



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

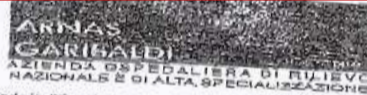
**ACI CASTELLO (CT), 13 GENNAIO 2017**

**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

ORTOPEDIA

Medico Prescrittore

(cognome, nome e codice)

COGNOME E NOME UTENTE

COD SANITARIO O COD FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA

DATA DI NASCITA

SESSO M

Numero SDO paziente

ASL di residenza

RIGA RICETTA	FARMACO (NOME, DOSAGGIO, FORMA FARM.)	POSOLOGIA	CURATA DELLA TERAPIA (Non superare A 30 giorni)	N° CONFEZIONI
1	CIPROFLOXACINA 500 mg/30 giorni	1 comp. 3 volte al giorno	6 comp.	18
2	ATZULET		30 comp.	27
3	Keuro 12 mg		30 comp.	27

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 <b>PIANO TERAPEUTICO (NOTA AIFA 74)</b> <small>EMESSO DA C. BECATTINI</small>	REV. 4 DEL 29/05/2014	Pa 1
---	--	--------------------------	---------

**FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (P.M.A.) S.r.l.**  
Autorizzazione comunale n°2014/DD/03449 del 30/04/2014  
 Accreditamento 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 \_\_\_\_\_  
 SPECIALISTA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA  
 FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA S.p.A.

\* 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 <b>PIANO TERAPEUTICO (NOTA AIFA 74)</b> <small>EMESSO DA C. BECATTINI</small>	del	
---	--	-----	--

**FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (P.M.A.) S.r.l.**  
Autorizzazione comunale n°2014/DD/03449 del 30/04/2014  
 Accreditamento 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 \_\_\_\_\_  
 SPECIALISTA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA  
 FUTURA DIAGNOSTICA MEDICA S.p.A.

\* 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 ENG00 (Allegato I al D.M. 279 del 18-5-2001)  
 Medico specialista dr./prof. \_\_\_\_\_  
 Centro U.O. DERMATOLOGIA - IRCCS OASI - TRONKA (EN)

Farmaci prescritti	Dosaggio	Posologia
<u>NEO TIGASON</u>	<u>10 mg</u>	<u>1 cap. die</u>
<u>Xerolact Latte 12%</u>	<u>4 conf. die</u>	<u>uso puzziativo</u>
<u>Omniskin crema</u>	<u>2 conf. man</u>	<u>" "</u>
<u>Mellis Bio Shampoo</u>	<u>2 conf. man</u>	<u>" "</u>
<u>Sicca fluid gel oftalmico</u>	<u>2 conf. man</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 si richieda 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 ENG00 (Allegato I al D.M. 279 del 18-5-2001)  
 Medico specialista dr./prof. \_\_\_\_\_  
 Centro U.O. DERMATOLOGIA - IRCCS OASI - TRONKA (EN)

Farmaci prescritti	Dosaggio	Posologia
<u>Mellis Bio Shampoo</u>	<u>2 conf. man</u>	<u>Al bisogno</u>
<u>Vasellina bianca 100ml</u>	<u>4 conf. man</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 si richieda 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. 921074

## 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  
Diagnosi CISTITE INTERSTIZIALE

Medico Curante

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-01	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**  
[Firma e timbro illeggibili]

Timbro del Centro

[Firma e timbro illeggibili]  
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:095545628  
A:056779918  
A:056524586

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.	20 gr ogni 6 giorni
	+10 FL. DA 10 ML/2 G.	1 mese
	TOTALE 160 GR/MESE	

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 \_\_\_\_\_

Timbro del Centro  
REGIONE SICILIANA  
ASPD OSPEDALE UNIV. CATANIA  
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.  $\omega$ -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

F

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



# Prescrizione malattia rara: parafarmaco



REGIONE Veneto

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Prestato dall'ospedale della rete per le Malattie Rare Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Centro per le malformazioni genitourinarie isolate e sindromiche rare - Verona<sup>2</sup>

Unità Operativa di riferimento: Nefrologia e dialisi<sup>1</sup>

### CERTIFICATO DI MAGNIFICAZIONE

Esenzione dalla partecipazione alle spese per malattia rara ex D.M. n. 27/9/1991 e successive modificazioni e integrazioni

