



PRESCRIVIBILITA' DEI FARMACI: NORME ED UNIFORMITA' D'APPLICAZIONE

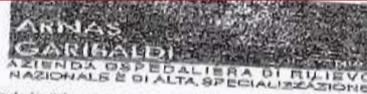
ACI CASTELLO (CT), 13 GENNAIO 2017

CASE REPORT

Prescrizione farmaci 1° ciclo di terapia



75826



Ospedali: "Garibaldi, S. Luigi-Curro, Ascoli-Tomaselli"

Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia "Rosario Cucconi"
PRESIDIO OSPEDALIERO "GARIBALDI CENTRO"

Direttore: Dott. Giovanni Restuccia Tel. 093.7594091 Fax 093.7594188

CATANIA 19-12-16

Alleg.n°2

MODULO H H PER RICHIESTA DI INSERIMENTO DI FARMACI NEL FILE
(CIRCOLARE 1095 DEL 28 SETTEMBRE 2002)

Codice Azienda Sanitaria: 902

Codice Regione: 190

Codice Presidio erogatore:

-P.O. Garibaldi : 704000

-P.O S.Luigi - S. Curro : 705000

-P.O Garibaldi Nesima 707000

Unità Operativa

Medico Prescrittore

ORTOPEDIA

(cognome, nome e codice)

COGNOME E NOME UTENTE

COD SANITARIO O COD FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA

DATA DI NASCITA

SESSO

ASL di residenza

Numero SDO paziente

RIGA RICETTA	FARMACO (NOME, DOSAGGIO, FORMA FARM.)	POSOLOGIA	CURATA DELLA TERAPIA (Non superare A 30 giorni)	N° CONFEZIONI
10	PH-T 500 mg	1 comp. 3 volte al giorno	6 comp.	19
	PH-T 500 mg	1 comp. 3 volte al giorno	30 comp.	29
	PH-T 500 mg	1 comp. 3 volte al giorno	30 comp.	20

Firma del Medico prescrittore

Firma dell'assistito o incaricato per ricevuta

19-12-16

Data erogazione farmaco

Firma del farmacista

Farmaco A pH-T in primo ciclo:
Deve erogarlo la struttura
prescrittrice?

Prescrizione fuori regione – Farmaci nota 74



Futura diagnostica medica P.M.A. S.r.l.	MOD. 8 – POS. 16 PIANO TERAPEUTICO (NOTA AIFA 74) EMESSO DA C. BECATTINI	REV. 4 DEL 29/05/2014	Pg. 1
---	--	--------------------------	-------

FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (P.M.A.) S.r.l.
 Autorizzazione comunale n°2014/DD/03449 del 30/04/2014
 Accredittamento istituzionale n° n. 3912 del 28/08/2012

PIANO TERAPEUTICO PER FARMACI PRESCRIVIBILI CON ATTIVAZIONE NOTA AIFA 74

Nome e Cognome dell'assistito _____
 Et  36 Sesso F Codice Fiscale _____
 Indirizzo _____ CATANIA
 Provincia USL di residenza Catania
 Regione Medico Curante
 Pz con FSH al terzo gg del ciclo di 12 mIU/ml

Diagnosi: infertilit  induzione dell'ovulazione
 infertilit  maschile

Formulata in data 16/12/2014 da: _____ Dott.ssa

Futura Diagnostica Medica P.M.A. S.r.l.
 Autorizzazione comunale n°2014/DD/03449 del 30/04/2014

Sede Firenze **Regione Toscana**

Programma Terapeutico
Farmaco/i prescritto/i (specialit )

LUVERIS 75 UI fl sc n.6 fiale

Posologia 150 uI/DIE PER 3 GG

Durata prevista del Trattamento* 15 GG

Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Data 11/05/2015 **Timbro e firma del medico prescrittore**
 Dr.ssa _____
 Dott.ssa _____
 SPEDIZIONE IN ABBONDO
 FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA S.R.L.
 VIA S. ANTONIO 20/A 50132 FIRENZE

* Non oltre 6 mesi, per il proseguimento eventuale della terapia redigere una nuova scheda.

