

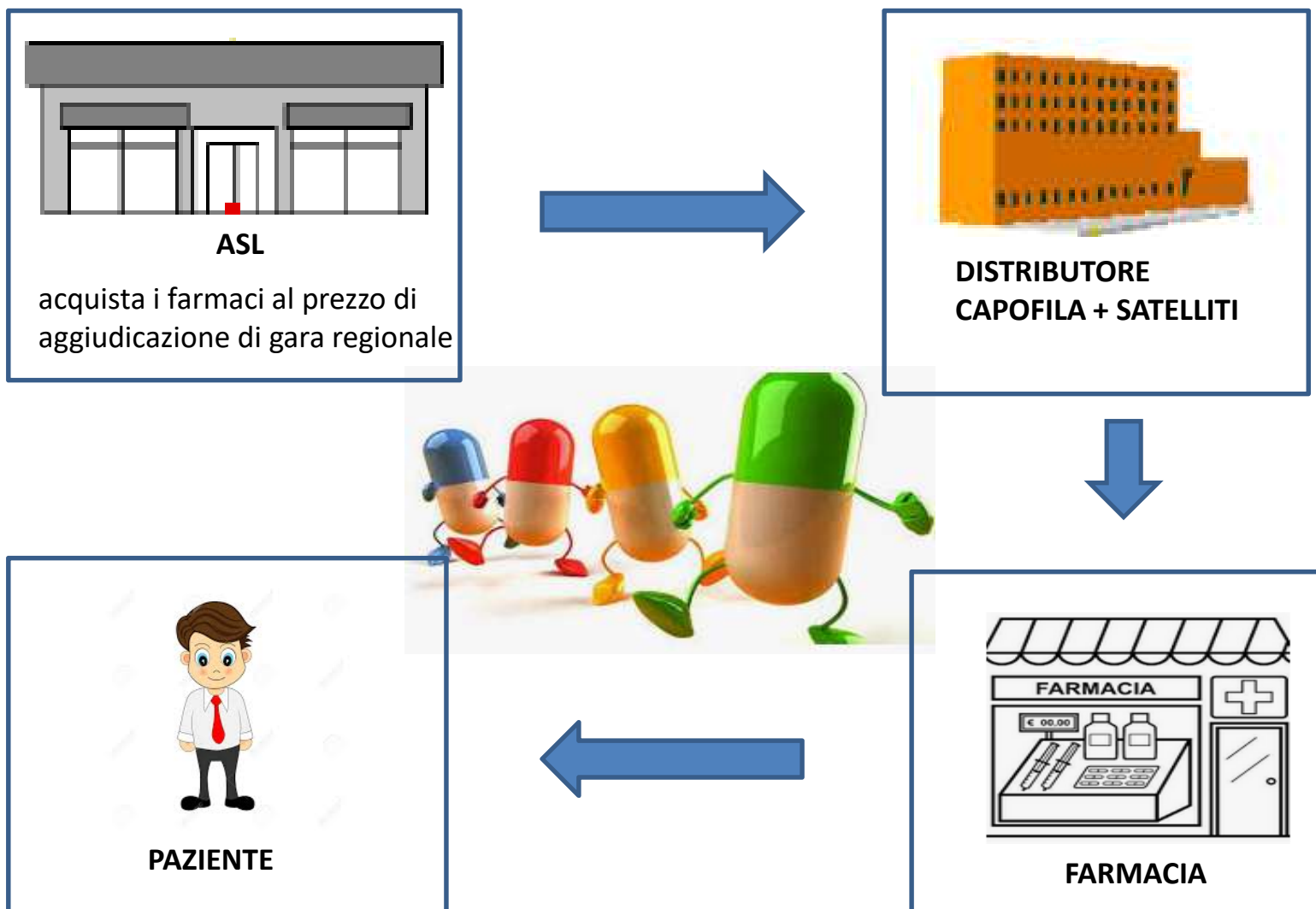
DPC

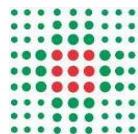
VADEMECUM PER IL FARMACISTA

- **Applicazione Accordo Regionale DPC:**
 - **Lista Unica DPC**
 - **Regolamento DPC Regionale (Destinatari, regole di dispensazione)**
- **Semplificazione della prescrizione: ricetta DEMA DPC**
- **Gestione ricetta DPC sul Portale Web DPC**
- **Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari in DPC**
- **Circolare 18: Eccezioni alla sostituibilità dei farmaci e brevetto scaduto erogati in DPC**
- **Farmaci in DPC soggetti a Piano Terapeutico (PT)**
- **Dispensazione dei NAO in DPC - Nota AIFA 97**
- **Gestione ministock e resi farmaci in DPC**



DISTRIBUZIONE PER CONTO





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC) IN EMILIA ROMAGNA



DOCUMENTO TECNICO ATTUATIVO

DEL PROTOCOLLO D'INTESA FARMACIE
SOTTOSCRITTO TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E ASSOCIAZIONI DI
CATEGORIA DEI FARMACISTI
IN TEMA DI

- nuovi modelli di assistenza farmaceutica territoriale
- omogeneità quali-quantitativa farmaci in DPC
- servizi farmaCUP e attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- percorsi sperimentali distributivi per dispositivi medici monouso

PER GLI ANNI 2019- 2020

(DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N.329/2019)



Lista Unica DPC Regionale

Accordo prorogato fino al
30/06/2021

LISTA UNICA DPC (1)

in vigore dal 10/01/2020 e successivi aggiornamenti

CLASSE	PRINCIPIO ATTIVO	ATC5	PT
ANTIDIABETICI	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	A10AB04	
	INSULINA ASPART	A10AB05	
	INSULINA GLULISINA	A10AB06	
	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB/INSULINA LISPRO PROTAMINA	A10AD04	
	INSULINA ASPART SOLUBILE/INSULINA ASPART PROTAMINO CRISTAL	A10AD05	
	INSULINA GLARGINE	A10AE04	
	INSULINA DETEMIR	A10AE05	
	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD05	
	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE	A10BD06	
	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD07	PT
	VILDAGLIPTIN/METFORMINA	A10BD08	PT
	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD10	PT
	METFORMINA CLORIDRATO/LINAGLIPTIN	A10BD11	PT
	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BG03	
	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	A10BH01	PT
	VILDAGLIPTIN	A10BH02	PT
	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO	A10BH03	PT
	LINAGLIPTIN	A10BH05	PT
	EXENATIDE	A10BJ01	PT
	LIRAGLUTIDE	A10BJ02	PT
ANTITROMBOTICI	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05	
	PARNAPARINA SODICA	B01AB07	
	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO	B01AC04	
	CLOPIDOGREL CLORIDRATO	B01AC04	
	PRASUGREL CLORIDRATO	B01AC22	PT
	PRASUGREL BESILATO	B01AC22	PT
	TICAGRELOR	B01AC24	PT
	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	B01AE07	PT
	RIVAROXABAN	B01AF01	PT
	APIXABAN	B01AF02	PT
	EDOXABAN TOSILATO	B01AF03	PT
	FONDAPARINUX SODICO	B01AX05	
ERITROPOIETINE	EPOETINA ALFA	B03XA01	PT
	EPOETINA ZETA	B03XA01	PT
DERMATOLOGICI	IMIQUIMOD	D06BB10	PT
	TACROLIMUS MONOIDRATO	D11AH01	PT
NOTA 39	SOMATROPINA	H01AC01	PT
ORMONI IPOFISARI	DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO	H01BA02	
	DESMOPRESSINA ACETATO	H01BA02	
NOTA 40	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02	PT
	LANREOTIDE ACETATO	H01CB03	PT

