante dichiarazione:

- di assunzione di responsabilità;
- di mancanza di valida alternativa terapeutica;
- che il medicinale è insostituibile e indispensabile per il trattamento; e presenta in allegato:
- rassegna della letteratura scientifica che documenti l'uso consolidato del farmaco conformemente a linee guida o lavori apparsi su pubblicazioni accreditate in campo internazionale;
- consenso informato del paziente.

La documentazione dovrà essere inviata al Servizio di Farmacia che verificherà la sussistenza di tutti i requisiti sopra descritti.

AUTORIZZAZIONE

A) NULLA OSTA PRELIMINARE:

In base al regime di somministrazione del farmaco tale istruttoria è inviata, a cura del Servizio di Farmacia, per l'approvazione preliminare:

1. REGIME DI RICOVERO ORDINARIO/ DAY HOSPITAL: al Direttore Medico del Presidio Ospedaliero
2. REGIME AMBULATORIALE/ TERRITORIO: alla Direttore del Distretto di appartenenza del paziente.

B) NULLA OSTA FINALE:

L'autorizzazione o meno al trattamento dovrà essere fornita dalla Direzione Sanitaria Aziendale, entro 5 giorni - con massimo di 7 giorni lavorativi, fatti salvi i casi di urgenza - dalla data dell'inoltro della documentazione da parte del Farmacista Dirigente alla Direzione Sanitaria Aziendale. La Direzione Sanitaria si può avvalere della consulenza della Commissione Terapeutica Aziendale. Il Direttore Sanitario, qualora lo ritenga opportuno, delega per iscritto, al rilascio di detto N.O., il Direttore Medico di Presidio/Direttore di Distretto.

ACQUISTO

L'acquisto e la consegna del farmaco viene effettuata dalla Farmacia Ospedaliera per i pazienti in regime di ricovero o dal Servizio Farmaceutico Territoriale per i pazienti domiciliari, a seguito del Nulla Osta della Direzione Medica/Direzione Sanitaria del Distretto e della Direzione Sanitaria Aziendale.

Scheda 1 per la richiesta di farmaci
Fuori scheda tecnica - Fuori prontuario ospedaliero - Acquisti all'estero

Data richiesta		Divisione – Day Hospital – Day Surgery	Medico Responsabile	Recapito telefonico/fax
Paziente	Nominativo		Sesso	Età
	Diagnosi		Fase Malattia	
	N° linee terapeutiche precedenti			
Farmaco	Nome Commerciale		Dosaggio	
	Molecola		Posologia	
	Fuori Scheda Tecnica <input type="checkbox"/>		Cicli di terapia mensili richiesti	
	Fuori Prontuario <input type="checkbox"/>		Cicli di terapia totali previsti	
Allegati	<input type="checkbox"/> <u>Relazione medica attestante:</u>		<input type="checkbox"/> possibile risoluzione patologia	
			<input type="checkbox"/> allungamento durata di vita attesa	
			<input type="checkbox"/> miglioramento qualità di vita	
	<input type="checkbox"/> Assunzione di responsabilità diretta da parte del medico prescrittore (Responsabile Divisione –D.H. –D.S.)			
<input type="checkbox"/> Documentazione scientifica comprovante l'efficacia del farmaco richiesto				

Sezione 1 - Riservata al medico richiedente

Farmaco	Vista la documentazione allegata, si esprime parere tecnico alla fornitura del farmaco		<input type="checkbox"/> Favorevole
			<input type="checkbox"/> Non favorevole
		€	
	Costo per un ciclo di terapia	€	
	Costo totale della terapia	€	

Sezione 2 - Riservata alla Farmacia

Parere CTA	Autorizzazioni		<input type="checkbox"/> Positivo
	Parere della Commissione Terapeutica Aziendale		<input type="checkbox"/> Negativo
	Note:		

Sezione 3 - Riservata al Dir. Sanitario

Dir. Sanitaria	Autorizzazione del Direttore Sanitario		
		Data.....	
		Firma.....	
Si ricorda che il medico prescrittore è vincolato all'acquisizione del consenso informato del paziente			

Sezione 4 - Riservata alla Farmacia

Farmaco	Quantità di farmaco distribuito dalla Farmacia:		
	N° dosi/confezioni		Costo €
	N° dosi/confezioni		Costo €

Scheda 2 per la richiesta di farmaci
Fuori scheda tecnica - Fuori prontuario ospedaliero - Acquisti all'estero
Per prosecuzione terapie di lunga durata

Data richiesta		Divisione – Day Hospital – Day Surgery	Medico Responsabile	Recapito telefonico/fax
Paziente	Nominativo	Sesso		Età
	Diagnosi	Fase Malattia		
Farmaco	Nome Commerciale	Dosaggio		
	Molecola	Posologia		
Valutazione Efficienza Terapeutica	Cicli di terapia Fuori Scheda Tecnica -FST effettuati			
	Relazione Medica (allegata) attestante :	<input type="checkbox"/> risoluzione patologia <input type="checkbox"/> allungamento durata di vita attesa <input type="checkbox"/> miglioramento qualità di vita		
Parere CTA	Vista la valutazione dell'efficacia della Terapia FST effettuata, la Commissione Terapeutica Aziendale			<input type="checkbox"/> Si autorizza <input type="checkbox"/> Non si autorizza
	Note:			
Dir. Sanitaria	Autorizzazione Direttore Sanitario Data..... Firma.....			

Sezione 1 - Riservata al medico richiedente

Sezione 3 - Riservata al Dir. Sanitario

Finito di stampare nel mese di ottobre 2008
dalle Arti Grafiche Tris
per conto de Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

Questa guida, realizzata da un gruppo di farmacisti, nasce dai bisogni espressi, nel corso degli anni, dagli utenti e dagli operatori sanitari, nonché dallo studio e dall'applicazione ragionata delle leggi e delle norme che riguardano l'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta nel Lazio, una delle più rappresentative regioni d'Italia per tipologia e quantità di popolazione.

Patrocinata dalla Società Italiana di Farmacia Ospedaliera, la guida è suddivisa in capitoli, ciascuno dei quali è relativo a una determinata attività dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta. Per ognuna è prevista l'erogazione in regime di SSN di diverse categorie di prodotti farmaceutici e sono indicati:

- le categorie di pazienti che ne hanno diritto
- i prodotti che possono essere forniti
- le modalità di accesso per l'utente
- le sedi di erogazione
- la documentazione necessaria
- le annotazioni e, quando necessario, i centri di riferimento regionali
- le norme di riferimento

L'ultima parte riporta gli indirizzi utili per l'Assistenza Farmaceutica Territoriale Diretta nel Lazio e quelli delle associazioni italiane dei malati.

