



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
ASP TRAPANI
VIA MAZZINI, 1 - 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale - P. IVA 02363280815
**DIPARTIMENTO DEL
FARMACO**

REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'EROGAZIONE DEL PRIMO CICLO DI TERAPIA IMMEDIATAMENTE SUCCESSIVO ALLE DIMISSIONI OSPEDALIERE E ALLA VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1) PREMESSA

Il presente documento regola l'erogazione del primo ciclo di terapia (PCT) alle dimissioni ospedaliere e in occasione della visita specialistica ambulatoriale introdotto dall'art.8 della Legge 405/01 regolamentato dalla Regione Sicilia con il D.A. 150 del 12/02/2008.

Successivamente con il D.A. n. 1552 del 26/07/2012 ha esteso a trenta giorni il periodo di durata massima del primo ciclo terapeutico successivo alle dimissioni.

Inoltre, con il D.A. n. 2234/15 recante " *Disposizioni inerenti alla prescrizione di medicinali*" sono state introdotte specifiche indicazioni volte ad ottimizzare la gestione della continuità ospedale-territorio, evitando ai pazienti disagi per l'approvvigionamento dei farmaci.

In particolare, con l'art.1 del suddetto provvedimento è stato disposto che " *al fine di migliorare il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e semplificare l'iter prescrittivo, qualora non sia possibile l'erogazione del primo ciclo di terapia immediatamente successivo al ricovero o a seguito di visita specialistica gli specialistimedici specialisti ambulatoriali interni, i medici ospedalieri devono consegnare agli utenti prescrizioni in modalità dematerializzata o su ricettario SSN, per i medicinali concedibili con oneri a carico del SSN di nuova prescrizione*".

In ultimo con nota Assessoriale prot. N. 55255 del 14/12/2022, sono state fornite le " *linee di indirizzo per l'ottimizzazione della gestione del PCT*"

2) DESTINATARI

I destinatari del presente regolamento sono:

I Direttori/Responsabili delle UU.OO. Ospedaliere;

I Dirigenti Medici Ospedalieri e Ambulatoriali;

I Dirigenti Farmacisti che operano nelle strutture farmaceutiche Ospedaliere /Territoriali;

I Coordinatori Infermieristici e/o i Referenti Infermieristici che operano nelle Unità Operative Ospedaliere;

3) MEDICINALI

Il primo ciclo di terapia si riferisce alle patologie trattate nel corso del ricovero ospedaliero ovvero oggetto della visita specialistica ambulatoriale.

Sono medicinali di fascia A, a carico del SSN.

I Medicinali devono essere prescritti ed erogati nel rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate, secondo l'RCP del prodotto, delle note AIFA, e delle disposizioni Nazionali e Regionali vigenti (PTORS Prontuario Terapeutico Ospedaliero-Territoriale della Regione Sicilia).

4) PRESCRIZIONI

Per la redazione delle prescrizioni, **che sono previste solo per residenti**, i Medici sono tenuti ad utilizzare il modello "allegato A" al presente regolamento e sono tenuti ad indicare

- dati anagrafici dell'assistito;
- diagnosi;
- n. cartella clinica;
- principio attivo del/i farmaco/i prescritto/i;
- eventuale Nota AIFA di riferimento;
- forma farmaceutica;
- dosaggio;
- il numero di unità posologiche;
- posologia e durata di terapia nei limiti sopra indicati;
- in caso di prescrizione di farmaco biologico (es. Insulina lispro, aspart o EBPM e fondaparinux) eventuale motivazione per la scelta di terapia a maggior costo/DDD (ai sensi del D.A.540/14);
- data, timbro e firma leggibile.

LETTERA DIMISSIONI

I quantitativi prescritti devono assicurare un ciclo di terapia non superiore a trenta giorni, tenendo conto del numero di unità posologiche presenti in una confezione ovvero dei relativi multipli.

Sul modulo, ai fini di una corretta imputazione della prestazione è **inoltre indispensabile indicare se trattasi di terapia prescritta alla dimissione dal ricovero ordinario o in day hospital ovvero all'atto della visita specialistica ambulatoriale o day service.**

Per una migliore gestione del percorso assistenziale ospedale-territorio e ambulatorio specialistico-territorio, sulla lettera di dimissione o relazione clinica indirizzata al Medico di Medicina Generale (MMG) o al Pediatra di libera scelta (PLS) del paziente, i Medici devono specificare l'avvenuta erogazione del primo ciclo terapeutico al fine di evitare duplicazioni prescrittive nel periodo post ricovero o di visita.