N.B. LE INSULINE
PRESENTI IN ELENCO
DPC NON SONO
SOGGETTE A PT

LA SCELTA DEI FARMACI
DA PORRE IN DPC
AVVIENE ALL'INTERNO
DELL'INTESA REGIONE -
ASSOCIAZIONI DI
CATEGORIA

LISTA UNICA DPC (2)

in vigore dal 10/01/2020 e successivi aggiornamenti

CLASSE	PRINCIPIO ATTIVO	ATC5	PT
NOTA 84	VALACICLOVIR CLORIDRATO	J05AB11	
NOTA 51	BUSERELIN ACETATO	L02AE01	PT
	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02	PT
	GOSERELIN ACETATO	L02AE03	PT
	TRIPTORELINA	L02AE04	PT
	TRIPTORELINA EMBONATO	L02AE04	PT
ONCOLOGICI	FLUTAMIDE	L02BB01	
	BICALUTAMIDE	L02BB03	
	ANASTROZOLO	L02BG03	
	LETROZOLO	L02BG04	
	EXEMESTANE	L02BG06	
	DEGARELIX ACETATO	L02BX02	PT
	LEFLUNOMIDE	L04AA13	PT
IMMUNOSPPRESSORI	CICLOSPORINA	L04AD01	
	LAMOTRIGINA	N03AX09	
ANTIEPILETTICI	TOPIRAMATO	N03AX11	
	GABAPENTIN	N03AX12	
	LEVETIRACETAM	N03AX14	
	LACOSAMIDE	N03AX18	
	PERAMPANEL	N03AX22	PT
ANTIPARKINSON	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03	PT
	MELEVODOPA CLORIDRATO/CARBIDOPA IDRATA	N04BA05	PT
	ROPINIROLO CLORIDRATO	N04BC04	
	PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO	N04BC05	
	APOMORFINA CLORIDRATO	N04BC07	
	ROTIGOTINA	N04BC09	PT
	RASAGILINA MESILATO	N04BD02	PT
	SAFINAMIDE METANSOLFONATO	N04BD03	PT
	TOLCAPONE	N04BX01	PT
	ENTACAPONE	N04BX02	PT
ANTIPSICOTICI	OPICAPONE	N04BX04	PT
	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	N05AE04	
	LURASIDONE CLORIDRATO	N05AE05	
	CLOZAPINA	N05AH02	PT
	OLANZAPINA*	N05AH03	
	QUETIAPINA FUMARATO*	N05AH04	
	ASENAPINA MALEATO	N05AH05	
	RISPERIDONE*	N05AX08	
	ARIPIRAZOLO*	N05AX12	
	PALIPERIDONE	N05AX13	
NOTA 85	CARIPRAZINA CLORIDRATO	N05AX15	
	DONEPEZIL CLORIDRATO MONOIDRATO	N06DA02	PT
	RIVASTIGMINA	N06DA03	PT
	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	N06DA03	PT
	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04	PT
	MEMANTINA CLORIDRATO	N06DX01	PT

* farmaci a brevetto scaduto che possono essere soggetti a variazioni (sostituzioni di di marca)

*PT SOLO PER DISTURBI PSICOTICI NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

**I FARMACI A BREVETTO
SCADUTO**
DELLA LISTA UNICA DPC
POSSONO ESSERE
SOGGETTI A VARIAZIONI
DI DITTA
SULLA BASE DELLE
**AGGIUDICAZIONI DI GARA
REGIONALE**

CITTADINI ASSISTITI
NELLA REGIONE EMILIA
ROMAGNA, RESIDENTI O
DOMICILIATI CON SCELTA
DEL MEDICO

DESTINATARI



CITTADINI RESIDENTI E
DOMICILIATI CON
SCELTA DEL MEDICO IN
ALTRE REGIONI *

DPC

CITTADINI STRANIERI
NON ISCRITTI AL SSN:

- ❖ TEMPORANEAMENTE PRESENTI SUL TERRITORIO (**STP**),
- ❖ PROVENIENTI DALL'UE (AD OGGI DA ROMANIA E BULGARIA) MA PRIVI DI COPERTURA SANITARIA NEL LORO STATO DI ORIGINE (**ENI**)
- ❖ CON PERMESSO DI SOGGIORNO TEMPORANEO PER MOTIVI UMANITARI (**PSU**)

TALI CITTADINI STRANIERI DEVONO ESSERE IN POSSESSO DI **APPOSITO TESSERINO IN CORSO DI VALIDITA' (RINNOVABILE OGNI 6 MESI)**

*

VEDI CIRCOLARITA' RICETTA DEMA - DPC

EMERGENZA COVID-19

SEMPLIFICAZIONE DELLA PRESCRIZIONE: RICETTA DEMA-DPC 1

DAL 10/03/2020

la **ricetta DEMA** e' stata estesa **a tutti i farmaci** della **DPC**.

La ricetta DEMA-DPC riporta la dicitura "contiene farmaco/i in DPC"



Form of a DEMA-DPC prescription form. It includes fields for patient name and surname, date of birth, sex, address, and a table for prescriptions. The form is titled 'RICETTA ELETTRONICA/PROMEMORIA PER L'ASSISTITO'.

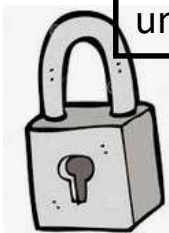
DAL 01/04/2020

l'assistito per il ritiro dei farmaci prescritti su ricetta DEMA-DPC esibisce solo
la Tessera Sanitaria



Il farmacista recupera la prescrizione sul gestionale SAR/SAC.

Se la ricetta contiene un farmaco gestito a ministock spedisce la ricetta, se il farmaco deve essere prenotato, blocca la ricetta sul gestionale così che la stessa ricetta non possa essere spedita da un'altra farmacia!!!!



N.B.: L'apertura delle ricette DEMA da parte del farmacista all'insaputa del cittadino è una VIOLAZIONE perseguibile penalmente!!!

EMERGENZA COVID-19

SEMPLIFICAZIONE DELLA PRESCRIZIONE: RICETTA DEMA-DPC 2

Il farmacista provvede alla normale gestione del farmaco sul Portale WEBDPC inserendo il numero NRE della Ricetta DEMA-DPC nello spazio riservato al codice regionale e al codice ricettario

La ricetta DEMA deve contenere i formalismi / le informazioni richieste dalla normativa (es. clausola di non sostituibilità, conta leucocitaria per clozapina, etc...)



Il farmacista eroga il medicinale, stampa il promemoria della ricetta DEMA-DPC e vi appone sopra i fustelli con bollino “confezione ospedaliera”. Il promemoria DEMA-DPC viene gestito separatamente rispetto alla farmaceutica convenzionata SSN.

DISPENSAZIONE IN DPC A PAZIENTI RESIDENTI IN ALTRE REGIONI: CIRCOLARITA' RICETTA DEMA - DPC



Decreto 25 marzo 2020 “Estensione della dematerializzazione delle ricette e dei piani terapeutici e modalità alternative al promemoria cartaceo della ricetta elettronica” consente di utilizzare ricette DEMA di farmaci in DPC a prescindere dalla regione di prescrizione o di assistenza del cittadino.

MODALITA' EROGAZIONE RICETTA DEMA - DPC NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA			
	FARMACO <u>IN DPC IN EMILIA ROMAGNA E IN DPC NELLA REGIONE DI PROVENIENZA</u>	FARMACO <u>IN DPC IN EMILIA ROMAGNA E NON IN DPC NELLA REGIONE DI PROVENIENZA</u>	FARMACO <u>NON IN DPC IN EMILIA ROMAGNA E IN DPC NELLA REGIONE DI PROVENIENZA</u>
ASSISTITO RESIDENTE O DOMICILIATO IN EMILIA ROMAGNA	DPC	DPC	SSN
ASSISTITO RESIDENTE FUORI REGIONE	DPC	DPC	SSN

IL PORTALE WEBDPC RICONOSCE I CODICI NRE DELLE DEMA-DPC ANCHE DI ALTRE REGIONI!!!!

ESEMPI RICETTE DEMA DI ALTRE REGIONI

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

REGIONE LAZIO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
JENTADUETO*56CPR RIV2,5+1000MG	1	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

IL FARMACO PRESCRITTO NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA E' DISPONIBILE IN DPC, PERTANTO, IL FARMACISTA EROGA IL FARMACO IN DPC

DPC

IL FARMACO PRESCRITTO NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA NON E' DISPONIBILE IN DPC E NON E' UN FARMACO CEF, PERTANTO, IL FARMACISTA EROGA IL FARMACO IN CONVENZIONATA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

REGIONE MARCHE

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
CALCIPARINA*10 SIR 5000UI 0,2 ML	1	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

SSN

PAZIENTI NON RESIDENTI IN ER: CASI PARTICOLARI (1)

D: Ricette rosse (della Regione Emilia Romagna) di farmaci in DPC nella nostra Regione rilasciate dalla guardia medica a paziente di altra Regione

R: Come per le DEMA, **vale la circolarità della ricetta anche per le ricette rosse**, pertanto il farmacista dispensa il farmaco in DPC

D: Ricette DEMA redatte da medico di altra Regione di farmaco in DPC che in ER richiede particolari formalismi (es: non sostituibilità per continuità terapeutica per antiepilettici), in assenza della dicitura prevista

R: Il farmacista **dispensa il farmaco prescritto** in DPC (se disponibile) o in convenzionata (se non disponibile in DPC) in quanto il medico di altra regione non può essere a conoscenza dei formalismi richiesti per la non sostituibilità in ER

D: Ricette DEMA di Clexane prescritte da medico di altra regione a paziente non residente in ER

R: **Il farmacista eroga Clexane** ed invia copia della ricetta al Servizio Farmaceutico



PAZIENTI NON RESIDENTI IN ER: CASI PARTICOLARI (2)

D: Ricetta di farmaco brand non disponibile in DPC (es. Femara®) prescritta da medico di altra regione a paziente non residente in ER con indicazione di non sostituibilità

R: Se il paziente permane per breve periodo in ER si eroga Femara® in SSN.
Se il paziente permane a lungo in ER e fa la scelta del MMG si applica la Circolare 18 con autorizzazione AUSL dalla erogazione successiva, se i tempi sono ristretti

D: Ricetta DEMA prescritta da medico di altra Regione di farmaco in DPC soggetto a PT es. NAO a paziente di altra Regione

R: Il farmacista cerca di recuperare copia del PT AIFA (se presente), se il paziente ne è sprovvisto eroga in DPC annotando sulla ricetta l'impossibilità di recuperare il PT.