### SI CERTIFICA CHE

La signora **[REDACTED]**, nata a **[REDACTED]** il 06/10/1964,

residente nel comune di **[REDACTED]** (CT, C.A.P. 93041

in Via **[REDACTED]**

titolare della tessera sanitaria n. **[REDACTED]**

e del codice fiscale **[REDACTED]**

è affetta dalla seguente malattia:

Definizione di malattia  
**RENE CON MIDOLLAIA E SPUGNA**

Codice D-4-CH  
75.17

1. nota definitoria della malattia secondo l'Allegato I D.M. 27/9/1991  
**RENE CON MIDOLLAIA E SPUGNA**

codice malattie di I.C.I. | D.M. 27/9/1991  
RXN: 250

Data: 28/06/2016

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA - VERONA  
CENTRO PER LE MALFORMAZIONI GENITOURINARIE ISOLATE E SINDROMICHE RARE  
DOCTA ANTONIA FABRIS  
VI 4321

Firma del medico specialista

*[Signature]*  
DOCTA ANTONIA FABRIS  
VI 4321

1. ex D.M. n. 27/9/1991 "Esenzione di partecipazione alle spese sanitarie delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione alle spese sanitarie per le malattie rare" (art. 3 comma 1, lettera b), del D. Leg. n. 59 aprile 1998, n. 124  
2. (gruppo di malattie rare) D.O.U. n. 284 del 05/03/2002 e successive modificazioni e integrazioni  
3. (individui con malattia rara) D.G.R. n. 204 del 06/02/2003 e successive modificazioni e integrazioni

04/01/2017 09:18 0933353016

AUHLI-DISTR-8



REGIONE Veneto

Centro per le malformazioni genitourinarie isolate e sindromiche rare - Verona  
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona  
Nefrologia e dialisi

Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) n. 58646  
(valido dal 28/06/2016 al 28/06/2017)

A favore di:

Paziente: **[REDACTED]**  
Codice Fiscale: **[REDACTED]**  
Residente a: **[REDACTED]** (Catania)  
Affetto da: **RENE CON MIDOLLAIA E SPUGNA - RN0250**

Richiesta di autorizzazione all'erogazione gratuita per il seguente trattamento non ricompreso nei Livelli Essenziali di Assistenza nazionale con i caratteri ESSENZIALI e INSOSTITUIBILI per la condizione specifica del paziente, come da allegazioni e argomenti:

**CITRAK FORTE (EBUST) - 1 busta per 5 ml**

Tipologia del prodotto:

Specificità della condizione del paziente:

I pazienti con reni policistici a spugna (MSK) presentano molteplici contemporaneamente alterazioni funzionali sia del rene prossimale che del rene distale. La terapia con citrato di potassio modulare (FEK+%, TTGK%, TrnPO4, Upar, UC) su tutti coinvolti nel meccanismo di acidificazione renale. In questi pazienti con MSK presenta una ipercalcemia da iperparatiroidismo primario (IP) il grado molto severo. La terapia con un Acetilazolo con parzialmente le alterazioni tubulati porta ad un netto miglioramento di rischio metabolico, oltre ad una significativa correzione della ipercalcemia.

Definizione della Richiesta:

Richiesta di trattamento extra-LEA essenziale ed insostituibile da autorizzare in giorni di esenzione dal costo (per i residenti nella ULSS della Regione Veneto in base alla nota prot. 306265/50070202 del 11/06/2001)

Bibliografia:

Long-term treatment with potassium citrate and renal stones in medullary sponge kidney. Clin J Am Soc Nephrol. 2010;9(1):3-1008. Fabris A, Berrich P, Abaturusso C, Mardoriana N, Cianini C, Novati A, Zamboni M, Lupo A, Gambero G Bone disease in Medullary Spongy Kidney and effect of potassium citrate treatment. Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4(12):1874-1879. Fabris A, Lupo A, Gambero G.

REGIONE SICILIANA A.S.P. - CT  
DIPARTIMENTO 5 DEL FARMACO  
05 GEN 2017  
Prot. n. 1468  
ARRIVO

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA - VERONA  
U.O. DI NEFROLOGIA  
DOCTA ANTONIA FABRIS  
VI 4321

Stampato il  
28/06/2016

Timbro dell'Unità Operativa

Firma del medico specialista  
Doctsa Antonia Fabris

Pag. 1 di 1