Il medico prescrittore deve fare pervenire alla Farmacia per la successiva dispensazione, entro le ore 13,00 dei giorni feriali da lunedì a venerdì, il modello A debitamente compilato.

Solo in situazioni del tutto eccezionali e per periodi temporali limitati in cui non sia oggettivamente possibile la dispensazione diretta dei farmaci attraverso il primo ciclo di terapia (es. casi documentati in cui la Farmacia non dispone del medicinale prescritto), in ottemperanza all'art.1 del citato D.A. 2234/2015, il Medico deve consegnare al paziente la prescrizione in modalità dematerializzata o su ricettario SSN, per i medicinali concedibili con oneri a carico del SSN di nuova prescrizione.

5) CASI PARTICOLARI

Con nota Assessoriale prot.31186 del 01/07/2021, sia le Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) per le indicazioni in A-PHT erogate in DPC, ovvero:

Per la profilassi della Trombosi Venosa Profonda e continuazione della terapia iniziata in ospedale, sia dopo intervento ortopedico maggiore, che dopo intervento di chirurgia generale maggiore, che il Fondaparinux, classificato in A-PHT e distribuito in DPC, per tutte le indicazioni autorizzate, devono essere erogate con il primo ciclo di terapia.

Solo qualora il trattamento dovesse proseguire per un periodo superiore a quello coperto con le confezioni erogate dopo la dimissione si può proseguire con l'erogazione in DPC.

È altresì possibile prescrivere le specialità medicinali, di fascia A, appartenenti alla Tab. dei Medicinali Sez D, di cui al DPR 309/90, utilizzate nella terapia del dolore.

È invece vietato prescrivere in Primo Ciclo, specialità medicinali erogabili attraverso il canale della DPC (escluso i casi particolari).

Con nota Assessoriale prot.27467 del 24/05/2022, l'Albumina prescritta ai sensi della Nota Aifa 15 e con PT (allegato B) può essere prescritta dalle UU.OO di Geriatria, Medicina Interna, Gastroenterologia, Chirurgia e Nefrologia e dispensata con il primo ciclo di terapia.

6) DISPENSAZIONE

I Dirigenti Farmacisti delle Farmacie Ospedaliere/Territoriali verificano l'appropriatezza della prescrizione segnalando al medico prescrittore eventuali incongruenze per le relative rettifiche.

Erogano, direttamente all'assistito, ovvero ad un suo familiare incaricato, quanto prescritto.

Qualora sia necessario procedere allo sconfezionamento dei medicinali da erogare, in relazione alla durata del primo ciclo di terapia, è necessario che il farmaco dispensato sia accompagnato da una copia del foglietto illustrativo con l'indicazione del lotto di produzione e la data di scadenza.

All'atto della dispensazione del farmaco sconfezionato, il Dirigente Farmacista deve informare il paziente sulla necessità di conservare il foglietto illustrativo, al fine della verifica di lotto e scadenza in caso di comparsa di reazioni avverse da farmaco o in presenza di alterazioni del prodotto erogato.

Sarà cura del Dirigente Farmacista responsabile della dispensazione far firmare per ricevuta il paziente o familiare incaricato avendo cura di riportare i dati del documento di riconoscimento nello spazio dedicato, ed inoltre rilasciare:

- una copia del modulo A all'utente raccomandando di presentarla al medico curante (MMG o PLS) in occasione della prima visita;
- trasmettere una copia all'U.O. prescrittrice, quale documentazione da includere nella cartella clinica;
- trattenere la restante copia per gli atti della farmacia.

Al fine di facilitare la dispensazione del primo ciclo di terapia, ove necessario, la Farmacia Ospedaliera predispone l'erogazione dei farmaci prescritti direttamente al reparto per la successiva consegna al paziente.

Se il medico prevede la dimissione del paziente nei giorni o nelle ore di chiusura della Farmacia Ospedaliera, dovrà concordare con il Farmacista la terapia che intenderà prescrivere alla dimissione, in modo che possa arrivare al Reparto un pacchetto con la terapia personalizzata.

La prestazione non è soggetta al pagamento del ticket.

7) MONITORAGGIO

Ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica, la registrazione dei dati è eseguita attraverso la funzione "PCT" del sistema informatico AREAS menù EDF, inserendo nel campo relativo al tipo di erogazione diretta il codice "01" in caso di dimissioni dal ricovero (regime ordinario e day-hospital), il codice "02" in caso di visita specialistica.