DISPENSAZIONE IN DPC – N° CONFEZIONI

1) IN ASSENZA DI CODICE PATOLOGIA: EROGARE MAX 2 CONFEZIONI PER COPRIRE 60 GIORNI DI TERAPIA

2) IN PRESENZA DI CODICE ESENZIONE PER PATOLOGIA: EROGARE MAX 3 CONFEZIONI PER COPRIRE 60 GIORNI DI TERAPIA



NEL CASO IN CUI IL MEDICO COMPILI PIU' DI 1 RICETTA PER LO STESSO FARMACO
IL FARMACISTA DEVE VERIFICARE CHE NON VENGANO SUPERATI
I 60 GIORNI DI TERAPIA!!!!

3) PER FARMACI A RELINE TRIMESTRALE/SEMESTRALE: EROGARE MAX 1 CONFEZIONE

ESEMPIO 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
XARELTO*28CPR RIV 20MG	2		
QUESITO DIAGNOSTICO: N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE: Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011			

**NO Esenzione per patologia:
 max 2 confezioni!!!**

ESEMPIO 2

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
HUMALOG*KWIKPEN 100U/ML	4		
QUESITO DIAGNOSTICO: N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE: Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011			

**Esenzione per patologia:
 max 3 confezioni!!!**

ESEMPIO 3

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
ENANTONE*IM SC SIR11,25MG/MLRP	2		
QUESITO DIAGNOSTICO: N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE: Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011			

**Formulazione trimestrale:
 max 1 confezione!!!**

DISPENSAZIONE IN DPC- COSA EROGARE

**FARMACI A
BREVETTO
SCADUTO**

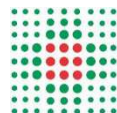


SALVO LE ECCEZIONI PREVISTE,
**IL FARMACISTA EROGA IL FARMACO
DISPONIBILE IN DPC INDIPENDENTEMENTE
DALLA MARCA PRESCRITTA**
(A PARITA' DI PRINCIPIO ATTIVO, FORMA
FARMACEUTICA, DOSAGGIO)

**FARMACI
BIOSIMILARI**



IL FARMACISTA VERIFICA CHE SULLA RICETTA
SIA INDICATO
IL NOME DELLA SPECIALITA' MEDICINALE
(NON E' SUFFICIENTE IL PRINCIPIO ATTIVO).
**IL FARMACISTA NON PUO' EFFETTUARE LA
SOSTITUZIONE AUTOMATICA** CON ALTRO
FARMACO BIOLOGICO/BIOSIMILARE
(VEDI PERCORSO PER ENOXAPARINA)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

		010A2		4000001005	
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:					
INDIRIZZO: VIA		CAP:	CITTA':	PROV:	
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):		
PRESCRIZIONE			QTA	NOTA	
ZYPREXA 28CPR RIV 10MG			2		
DISPENSARE OLANZAPINA 28 CPR 10 MG!!					

QUESITO DIAGNOSTICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

ESEMPIO PRESCRIZIONE FARMACO A BREVETTO
SCADUTO: DISPENSARE FARMACO DISPONIBILE
IN DPC

ESEMPIO PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO: OCCORRE RIPORTARE IL NOME PER INTERO DEL
MEDICINALE E NON SOLO IL PRINCIPIO ATTIVO!!!!

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

		010A2		4000001005	
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:					
INDIRIZZO: VIA		CAP:	CITTA':	PROV:	
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):		
PRESCRIZIONE			QTA	NOTA	
INHIXA*10SIR 4000UI 0,4ML			2		

QUESITO DIAGNOSTICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

		010A2		4000001005	
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:					
INDIRIZZO: VIA		CAP:	CITTA':	PROV:	
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):		
PRESCRIZIONE			QTA	NOTA	
ENOXAPARINA*10SIR 4000UI 0,4ML			2		

QUESITO DIAGNOSTICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: CODICE FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

ENOXAPARINA

ENOXAPARINA						
A) PRESCRIZIONE	INHIXA TUTTI I DOSAGGI	CLEXANE 4.000 UI		CLEXANE ALTRI DOSAGGI		
B) FILIERA	DPC CON MINISTOCK	DPC SENZA MINISTOCK		DISTRIBUZIONE DIRETTA		
C) DISPENSAZIONE	1) disponibile in confezionamento da 10 SIRINGHE	1) contattare medico prescrittore per verificare l'opportunità di ricondurre al biosimilare INHIXA, tramite nuova prescrizione		1) contattare medico prescrittore per verificare l'opportunità di ricondurre al biosimilare INHIXA, tramite nuova prescrizione		
						
		SI NUOVA PRESCRIZIONE INHIXA	NO CONFERMTA PRESCRIZIONE CLEXANE	SI NUOVA PRESCRIZIONE INHIXA	NO CONFERMTA PRESCRIZIONE CLEXANE	
	2) erogare ciclo di cura completo, con un numero di siringhe pari o di un numero minimo eccedente rispetto a quello totale prescritto dal medico	2) erogare ciclo completo di cura con INHIXA in DPC	2) erogare ciclo completo di cura con CLEXANE in DPC		2) erogare ciclo completo di cura con INHIXA in DPC	2) avviare alla AUSL per l'erogazione del ciclo completo di cura in DD
			3) inviare copia ricetta al Servizio Farmaceutico, con annotazione a giustificazione			
			CLEXANE IN CONVENZIONATA: in situazioni di comprovata urgenza (es. turno notturno, festivo) e con annotazione del Farmacista è consentita anche la dispensazione di UNA SOLA CONFEZIONE di Clexane ANCHE nel caso in cui il paziente sia in possesso di ricetta da più confezioni o più ricette per lo stesso farmaco.			

DISPENSAZIONE IN DEROGA ALLA DPC (1) (OVVERO IN CONVENZIONATA)

QUANDO



**SOLO IN PRESENZA DI VALIDA
MOTIVAZIONE E DOCUMENTAZIONE!**

MOTIVAZIONI	MODALITA' OPERATIVA
<u>1)FARMACO DPC MANCANTE</u> PRESSO ALMENO 2 FORNITORI (di cui 1 è SEMPRE il capofila per l'area di riferimento)	IL FARMACISTA <u>STAMPA LA NOTIFICA DI MANCANTE DALLA WEBDPC</u> CHE RIPORTA IL NUMERO NRE DELLA DEMA E APPONE IN ALTO A DESTRA LA DATA DI EROGAZIONE E IL N° DI FOGLIO DI REGISTRO SUL QUALE APPLICA I FUSTELLI. LA RICETTA VIENE CHIUSA SUL SAR/SAC. LA NOTIFICA DI MANCANTE DEVE ESSERE CONSEGNATA ALL' U.O. AFT IN BUSTA SEPARATA. E' POSSIBILE <u>SPEDIRE SOLO 1 RICETTA IN CONVENZIONATA.</u>
<u>2)FARMACO URGENTE</u> E NON PRESENTE IN QUEL MOMENTO IN FARMACIA	IL FARMACISTA <u>ANNOTA E MOTIVA L'URGENZA</u> (compresa DATA, ORA) SUL PROMEMORIA CARTACEO DELLA RICETTA DEMA – DPC E <u>SPEDISCE SOLO 1 CONFEZIONE IN SSN.</u>

DISPENSAZIONE IN DEROGA ALLA DPC (2) (OVVERO IN CONVENZIONATA)

NOTA BENE!

In caso di farmaci temporaneamente mancanti (es. momentanea indisponibilità da parte della ditta aggiudicataria e di eventuali altre ditte presenti sul territorio nazionale, con unica possibilità di importazione dall'ESTERO **es. COMTAN**), cosa fa il farmacista?