Futura diagnostica medica P.M.A. S.r.l.	MOD. 8 – POS. 16 PIANO TERAPEUTICO (NOTA AIFA 74) EMESSO DA C. BECATTINI	del
---	--	-----

FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (P.M.A.) S.r.l.
 Autorizzazione comunale n°2014/DD/03449 del 30/04/2014
 Accredittamento istituzionale n° n. 3912 del 28/08/2012

PIANO TERAPEUTICO PER FARMACI PRESCRIVIBILI CON ATTIVAZIONE NOTA AIFA 74

Nome e Cognome dell'assistito _____
 Et  36 Sesso F Codice Fiscale _____
 Indirizzo _____ CATANIA
 Provincia USL di residenza Catania
 Regione Medico Curante
 Pz con FSH al terzo gg del ciclo di 12 mIU/ml

Diagnosi: infertilit  induzione dell'ovulazione
 infertilit  maschile

Formulata in data 16/12/2014 da: _____ Dott.ssa

Futura Diagnostica Medica P.M.A. S.r.l.
 Autorizzazione comunale n°2014/DD/03449 del 30/04/2014

Sede Firenze **Regione Toscana**

Programma Terapeutico
Farmaco/i prescritto/i (specialit )

GONALF PEN 900 UI sc n. 1 conf (frigorifero)

Posologia 300 UI/die per 3 gg

Durata prevista del Trattamento* 15 giorno

Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Data 11/05/2015 **Timbro e firma del medico prescrittore**
 Dr.ssa _____
 Dott.ssa _____
 SPEDIZIONE IN ABBONDO
 FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA S.R.L.
 VIA S. ANTONIO 20/A 50132 FIRENZE

* Non oltre 6 mesi, per il proseguimento eventuale della terapia redigere una nuova scheda.

Prescrizione fuori regione – Farmaci nota 74

REGIONE SICILIANA A.S.P. - CT DIPARTIMENTO S. DEL FARMACO
27 LUG, 2016
Prot. N° <u>77563</u> ARRIVO

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 4 "Programmazione ospedaliera"

Prot./Serv.4/ n. 62965

Palermo, 25.07.2016

Oggetto: Attività di controllo su presunte procedure di PMA erogate fuori regione con oneri a carico del SSR per gli anni 2014 e 2015

Ai Sigg.ri Direttori Generali
ASP della Regione

p.c. All'Assessore della Salute

LORO SEDI

Si fa seguito a diverse segnalazioni, relative all'effettuazione in altre regioni di presunte procedure di PMA per assistiti residenti in Sicilia.

In considerazione del fatto che tali prestazioni non rientrano nei LEA si richiamano in premessa i contenuti delle note di questo Assessorato, prot. n. 13337 del 9/02/2016, con la quale si è data disposizione alle SS.L.L. di non concedere autorizzazione ad effettuare prestazioni di PMA fuori regione a carico del SSR, e nn. 87746 del 17/11/2015 e 28973 del 30/03/2016, con le quali è stato comunicato a tutte le Regioni e Province Autonome che la Sicilia non provvederà alla compensazione della relativa mobilità inter-regionale.

Al fine poi di evitare comportamenti opportunistici e riconoscimenti di rimborsi non dovuti, mediante ricorso a codifiche che celino l'erogazione di procedure di PMA, si ritiene di dover approntare un metodo che permetta di verificare la legittimità delle richieste di rimborso delle prestazioni afferenti a DRG di ginecologia ed ostetricia.

Considerato che per l'esecuzione di una tecnica di PMA è necessaria anche l'assunzione di gonadotropine, farmaci sottoposti a prescrizione con nota 74, si dispone quanto segue:

E' corretto erogare il farmaco su prescrizione proveniente da fuori regione senza la prestazione?

Prescrizione per patologia rara ITTIOSI CONGENITA Sindrome di Netherton



REGIONE SICILIANA

MALATTIE RARE
SCHEDE PRESCRIZIONE FARMACI

Azienda sanitaria/Centro di riferimento regionale/U.O.
individuato con decreto 12 novembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 60 del 14 dicembre 2001.