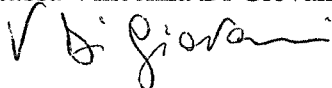
8) ASPETTI ORGANIZZATIVI DEMANDATI AL SINGOLO OSPEDALE

I Direttori Sanitari di Presidio dovranno portare a conoscenza del presente regolamento i Medici e il Coordinatore e/o il Referente Infermieristico di ciascuna Unità Operativa sia mediante formale notifica che attraverso apposite riunioni.

I Direttori/Responsabili dell'U.O. Farmacia predispongono e forniscono alle UU.OO. Mediche il Prontuario dei medicinali disponibili nel P.O. di pertinenza per l'erogazione del PCT; segnalano al Direttore Sanitario di presidio eventuali criticità nell'adesione al presente regolamento da parte delle UU.OO. Mediche, allo scopo di apportare le opportune misure organizzative.

Il Direttore del Dipartimento del Farmaco

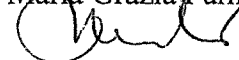
Dott.ssa Vincenza Di Giovanni



PER APPROVAZIONE

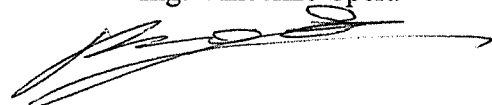
Il Direttore Sanitario

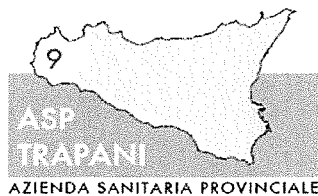
Dott.ssa Maria Grazia Furnari



Il Commissario Straordinario

Ing. Vincenzo Spera





Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

Scheda di primo ciclo di terapia

P.O. _____

U.O. _____

Ricovero ordinario Day Hospital Ambulatorio Day Service

Cartella Clinica/SDO _____

Dati Assistito	Codice Fiscale _____	ASP _____
Cognome _____	Nome _____	Data di Nascita _____
Sesso: M F		
Residente in _____	Via _____	Prov _____
Domiciliato in _____	Via _____	Prov _____

Diagnosi _____

PRESCRIZIONE (riservata al Medico)					
Principio attivo	Forma farmaceutica e dosaggio	Posologia	Durata	Nota AIFA/PT	Concedibile a carico del SSN (SI /NO)
<p>In caso di 1° prescrizione di farmaco biologico a maggior costo di terapia indicare la motivazione ai sensi della del DA 540/14</p>					
Motivazione:					

Codice di Esenzione (barrare se non esente) _____

Timbro e firma del Medico richiedente

Data Prescrizione

EROGAZIONE (riservata al Farmacista)			
Specialità consegnata _____ Quantità _____			
Specialità consegnata _____ Quantità _____			
Specialità consegnata _____ Quantità _____			
Specialità consegnata _____ Quantità _____			

Timbro e firma del Farmacista Ospedaliero/Territoriale

Data

- *Delle tre copie della presente scheda, completa dei dati relativi alla spedizione:*
- **una deve essere consegnata al paziente, per il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità terapeutica e della riconciliazione farmacologica, al fine di evitare sovrapposizioni di prescrizioni;**
- **un'altra deve essere inviata all'UO di provenienza dal paziente affinché venga archiviata in cartella clinica;**
- **la terza copia rimane alla Farmacia Ospedaliera**

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI ALBUMINA

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata ⁽¹⁾

Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___

Indirizzo _____ Tel. _____

ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco:

- dopo paracentesi evacuativa a largo volume nella cirrosi epatica;
- grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento (ad es. intestino corto post-chirurgico o da proteino-disperzione), non responsiva a un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia e in particolare a segni clinici di ipovolemia.

Farmaco prescritto (indicare il principio attivo) _____

Nota AIFA _____ Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____

Numero confezioni per P.T. _____

Annotazioni _____

Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo ___/___/___

Data ___/___/___

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore. In caso di prescrizioni non conformi alle indicazioni riportate in scheda tecnica, di farmaci non inseriti nel P.T.O.R.S., e se non individuati quali Centri prescrittori, il costo della terapia sarà addebitato al Medico prescrittore.

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O BIOSIMILARE
A MAGGIORE COSTO**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____

Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto _____

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Durata prevista per il trattamento _____

Prima prescrizione Prosecuzione del Trattamento

Reparto D.H. Ambulatorio

Data _____

Firma e timbro Medico prescrittore