Il farmacista eroga in convenzionata una sola confezione e prende contatti con il farmacista ospedaliero per ricondurre il paziente alla erogazione in Distribuzione Diretta come previsto dalla normativa.

0049181-30/04/2020-AIFA-AIFA_PQ_PhCC-P

PQ-PhCC/OTB/DDG

 **AIFA**
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO
Ufficio Qualità dei Prodotti
e Contrasto al Crimine Farmaceutico

Roma,

Alla Spett.le **ORION Pharma S.r.l.**
Via San Gregorio 34,
20124 Milano
p.c.

Alla Spett.le **GB Pharma Group**
via Cesare Ferreri, 11
27100 Pavia
e

Agli Assessorati alla Sanità presso
le Regioni e le Province Autonome
LORO SEDI

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ALL'IMPORTAZIONE DEL MEDICINALE "COMTAN®
(entakapon) 200mg filmlibretto -100 db filmlibretto"

Si trasmette in copia la determinazione AIFA PQ-PhCC/N. 159/2020 del 30/04/2020,
con la quale la **Orion Corporation** legale rappresentante in Italia **Orion Pharma S.r.l.** è
stata autorizzata ad importare il medicinale in oggetto.

Il medicinale dovrà essere fornito alle strutture sanitarie ed ospedaliere richiedenti, senza apportare modifiche al prezzo di vendita in Italia del medicinale "COMTAN® (entacapon) 200 mg compresse rivestite con film – 100 compresse (A.I.C. 034231035/E)" e mantenendo inalterate le eventuali condizioni negoziali.

La presente autorizzazione all'importazione, che consente la fornitura del prodotto importato, ha validità di mesi **SEI (6)**, rinnovabili, e potrà essere revocata in qualsiasi momento per motivazioni, circostanze e fattori diversi dagli attuali, che potrebbero determinarsi per variazioni dello stato di carenza o che potrebbero risultare in contrasto con gli interessi della collettività e la tutela della salute pubblica.

Roma, 30 Aprile 2020

Il Dirigente
Domenico Di Giorgio

1) ESEMPIO DI FARMACO DPC MANCANTE PRESSO ALMENO 2 FORNITORI (di cui 1 DEVE ESSERE SEMPRE il capofila per l'area di riferimento)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 1

CODICE 010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: **PINCO PALLO**

INDIRIZZO VIA: **048** CAP: CITTÀ: PROV:

ESENZIONE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.P.):

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S.H):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
RETACRIT*1SIR 40000UI 1ML	3	

QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: **10/04/2021**

CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 2

CODICE 010A2 4000001005

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: **PINCO PALLO**

INDIRIZZO VIA: **048** CAP: CITTÀ: PROV:

ESENZIONE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.P.):

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S.H):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
RETACRIT*1SIR 40000UI 1ML	3	

QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: **10/04/2021**

CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Regione Emilia-Romagna

Piano Terapeutico

Richiesta per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

Unità Operativa del medico prescrivente: _____

Nome e Cognome del medico prescrivente: _____ Tel.: _____

Paziente (nome e cognome): **PINCO PALLO** Età: _____

Sesso: **M** **F** **A** Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____ Tel.: _____

AUSL di residenza: _____ Medico curante: _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: _____

Farmaco prescritto: **RETACRIT*1SIR 40000UI 1ML**

Posologia: **1 FIALA OGNI 10 GIORNI**

Durata del trattamento prevista fino al: _____ (formato giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

Prima prescrizione di: _____ Prescrizione auto di: _____

Data controllo previsto per: _____ (formato giorno mese anno)

Sospensione del trattamento: _____

Motivo della sospensione: **10/04/2022**

Data della sospensione: _____ (formato giorno mese anno)

Data: **10/04/2021**

Titolo e firma del medico prescrivente: _____

IL FARMACISTA DOPO AVER VERIFICATO CHE LA PRESCRIZIONE SU RICETTA SIA COERENTE CON IL PT E CHE LA TERAPIA PRESCRITTA NON SUPERI I 60 GIORNI, IN BASE ALLA POSOLOGIA SU PT, VERIFICA LA DISPONIBILITA' DEL PRODOTTO SUL PORTALE WEBDPC.

SE LA DISPONIBILITA' SUL PORTALE WEBDPC E' DI ALMENO 1 CONF, IL SISTEMA WEBDPC CONSENTE DI STAMPARE LA NOTIFICA DI MANCANTE MA CIO' NON GIUSTIFICA CHE SI DEBBA PROCEDERE AD EROGARE IN CONVENZIONATA SENZA AVER FATTO LE SEGUENTI VALUTAZIONI:

- 1) IL PZ CON 1 CONF dpc è COPERTO 10 GIORNI
- 2) IL CARATTERE DI URGENZA PER EVADERE 5 CONF IN CONVENZIONATA NON SUSSISTE IN BASE ALLO SCHEMA POSOLOGICO DEL PT E I MAGAZZINI DPC sono SEMPRE IN GRADO ENTRO MAX 5 GIORNI LAVORATIVI DI REPERIRE IL FARMACO DPC.

IN CASO DI INDISPONIBILITA' DEL PRODOTTO IL FARMACISTA **SPEDISCE SOLO 1 RICETTA IN SSN ALLEGANDO LA NOTIFICA DI MANCANTE GENERATA DAL PORTALE WEBDPC.**

EVENTUALI ALTRE RICETTE VERRANNO SPEDITE IN DPC NON APPENA IL FARMACO TORNERA' DISPONIBILE .

N.B.: IL MAGAZZINO CAPOFILA VIENE RIFORNITO SETTIMANALMENTE!!!!!!

Regione Emilia Romagna

Piano Terapeutico
Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

Unità Operativa del medico prescrittore _____
 Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____
 Paziente (nome e cognome): **PINCO PALLO** Età _____
 Sesso M F Codice Fiscale _____
 Indirizzo _____ Tel. _____
 AUSL di residenza _____ Medico curante _____
 Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: _____

Farmaco prescritto: RETACRIT*1SIR 40000UI 1ML
Potenzio: 1 FIALA OGNI 10 GIORNI
 Durata del trattamento prevista fino al ____/____/____ (formato giorno mese anno)
 Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

 Primo prescrizione a _____ Prosecuzione cura a _____
 Data controllo prevista per: ____/____/____ (formato giorno mese anno)
 Sospensione del trattamento: _____
 Motivo della sospensione: _____
 Data della sospensione: **10/04/2022** (formato giorno mese anno)
10/04/2021
 Data _____ Titolo e firma del medico prescrittore _____



**ATTENZIONE
AL
DOSAGGIO!!!!**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: **PINCO PALLO**

INDIRIZZO VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
RETACRIT*1SIR 4000UI 1ML	2	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____
 Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

2) ESEMPIO DI FARMACO URGENTE (1)

IL PAZIENTE SI RECA IN FARMACIA IL SABATO POMERIGGIO CON LA RICETTA RILASCIATA DALLA GUARDIA MEDICA IN QUANTO HA TERMINATO LE PENNE DI HUMALOG

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
EMILIA ROMAGNA		010A2	4000001005
COSNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE			QTA
HUMALOG*KWIKPEN 100U/ML			2
FARMACO URGENTE			
In base alla scheda tecnica la confezione contiene 5 penne per un totale di 1500 UI di insulina. Ogni penna contiene 300ui di insulina			
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:			
DATA:			
CODICE AUTENTICAZIONE:			
CODICE FISCALE DEL MEDICO:			GUARDIA MEDICA

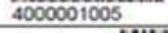
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

RICETTA DEMA REGIONE EMILIA ROMAGNA :

IL FARMACISTA, VISTA L'URGENZA, qualora il Farmaco DPC NON sia PRESENTE IN QUEL MOMENTO IN FARMACIA (es. farmaco non gestito a ministock, oppure farmaco gestito a ministock ma con ministock esaurito) **DECLASSA LA RICETTA E DISPENSA SOLO 1 CONFEZIONE IN CONVENZIONATA ATTACCANDO LA FUSTELLA SUL PROMEMORIA MOTIVANDO E CIRCOSTANZIANDO L'URGENZA (compresa DATA, ORA).**

2) ESEMPIO DI FARMACO URGENTE (2)

IL PAZIENTE RESIDENTE IN ALTRA REGIONE SI RECA IN FARMACIA IL SABATO POMERIGGIO CON LA PRESCRIZIONE RILASCIATA DAL SUO MEDICO E DICHIARA DI AVER TERMINATO LE PENNE DI HUMALOG

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
LAZIO	 010A2	 4000001005	
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):	

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
HUMALOG*KWIKPEN 100U/ML	2	X

QUESTO DIAGNOSTICO: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

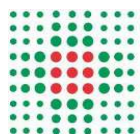
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

RICETTA DEMA DI ALTRA REGIONE:

NON PUO' ESSERE DECLASSATA .