Tessera sanitaria dell'assistito [redacted]
 sesso M F età 12 ANNI
 AUSL di appartenenza CATANIA - 3 prov. CT
 Regione Sicilia medico curante _____

Diagnosi ITTIOSI CONGENITA - S. di Netherton
 codice di esenzione RINCO (Allegato I al D.M. 279 del 18-5-2001)
 Medico specialista dr./prof. [redacted]
 Centro U.O. DERMATOLOGIA - IRCCS OASI - TRONIA (EN)

Farmaci prescritti	Dosaggio	Posologia
<u>NEO TIGASON</u>	<u>10 mg (gel)</u>	<u>1 cap. die</u>
<u>Xerolact Latte 12%</u>	<u>2 conf. orali</u>	<u>uso fisiologico</u>
<u>Omniskin crema</u>	<u>2 conf. mani</u>	<u>"</u>
<u>Newxerderm mani</u>	<u>2 conf. mani</u>	<u>"</u>
<u>Sicca fluid gel oftalmico</u>	<u>2 conf. mani</u>	<u>"</u>

Durata prevista del trattamento (1) 1 ANNO
 La terapia prescritta è indispensabile e insostituibile.
 Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento
 Data successivo controllo: _____ Data 18-11-2014

Timbro e firma del medico-prescrittore: _____
 Timbro del Centro: _____

(1) Non oltre un anno per il proseguimento della terapia, ed ogni volta che occorre una nuova prescrizione.

REGIONE SICILIANA

MALATTIE RARE
SCHEDE PRESCRIZIONE FARMACI

Azienda sanitaria/Centro di riferimento regionale/U.O.
individuato con decreto 12 novembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 60 del 14 dicembre 2001.

Tessera sanitaria dell'assistito [redacted]
 sesso M F età 12 ANNI
 AUSL di appartenenza CATANIA - 3 prov. CT
 Regione Sicilia medico curante _____

Diagnosi ITTIOSI CONGENITA - S. di Netherton
 codice di esenzione RINCO (Allegato I al D.M. 279 del 18-5-2001)
 Medico specialista dr./prof. [redacted]
 Centro U.O. DERMATOLOGIA - IRCCS OASI - TRONIA (EN)

Farmaci prescritti	Dosaggio	Posologia
<u>Mellis Bio Shampoo</u>	<u>2 conf. mani</u>	<u>Al bisogno</u>
<u>Vasellina bianca 100ml</u>	<u>4 conf. mani</u>	<u>"</u>

Durata prevista del trattamento (1) 1 ANNO
 La terapia prescritta è indispensabile e insostituibile.
 Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento
 Data successivo controllo: _____ Data 18-11-2014

Timbro e firma del medico-prescrittore: _____
 Timbro del Centro: _____

(1) Non oltre un anno per il proseguimento della terapia, ed ogni volta che occorre una nuova prescrizione.

Neo Tigason Acitreina fascia A; Xerolact Latte 12% Cosmetico, Omniskin crema Cosmetico, Newxerderm mani Cosmetico, Sicca fluid gel oftalmico Fascia A nota 83, Mellis Bio Shampoo Cosmetico, Vasellina Bianca da 100ml

E' discrezionale l'erogazione del cosmetico?

Prescrizione patologia rara – Cistite Interstiziale



Doc. trasm. da: 895767762 ASP ACI UF PERSONALE 24-10-16 09:00 Pag: 2/6

Allegato "C" al D.D.G. n. 02679 del 19.11.2009

REGIONE SICILIANA

Prot. 92107

MALATTIE RARE SCHEDA PRESCRIZIONE FARMACI

Azienda Sanitaria/Centro di Riferimento Regionale U.O. di Uroginecologia
individuato con D.A. 12 Novembre 2001, pubblicato sulla GURS n. 60 del 14/12/2001

Tessera Sanitaria dell'assistito/a

Sesso M F Età 42 AUSL di appartenenza N 3 CATANIA Prov. _____

Regione Sicilia Medico Curante _____

Diagnosi CISTITE INTERSTIZIALE

Codice di esenzione RJ0030 (allegato 1 al D.M. 279 del 18 maggio 2001)

Medico Specialista _____

Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e la Cura dell'Incontinenza Urinaria Femminile e della Cistite Interstiziale