IL FARMACISTA, VISTA L'URGENZA, SPEDISCE LA RICETTA SUL SAR DISPENSANDO SOLO 1 CONFEZIONE IN SSN E ATTACCA LA FUSTELLA SUL FOGLIO DI REGISTRO.

INVIARE AL SERVIZIO FARMACEUTICO DI PERTINENZA COPIA DEL PROMEMORIA CARTACEO CON N° POSIZIONE, N° FOGLIO REGISTRO E DATA DI DISPENSAZIONE PER I CONTROLLI DI COMPETENZA.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

CIRCOLARE 18: Eccezioni alla sostituibilità dei farmaci a brevetto scaduto erogati in DPC



shutterstock.com • 532066156

Per la sostituibilità di **farmaci a brevetto scaduto** per motivate condizioni cliniche (es. anastrozolo, letrozolo, exemestane, leflunomide, pramipexolo...) occorre attivare il percorso definito con **Circolare regionale 18/2013**.



**MMG o
Specialista che
ha in carico il
paziente**

**Segnalazione ADR +
relazione clinica/referto**



U.O. A.F.T.



Autorizzazione



**Il MMG o specialista appone sulla
ricetta la dicitura “non sostituibile”
+
estremi dell’autorizzazione rilasciata
dall’ASL**



ESEMPI DI DEMA CON E SENZA REQUISITI DEFINITI DALLA CIRCOLARE 18/2013

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
ARIMIDEX*28CPR RIV 1MG	2	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____ N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

SULLA RICETTA NON E' RIPORTATA ALCUNA AUTORIZZAZIONE, PERTANTO, IL FARMACISTA EROGA L'ANASTROZOLO EQUIVALENTE DISPONIBILE IN DPC. SE IL PAZIENTE RIFIUTA L'EQUIVALENTE IL FARMACO BRAND E' INTERAMENTE A CARICO DELL'ASSISTITO!!!!

SULLA RICETTA SONO RIPORTATI GLI ESTREMI DELL'AUTORIZZAZIONE E LA CLAUSOLA DI NON SOSTITUIBILITA', PERTANTO, IL FARMACISTA EROGA ARIMIDEX IN CONVENZIONATA.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: VIA: _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
ARIMIDEX*28CPR RIV 1MG	2	
NON SOSTITUIBILE		
AUT. N° ____ DEL ____		

QUESITO DIAGNOSTICO: _____ N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011 MMG

N.B.: L'AUTORIZZAZIONE RILASCIATA VALE FINO A NECESSITA' TERAPEUTICA!!!!

CIRCOLARE 18: Eccezioni alla sostituibilità dei farmaci a brevetto scaduto erogati in DPC

Sono ESCLUSE dal percorso autorizzativo le seguenti classi terapeutiche:

- **ANTIEPILETTICI (N03A)**
- **IMMUNOSOPPRESSORI (L04A)**
- **ANTIAGGREGANTI (B01AC)**



Qualora il medico ritenga necessario garantire la continuità terapeutica dovrà apporre in ricetta la relativa clausola: «**Non sostituibile per continuità terapeutica**» o «**Sic volo per continuità terapeutica**».



Anche su ricetta DEMA il medico è tenuto a riportare la clausola di non sostituibilità come **testo libero in ricetta** o, in alternativa, inserendo la **codifica Ministeriale: codice 04** (*«Non si applica l'art. 15, comma 11-bis, perché non si tratta di una prima prescrizione per una patologia cronica o di un nuovo episodio di patologia non cronica»*).

Eccezioni alla sostituibilità dei farmaci a brevetto scaduto

ANTIEPILETTICI				
Prescrizione per specialità medicinale:			Prescrizione per principio attivo:	
KEPPRA LAMICTAL TOPAMAX <i>marca branded</i>	LEVETIRACETAM LAMOTRIGINA TOPIRAMATO <i>marca disponibile in DPC</i>	LEVETIRACETAM LAMOTRIGINA TOPIRAMATO <i>altri marchi</i>	LEVETIRACETAM LAMOTRIGINA TOPIRAMATO	
CON CLAUSOLA "NON SOSTITUIBILE"	dispensare marca branded in DPC	dispensare marca disponibile in DPC	dispensare altra marca in CONVENZIONATA	dispensare marca disponibile in DPC
SENZA CLAUSOLA "NON SOSTITUIBILE"	dispensare marca disponibile in DPC	dispensare marca disponibile in DPC	dispensare marca disponibile in DPC	

• LE MODALITA' RIASSUNTE NELLO SCHEMA SI APPLICANO ANCHE AL GABAPENTIN UTILIZZATO NELL' EPILESSIA (PRESCRIZIONE SENZA NOTA AIFA 4).

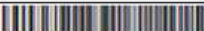
• IN ASSENZA DI CLAUSOLA DI NON SOSTITUIBILITA', SE IL PAZIENTE RIFIUTA LA SOSTITUZIONE CON FARMACO EQUIVALENTE, IL COSTO DELL'INTERO FARMACO RIMANE A CARICO DELL'ASSISTITO .



ESEMPI LEVETIRACETAM

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
	 010A2	 4000001005	
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO/VIA:	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H);	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,S,D,P):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
KEPPRA*30CPR RIV 1000MG	2		
Non sostituibile per			
continuita' terapeutica o			
COD. 4			

**VISTA LA CLAUSOLA DI NON
SOSTITUIBILITA' APPOSTA DAL
MEDICO, IL FARMACISTA EROGA IL
FARMACO BRAND KEPPRA*30 CPR
RIV 1000MG, IN DPC**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
	 010A2	 4000001005	
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
LEVETIRACETAM DOC* OS300ML+1SR	2		

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:

CODICE AUTENTICAZIONE:

DATA:

CODICE FISCALE DEL MEDICO:

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

**VISTO CHE IL MEDICO SULLA RICETTA
NON HA APPOSTO LA CLAUSOLA DI
NON SOSTITUIBILITA', IL FARMACISTA
EROGA IL FARMACO EQUIVALENTE
DISPONIBILE IN DPC
LEVETIRACETAM*ACC OS300 ML+1SIR**

GABAPENTIN PRESCRITTO A CARICO SSN IN NOTA 4 (es. dolore post-ictus o da lesione midollare, nevralgia post-erpetica, neuropatia diabetica, polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose nei pazienti in cui l'impiego degli antidepressivi triciclici e della carbamazepina è controindicato o inefficace)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
	 010A2 4000001005		
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:		 CAP: CITTA': PROV:	
ESENZIONE: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	SIGLA PROVINCIA: ALTRO:	CODICE ASL: ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
GABAPENTIN*50CPS 300MG	2	4	

QUESTO DIAGNOSTICO: _____
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

EROGARE IL FARMACO IN SSN
SOLO SE PRESENTE
AUTORIZZAZIONE RILASCIATA DAL
SERVIZIO FARMACEUTICO
(PERCORSO CIRC. 18/2013)



ESEMPI

GABAPENTIN



EROGARE IL FARMACO
PRESENTE IN DPC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	CAP:	CITTA':	PROV.:
ESENZIONE: SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL:		DISPOSIZIONI REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO:		PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.O.P.):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
GABAPENTIN ABC*50CPS 300MG	2	4	
AUT. N.			

QUESITO DIAGNOSTICO:
DATA:
CODICE FISCALE DEL MEDICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:

CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

GABAPENTIN PRESCRITTO A CARICO SSN PER L'EPILESSIA (SENZA NOTA AIFA)

ESEMPI GABAPENTIN

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____
 INDIRIZZO: VIA _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____
 ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
GABAPENTIN*50CPS 300MG	2	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011



**EROGARE IL FARMACO
PRESENTE IN DPC**

**EROGARE IL FARMACO PRESCRITTO IN
SSSN (PRESENTE CLAUSOLA DI NON
SOSTITUIBILITA' PER CONTINUITA'
TERAPEUTICA)**



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____
 INDIRIZZO: VIA _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____
 ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
GABAPENTIN ABC*50CPS 300MG	2	
Non sostituibile per continuità terapeutica (o cod. 04)		

QUESITO DIAGNOSTICO: _____
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

	CIQORIN	SANDIMMUN NEORAL	Possibilità di sostituzione automatica del farmaco in farmacia (Lista di Trasparenza AIFA)
Indicazioni trapiantologiche (prescrizioni con Codice Esenzione 052 e 053)	DPC	esclusiva DD	NO
Indicazioni NON trapiantologiche	DPC	CONVENZIONATA compartecipazione a carico del cittadino*	SI

(*)informare adeguatamente l'assistito sulla proposta di sostituzione che, a parità di efficacia e sicurezza del trattamento, garantisce minori costi a carico dell'assistito stesso.

CASI PIU' FREQUENTI DI RICETTE DPC PORTATE IN COMMISSIONE

- EROGAZIONE DI FARMACI DPC SOGGETTI A PT IN ASSENZA DI PT O CON PT SCADUTO O CON PT NON VALIDO
- NON CORRISPONDENZA TRA FARMACO/DOSAGGIO DISPENSATO IN DPC E FARMACO/DOSAGGIO SU PT
- RICETTE CLOZAPINA PRIVE DELL'ATTESTAZIONE DELLA CONTA LEUCOCITARIA (nella norma)
- RICETTE DI FARMACI DPC EROGATI IN SSN SENZA NOTIFICA DI MANCANTE
- RICETTE DI FARMACI DPC EROGATI IN SSN CON NOTIFICA DI MANCANTE CON PIU' EROGAZIONI EFFETTUATE NELLO STESSO GIORNO
- RICETTE DI FARMACI DPC EROGATI IN SSN SENZA AUTORIZZAZIONE DI CUI ALLA CIRCOLARE 18/2013 (salvo i casi esentati dalla circolare stessa)
- RICETTE RIPORTANTI SOLO IL PRINCIPIO ATTIVO PER FARMACI BIOSIMILARI (es. enoxaparina)
- RICETTE CON SPECIALITA' EROGATA DIVERSA DAL PRESCRITTO PER FARMACI BIOLOGICI/BIOSIMILARI (es. prescritto Inhixa e dispensata enoxaparina rovi)

FARMACI DPC SOGGETTI A PT

VERIFICA FORMALISMI

Il Piano Terapeutico (PT), consente di limitare la rimborsabilità dei farmaci alle sole condizioni cliniche supportate da evidenze scientifiche e garantisce al paziente la continuità terapeutica H- Territorio.

 **Regione Emilia-Romagna**

Piano Terapeutico

Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____ Età _____

Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco _____

Farmaco prescritto _____

Posologia _____

Durata del trattamento prevista fino al ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura ☐

Data controllo prevista per: ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Sospensione del trattamento: _____

Motivo della sospensione _____

Data della sospensione ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____

Centro autorizzato

In label per indicazione terapeutica, posologia, durata del trattamento

Timbro e Firma del prescrittore



Piano Terapeutico

Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

UNO Spazio del medico prescrivente _____

Nome e Cognome del medico prescrivente _____ Tel. _____

Indirizzo dove si prescrive _____

Sesso ☐ M ☐ F _____ Età _____

Indirizzo _____ Tel. _____

A.D.S. di appartenenza _____ Medico curante _____

Diagnosi e motivazione clinica della fornitura del farmaco _____

Farmaco prescritto _____

Prescrizione _____

Data di inizio trattamento previsto (da _____ a _____) (farmaco giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in corso _____

Piani terapeutici in _____ Prescrizione da _____

Data ultimo rinnovo previsto (da _____ a _____) (farmaco giorno mese anno)

Esposizione all'ultrasuono _____

Valori della sieroprotezione _____

Data della sieroprotezione (da _____ a _____) (farmaco giorno mese anno)

Data _____ Totale e firma del medico prescrivente _____

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER I ASSISTITI	
		 01042 4000001000	
COGNOME E NOME INTELLEGGIBILE			
INTELLIGIBILE	CAP	CITTA'	PROV.
INTELLIGIBILE	SILA INCHIESTA		ESPOSIZIONE DI CAUSE
SILPOLENA PRESSIONE(S)IN		PROMOTTA PRESSIONE(S)IN P.O.	
INTELLIGIBILE		INTELLIGIBILE	
		SIL	
SILENTI SILENTI IN COMPLESSIVITA' INCHIESTA - SILENTI SILENTI CAUSE INCHIESTA			
DATA:		CAUSE FISCALE DEL MEDICO	

+

FARMACIA CONVENZIONATA

**PT E GRIGLIA IN ORIGINALE
VANNO CONSEGNATI AL PAZIENTE!!!!**

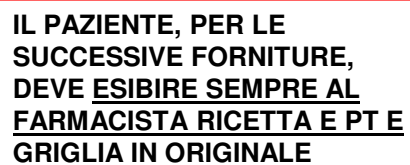
FABBISOGNO CONFEZIONI PER PT**RIGHE PER LA REGISTRAZIONE DELLE DISPENSAZIONI**[illegible]

GRIGLIA

**ATTUALMENTE I PT NAO POSSONO
ESSERE VIDIMATI DALLA FARMACIA
OSPEDALIERA E, IN AUTONOMIA,
DALLE FARMACIE CONVENZIONATE
MEDIANTE L'ATTIVAZIONE DI UNA
GRIGLIA . IL FARMACISTA INVIA
MENSILMENTE COPIE DEI PT E
GRIGLIE ATTIVATE ALL'U.O. AFT**



U.O. AFT



**IL FARMACISTA, AD OGNI
DISPENSAZIONE, VERIFICA SEMPRE
L'ESATTA CORRISPONDENZA DEL
FARMACO E DEL DOSAGGIO SU PT E
SU RICETTA E PROVEDE AD
AGGIORNARE LA GRIGLIA,
REGISTRANDO LA DISPENSAZIONE
AVVENUTA, FINO AL
COMPLETAMENTO DELLA STESSA**



U.O. AFT

**INVIO MENSILE DELLE
GRIGLIE ATTIVATE ED
ESAURITE ALLEGATE
AI PT ALLA U.O. AFT**

[illegible]

NAO – ESEMPIO CONTEGGIO FABBISOGNO DA PT - 1

PT NAO REDATTO OBBLIGATORIAMENTE
DALLO SPECIALISTA SE INDICAZIONE TVP E EP

INDICAZIONE

IL CONTEGGIO DEL N° TOTALE DI
CONFEZIONI (FABBISOGNO) SI BASA SULLA
DURATA DEL PT E SULLA POSOLOGIA
GIORNALIERA:

CONTEGGIO FABBISOGNO CONFEZIONI PER PT:

N° GIORNI DI VALIDITA' PT
N° UNITA' POSOLOGICHE/POSOLOGIA DIE

NEL CASO SPECIFICO:

364: (28/1)= 13 CONFEZIONI

PT REGIONALE SOLE

DATA EMISSIONE

Regione Emilia-Romagna			
Assessorato Politiche per la salute - Commissione Regionale del Farmaco			
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di Edoxaban nel "Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP)"			
PT: W0800810121PRTMRC64E17A8403084 emeco OGGI			
Codice HSP e struttura medico prescrittore		080091011 - OSPEDALE BUFALINI	
Unità operativa medico prescrittore		494 - U.O. CARDIOLOGIA	
Nome e cognome del medico prescrittore			
Telefono del medico prescrittore			
Mail del medico prescrittore			
Nome e cognome del paziente			
Data di nascita		Codice fiscale	
Indirizzo residenza		Telefono	
Ausi di residenza		Regione residenza	
Ausi di assistenza		Medico di Famiglia	
AZIENDA USL UNICA ROMAGNA		Emilia Romagna	
AZIENDA USL DI ROMAGNA SEDE DI RAVENNA		GIANCARLO RODDI	
L'Edoxaban è a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è stato rilasciato dalle U.O. autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna.			
INDICAZIONE			
☐ TVP			
☐ EP			
☒ Profiliassi di recidiva di TVP/EP			
CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI (criteri di selezione)			
☒ TVP o EP in fase acuta gestibile attraverso un ricovero breve / a livello domiciliare			
☐ Difficoltà logistico organizzative che rendono problematico l'uso di un AVK			
☐ Presenza di condizioni cliniche particolari che rendono gravosa la terapia con AVK			
Valore VFG			
☒ VFG tra 15-50 ml/min			
☐ VFG > 50 ml/min			
L'Edoxaban deve essere utilizzato solo successivamente alla terapia iniziale con un anticoagulante parenterale somministrato per almeno 5 giorni. L'impiego di Edoxaban non è raccomandato nelle seguenti condizioni:			
- in presenza di una patologia neoplastica attiva;			
- nei pazienti in cui è prevedibile una bassa aderenza alla terapia;			
- VFG < 15ml/min o dialisi.			
Farmaco Prescritto (principio attivo) B01AF03 - EDOXABAN			
Dosaggio 30 mg			
Forma COMPRESSE RIVESTITE			
Posologia 1 cp ogni 24 ore			
Proseguimento o nuova cura PRIMO PIANO TERAPEUTICO			
Data di controllo prevista per:			
Durata del trattamento prevista fino al (Data di scadenza): 52 SETTIMANE			
Firma del medico prescrittore Marco Pretolani			