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA
LALURIL	50 ml	1 instillazione endovaginale la settimana per 6 mesi
FIBRASE	Cpr 50 mg	2 compresse tre volte al giorno per 6 mesi
PELVILEN DUAL ACT	400 mg PLAPOL-01 300mg PEA-010	1 bustina mattina e sera per 6 mesi
LAROXYL	Gocce	10 gocce la sera per 6 mesi

Durata prevista del trattamento (1) SEI MESI

La Terapia prescritta è indispensabile o insostituibile

Prima prescrizione prosecuzione del trattamento:

Data del successivo controllo 21/03/2017

Data 21/09/2016

Timbro e firma del medico prescrittore

Il Dirigente Medico

Timbro del Centro

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA
DIAGNOSI E LA CURA DELL'INCONTINENZA URINARIA
FEMMINILE E DELLA CISTITE INTERSTIZIALE
Decreto Assessoriale n. 283 (HUF)
Decreto Assessoriale 8781/11 del 23/06/2011 (MR)

- Laluril Dispositivo medico
- Fibrase Fascia C
- Pelvilen Dual Act Integratore Al.
- Laroxyl gtt Fascia A

Cosa è concedibile SSN?

Prescrizione 'off label' per malattia rara



Doc. base: 4895567782

ASP ACI UF PERSONALE

11-10-16 10:46 Pag: 2/3

REGIONE SICILIANA

MALATTIE RARE SCHEDA PRESCRIZIONE FARMACI

Azienda sanitaria/Centro di riferimento regionale/U.O. _____
individuato con decreto 12 novembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 60 del 14 dicembre 2001.

Tessera sanitaria dell'assistito _____
sesso M F et _____ CT _____ prov. CT _____
AUSL di appartenenza _____ CT _____
Regione SICILIA medico curante _____

Diagnosi **DERMATOMIOSITE NON RESPONSIVA AI COMUNI DMARDS**
codice di esenzione _____ (Allegato I al D.M. 279 del 18-5-2001)
Medico specialista dr./prof. _____
Centro **REUMATOLOGIA - OSPEDALE _____ - CATANIA**

Farmaco/i prescritti	Dosaggio	Posologia
HIZENTRA IG S.C.	20 FL. DA 20 ML/4 G.	2 FL. DA 20 ML/4 G.
	+10 FL. DA 10 ML/2 G.	+1 FL. DA 10 ML/2 G.
	TOTALE 160 GR/MESE	Ogni tre giorni

Durata prevista del trattamento (1) 3 Mesi
La terapia prescritta **indispensabile e insostituibile.**
Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento
Data successivo controllo 29/12/2016 Data 29/09/16

Timbro e firma del medico prescrittore _____
REGIONE SICILIANA
CATANIA
U.O. DI REUMATOLOGIA

(1) Non oltre un anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.

07-OTT-2016 09:55 Da:FRANCIA GIARRE

0907799009

R:0955545628
A:056779918
A:05255456

REGIONE SICILIANA

MALATTIE RARE SCHEDA PRESCRIZIONE FARMACI

Azienda sanitaria/Centro di riferimento regionale/U.O. _____
individuato con decreto 12 novembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 60 del 14 dicembre 2001.

Tessera sanitaria dell'assistito _____
sesso M F et _____ CT _____ prov. CT _____
AUSL di appartenenza _____ CT _____
Regione SICILIA medico curante _____

Diagnosi **POLIMIOSITE NON RESPONSIVA AI COMUNI DMARDS**
codice di esenzione _____ (Allegato I al D.M. 279 del 18-5-2001)
Medico specialista dr./prof. _____
Centro **REUMATOLOGIA - OSPEDALE _____**

Farmaco/i prescritti	Dosaggio	Posologia
HIZENTRA IG S.C.	20 FL. DA 20 ML/4 G.	2 FL. DA 20 ML/4 G.
	+10 FL. DA 10 ML/2 G.	+1 FL. DA 10 ML/2 G.
	TOTALE 160 GR/MESE	Ogni tre giorni

Durata prevista del trattamento (1) 6 mesi
La terapia prescritta **indispensabile e insostituibile.**
Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento
Data successivo controllo 23/23/2017 Data 23/09/16

Timbro e firma del medico prescrittore _____
REGIONE SICILIANA
ASSTO OSPEDALICO UNIVERSITARIO
U.O. DI REUMATOLOGIA

(1) Non oltre un anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.