FARMACO,
DOSAGGIO E POSOLOGIA DIE

DURATA PT

NAO – ESEMPIO CONTEGGIO FABBISOGNO DA PT - 2

Codice Paziente	Ipiz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2020121613350900011667	BR.SA.	16/12/2020	30/03/1945

ANAGRAFICA PAZIENTE:
 Codice fiscale:
 Cognome:
 Nome:
 Sesso: **F**
 Data di nascita: **30/03/1945**
 Nazione di nascita: **ITALIA**
 Regione: **TOSCANA**
 Provincia: **FIRENZE**
 Comune: **SAN GODENZO**
 ASL di residenza: **FORLÌ**

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: ELIQUIS - ICTUS ED EMBOLIA SISTEMICA, PREVENZIONE NEI PAZIENTI CON FANV
 Numero del Piano Terapeutico: **1**
 Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: **26089469**
 Centro prescrittore: **OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO**
 Medico prescrittore:
 Medico di medicina generale:
 Codice medico di medicina generale: **xxxx**

Posologia: 5 mg 2 volte al giorno per 52 settimane
 Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10.00 mg
 Data del Piano Terapeutico: **OGGI**
 Durata Piano Terapeutico (settimane): **52**

**AZIENDA UO1 TOSCANA CENTRO
 OSPEDALE DE' MANGELLI
 MEDICINA INTERNA
 Dr.ssa SILVIA BLASZCZYK**

CONTEGGIO FABBISOGNO CONFEZIONI PER PT:

$$\frac{\text{N° GIORNI DI VALIDITA' PT}}{\text{N° UNITA' POSOLOGICHE/POSOLOGIA DIE}}$$

NEL CASO SPECIFICO:

$$364: (60/2) = 12.13333$$

SI ARROTONDA A 13 CONFEZIONI

DOSAGGIO E POSOLOGIA DIE

DATA EMISSIONE

DURATA PT

**PT AIFA PER PAZIENTI FUORI REGIONE
 HA VALIDITA' NAZIONALE**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA**
 Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

FARMACI SOGGETTI A PT

GESTIONE DOCUMENTAZIONE DA PARTE DEL FARMACISTA

Sulla griglia allegata al PT cartaceo, il farmacista convenzionato registra il n° di confezioni dispensate, la data di erogazione e il n° di confezioni residue rispetto al fabbisogno di farmaco conteggiato nel periodo di validità del PT.

Qualora il paziente non ritiri tutte le confezioni programmate alla scadenza del PT, quest'ultima diventa vincolante (eccetto per la dispensazione di 1 confezione in urgenza).

E' consigliabile conservare in farmacia copia del PT e della griglia a supporto della dispensazione considerato che le ricette possono essere sottoposte all'esame della Commissione anche a distanza di 2 anni dalla data di dispensazione!!!!

Nel caso in cui il paziente accetti la fidelizzazione del ritiro presso una farmacia, il PT originale può essere conservato dalla farmacia.

Il paziente in ogni momento può decidere di rivolgersi ad altra farmacia.

Pertanto la farmacia e' tenuta a consegnare al paziente il PT in originale e la griglia delle dispensazioni, conservandone una copia.

Il paziente consegnerà il PT parzialmente utilizzato alla nuova farmacia che ne completerà l'erogazione.

PT SCADUTO E DISPENSAZIONE URGENTE

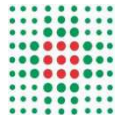
I PIANI TERAPEUTICI HANNO VALIDITA' MASSIMA DI 12 MESI.

LA VALIDITA' DEL PT DEVE ESSERE SEMPRE INDICATA DAL PRESCRITTORE.

IL FARMACISTA, AD OGNI DISPENSAZIONE, **VERIFICA LA VALIDITA' DEL PT.**

E' BUONA NORMA AVVISARE IL PAZIENTE QUANDO IL PT HA UNA VALIDITA' RESIDUA DI 2 MESI AFFINCHE' POSSA AVERE IL TEMPO NECESSARIO PER ATTIVARE IL PERCORSO DI RINNOVO.

IN CASO DI URGENZA, QUALORA IL PAZIENTE NON ABBIA PROVVEDUTO AL RINNOVO DEL PT, MA SIA IN POSSESSO DI REGOLARE PRESCRIZIONE MEDICA, **SARA' POSSIBILE EROGARE SOLO 1 CONFEZIONE** DI FARMACO PER GARANTIRE LA CONTINUITA' TERAPEUTICA, INVITANDO AL CONTEMPO IL PAZIENTE A RIVOLGERSI ALLO SPECIALISTA.



EMERGENZA COVID-19: PROROGA PIANI TERAPEUTICI

NOTA RER PROT. N° PG/2020/0407264 DEL 03/06/2020

*limitatamente ai casi in cui **NON SIA STATO POSSIBILE ESEGUIRE I PERCORSI DI ORDINARIO MONITORAGGIO DELLE TERAPIE SOGGETTE A PIANO TERAPEUTICO**, la **VALIDITA'** di tali **PT** è **PROROGATA FINO AL 31 AGOSTO 2020***

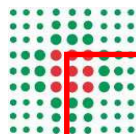
NOTA RER PROT. N° 0572638 DEL 03/09/2020 E PROT. N° 0606701 DEL 18/09/2020

❖ **RICORRERE**, per quanto possibile, **a** modalità di monitoraggio e **RINNOVO DEI PT A DISTANZA**. Al fine di favorire il rinnovo dei PT scaduti è richiesta la massima collaborazione tra Specialisti e MMG **LIMITANDO LA PROROGA DEI PT SOLO A CASI ECCEZIONALI**.

❖ Per i pazienti che accedono alla DPC, qualora **IN CASI ECCEZIONALI** non sia possibile il rinnovo del PT, il MMG, dopo attenta valutazione del caso, avrà cura di garantire la continuità terapeutica attraverso la redazione della ricetta DEMA.

IL FARMACISTA EROGA IL FARMACO E ANNOTA SUL PT SCADUTO GLI ESTREMI DELLA RICETTA
(codice NRE e data dispensazione).

VALIDO FINO AL TERMINE DELL'EMERGENZA SANITARIA!!!!



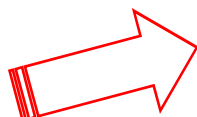
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

EMERGENZA COVID-19: NOTA AIFA 97

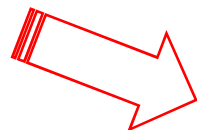
PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI ANTICOAGULANTI ORALI NELLA FANV

FARMACI AVK (*warfarin, acenocumarolo*) IN REGIME SSN

**FIBRILLAZIONE
ATRIALE NON
VALVOLARE (FANV)**

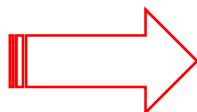


**PAZIENTE GIA' IN TRATTAMENTO:
Ricetta DEMA con nota 97**

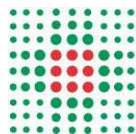


**PAZIENTE NAIVE:
Scheda cartacea + ricetta DEMA
con nota 97**

**ALTRE INDICAZIONI
DA SCHEDA TECNICA**



Ricetta DEMA senza nota AIFA



NOTA AIFA 97

FARMACI NAO

(apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban)

IN REGIME DPC

**FIBRILLAZIONE
ATRIALE NON
VALVOLARE (FANV)**



**PT Specialista o, in alternativa,
scheda cartacea MMG + ricetta
DEMA-DPC con nota 97**

**TRATTAMENTO DELLA TVP,
EMBOLIA POLMONARE E
PREVENZIONE DELLE
RECIDIVE DI TVP/EP**



**PT SOLO Specialista + ricetta
DEMA-DPC (senza nota AIFA)**

Allegato I. alla Nota AIFA 97

Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FAVN

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)

La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____ specialista in: _____

☐ U.O. ☐ Az. Sanitaria ☐ libero professionista

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV ☐

B e C risultato del bilancio fra rischio trombo-embolico e rischio emorragico: ☐ favorevole per:

Punteggio CHA2DS2-VASc _____

Rischio emorragico _____

Indicare eventuali fattori di rischio presenti

Creatinina (mg/dL) _____

VFG (mL/min) _____

Hb (g/dL) _____

D proposta di strategia terapeutica

☐ AVK: ☐ Warfarin ☐ acenocumarolo target di INR: _____

☐ dabigatran ☐ 150 mg x 2 /die ☐ 110 mg x 2 /die

Motivare la riduzione della dose

☐ apixaban ☐ 5 mg x 2 /die ☐ 2,5 mg x 2 /die

Motivare la riduzione della dose

☐ edoxaban ☐ 60 mg /die ☐ 30 mg /die

Motivare la riduzione della dose

☐ rivaroxaban ☐ 20 mg /die ☐ 15 mg /die

Motivare la riduzione della dose

Data prevista per il Follow up: _____

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico _____

<https://www.aifa.gov.it/nota-97>

SOLO PER LA FANV

PRIMA PRESCRIZIONE:

il medico compila **SOLO** la **SEZIONE 1**

Data di valutazione:

obbligatoria!!