A chi compete l'erogazione del farmaco al Centro prescrittore o all'ASP?

Prescrizione malattia rara: preparazioni galeniche



Dipartimento di Attività Integrata di Chirurgia Generale
Specialistica C.C.
U.O.C. Oculistica

Direttore: Prof.ssa Francesca Simonelli

CENTRO STUDI RETINOPATIE EREDITARIE

Nuovo Policlinico - Via Pansini, 5 Ed. 15, 80131 Napoli
Tel. 0815666762 Fax 0817704501

Napoli li 23/09/2016

data
poli
a cl
LA
L. 12/09/16

PIANO TERAPEUTICO

SCRIZIONE PER USO NOMINATIVO:

██████████, nato/a CATANIA il 31/10/1959 è

affetto/a da Retinite pigmentosa, malattia rara (codice di esenzione RFG110)

La diagnosi è stata effettuata presso il Centro Studi per le Retinopatie Ereditarie della U.O.C. di Oculistica della Seconda Università di Napoli.

Il/La paziente è attualmente seguito presso lo stesso Centro per le valutazioni cliniche periodiche.

La Retinite pigmentosa è una malattia rara, ereditaria, trasmessa con ereditarietà autosomica dominante, autosomica recessiva, X-linked. Le basi genetiche della Retinite pigmentosa sono eterogenee e la malattia può essere determinata da mutazioni di circa 50 geni. La Retinite pigmentosa è caratterizzata da cecità notturna e da progressiva riduzione del campo visivo e dell'acutezza visiva centrale.

Attualmente non è disponibile alcun trattamento efficace per i pazienti affetti da Retinite pigmentosa.

L'uso di vitamina A palmitato (15000 UI) in pazienti affetti da retinite pigmentosa ha dimostrato risultati positivi nel rallentare la progressione della malattia, soprattutto in sinergia con la terapia con acidi grassi omega 3 (1 gr) e luteina.

pubblicazioni

- Berson EL et al. Further evaluation of docosahexaenoic acid in patients with retinitis pigmentosa receiving vitamin A treatment: subgroup analyses. Arch Ophthalmol. 2004 Sep;122(9):1306-14.
- Berson EL, Rosner B, Sandberg MA, et al. ω -3 Intake in patients with retinitis pigmentosa receiving vitamin A. JAMA Ophthalmol. 2013 Feb;131(2):267-8.
- Berson EL, Rosner B, Sandberg MA, et al. Clinical trial of lutein in patients with retinitis pigmentosa receiving vitamin A. Arch Ophthalmol. 2010 Apr;128(4):403-11.

Sulla base di tale osservazione, e, soprattutto, in mancanza di strategie terapeutiche alternative chiaramente efficaci, suggeriamo per ██████████ un piano terapeutico con vitamina A palmitato, acidi grassi omega 3 e luteina.

- ✓ **Vitamina A palmitato** (gocce orali da 150.000 U.I./ml di retinolo in preparazione galenica): 3 gocce (15000 U.I.) /die, per 20 giorni al mese (dopo colazione)
- ✓ **Luteina 30 mg**: (preparazione galenica di luteina al 20%) 1 cp/die, per 20 giorni al mese (dopo colazione)
- ✓ **Acidi grassi polinsaturi cp** (con un contenuto in DHA non inferiore 1000 mg) 1 cp/die, per 20 giorni al mese (dopo pranzo) OMEGA 3 TOVA CP

Prescrizione valida 12 mesi e rinnovabile.

TALE TERAPIA E' INDISPENSABILI ED INSOSTITUIBILI PER LA SALUTE DEL PAZIENTE

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

Tali farmaci saranno somministrati sotto la responsabilità della Prof.ssa Francesca Simonelli. Pertanto la paziente sarà seguita periodicamente presso questa struttura per la valutazione clinica e strumentale periodica, per il follow up della malattia di base.

FIRMA E TIMBRO

I ██████████

Azienda Ospedieri Universitari - IUN
DIPARTIMENTO DI OFTALMOLOGIA
II DIVISIONE CLINICA OCULISTICA
Dott. Francesca Simonelli
Cofice: CE 5265