VALIDITA' MAX 6 MESI

per la prima prescrizione

Il prescrittore può essere il **MMG O UNO SPECIALISTA**
(ANCHE PRIVATO)

Allegato I. alla Nota AIFA 97

Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FAVN

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)
La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____ specialista in: _____

☐ U.O. ☐ Az. Sanitaria ☐ libero professionista

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A diagnosi clinica e elettrocardiografica di FAVN ☐

B e C risultato del bilancio fra rischio trombo-embolico e rischio emorragico: ☐ favorevole per:

Punteggio CHA2DS2-VASc _____

Rischio emorragico _____

Indicare eventuali fattori di rischio presenti

Creatinina (mg/dL) _____ VFG (mL/min) _____ Hb (g/dL) _____

D proposta di strategia terapeutica

☐ AVK: ☐ Warfarin ☐ acenocumarolo target di INR: _____

☐ dabigatran ☐ 150 mg x 2 /die ☐ 110 mg x 2/die _____

Motivare la riduzione della dose

☐ apixaban ☐ 5 mg x 2/die ☐ 2,5 mg x 2 /die _____

Motivare la riduzione della dose

☐ edoxaban ☐ 60 mg/die ☐ 30 mg /die _____

Motivare la riduzione della dose

☐ rivaroxaban ☐ 20 mg /die ☐ 15 mg/die _____

Motivare la riduzione della dose

Data prevista per il Follow up: _____

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

Sezione 2: scheda di follow-up

Medico prescrittore _____ Tel _____ specialista in: _____

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Da compilare a cura del paziente

Rispetto al precedente controllo:

L'assunzione del farmaco è stata: ☐ regolare ☐ irregolare _____

motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono comparse manifestazioni emorragiche? ☐ NO ☐ SÌ _____

se si indicare quali

È stato/a ricoverato/a in ospedale? ☐ NO ☐ SÌ _____

se si indicare i motivi

Sono state modificate le altre terapie in corso? ☐ NO ☐ SÌ _____

se si indicare come

A cura del Medico prescrittore

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? ☐ NO ☐ SÌ _____

se si indicare quali

Solo per NAO: Creatinina (mg/dL) _____ VFG (mL/min) _____ Altro: _____

Terapia confermata ☐ SÌ ☐ NO _____

Indicare le modifiche

Data prevista per il Follow up: _____

È opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

FOLLOW-UP O RINNOVO:

per il proseguimento della terapia il farmacista verifica che il paziente sia in possesso sia della **sezione 1** sia della **sezione 2**. Solo nella sezione 1 viene specificata la terapia!!!

La scheda di follow-up ha **validità max di 1 ANNO.**

PRECISAZIONI SU NOTA AIFA 97

- La **NOTA AIFA 97** e' entrata in vigore dal 18/06/2020 con modalita' sperimentale ed e' **DIVENTATA DEFINITIVA DAL 16/10/2020.**
ATTENZIONE!!!! La nota 97 e' stata istituita in maniera definitiva (come quelle gia' esistenti es. nota 13, nota 1 e 48...)
LA SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA DAL MMG che ha in carico il paziente affetto da FANV, **OGNI VOLTA CHE SCADE DI VALIDITA'**,così come per i Piani Terapeutici (per prima prescrizione max 6 mesi di validita', per rinnovo o follow-up max 12 mesi di validita', a discrezione del medico curante).
- **PROSSIMAMENTE LA SCHEDA SARA' DISPONIBILE ANCHE IN FORMATO ELETTRONICO**
- Oltre alla scheda, **il MMG SARA' TENUTO A COMPILARE ANCHE LA RICETTA DEMA APPONENDO** nello spazio riservato alle note **LA NOTA AIFA 97!!!**

ADEMPIMENTI FARMACISTA

**IL FARMACISTA GESTISCE LE SCHEDE PREVISTE DALLA NOTA AIFA 97
ALLO STESSO MODO CON CUI GESTISCE I PIANI TERAPEUTICI NAO:**

- ✓ VERIFICA I FORMALISMI: MEDICO PRESCRITTORE, DIAGNOSI DI FANV, TERAPIA, DATA VALUTAZIONE, DATA FOLLOW-UP, TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO)
- ✓ EFFETTUA LA VIDIMAZIONE CON ATTIVAZIONE GRIGLIA
- ✓ REGISTRA IL N° DI CONFEZIONI DISPENSATE (IN CASO DI PAZIENTE NAIVE AL TRATTAMENTO EROGARE SOLO 1 CONFEZIONE)
- ✓ TRASMETTE LE SCHEDE TERMINATE ASSIEME AI RELATIVI PT AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALMENTE COMPETENTE CON LA CONSEGNA MENSILE DELLA DCR

PERCORSO VALIDAZIONE PT PER FARMACI DPC DIVERSI DAI NAO

OMOGENEIZZAZIONE PERCORSO VALIDAZIONE PT:

La **validazione dei PT dei FARMACI DIVERSI DAI NAO** soggetti a DPC avviene **tramite la Farmacia Ospedaliera.**

La Farmacia Ospedaliera attiva la griglia calcolando il n° di confezioni necessarie alla copertura del PT ed eroga il primo ciclo di terapia.

ECCEZIONALMENTE:

Qualora un paziente si presenti in farmacia convenzionata col PT e qualora la ricetta sia già presente sul SAR e rintracciabile dietro presentazione di Tessera Sanitaria, **la farmacia potrà richiedere l'autorizzazione del PT via mail o via fax alla farmacia ospedaliera**

ALTRI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT

FARMACI ANTI-DEMENZA CLASSE A NOTA 85

FARMACI SOGGETTI A PT E A RICETTA RIPETIBILE LIMITATIVA (RRL) PRESCRIVIBILI DA CENTRI OSPEDALIERI O DA SPECIALISTI (NEUROLOGO, GERIATRA, PSICHIATRA)

 **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Consultorio/centro esperto/centro delegato demenze
Città
Unità Operativa di
Resp.: dr.

LOGO AUSL

Piano Terapeutico - INSERIMENTO IN TERAPIA

DATA DELLA VISITA

DATI DEL PAZIENTE
Cognome e Nome Codice fiscale
CODICE PAZIENTE PER FLUSSO DATI (codice AUSL di 3 cifre + numerazione progressiva paziente di 4 cifre + identificativo centro demenze di 2 cifre)
Indirizzo
Comune di residenza () DATA DI NASCITA SESSO M F
Recapiti Telefonici
AUSL di residenza Medico curante dr.
DIAGNOSI
Probabile demenza di Alzheimer secondo i criteri NINCDS-ADRDA - Data Prima diagnosi
MMSE /30 **MMSE CORRETTO /34** IADL / 8F 5M ADL /6
☐ Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)
☐ Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)

PRESENZA DI MALATTIE CONCOMITANTI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI CAUTELE D'USO

☐ Diabete	☐ Asma	☐ Insufficienza epatica
☐ Ipertensione	☐ Broncopneumopatia ostruttiva	☐ Ulcera gastroduodenale
☐ Disturbi del ritmo cardiaco	☐ Insufficienza renale	☐ Disturbi SNC

PRECEDENTI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

☐ Donepezil	☐ Memantina	☐ Antidepressivi
☐ Rivastigmina	☐ Anticolinergici	☐ Antipsicotici
☐ Galantamina	☐ Anticonvulsivanti	☐ Altri farmaci SNC

PIANO TERAPEUTICO ASSEGNATO

Farmaco	Posologia (dose/die)*	Durata (settimane)
☐ DONEPEZIL	 (.....mg/die)	
☐ RIVASTIGMINA	 (.....mg/die)	
☐ RIVASTIGMINA cerotto ¹	 (.....mg/die)	
☐ GALANTAMINA	 (.....mg/die)	
☐ MEMANTINA ²	 (.....mg/die)	
☐ Altri farmaci SNC	 (.....mg/die)	
☐	 (.....mg/die)	

1. Rivastigmina cerotto: impossibilità di somministrazione orale () SI () NO
2. Memantina prescrivibile solo in monoterapia
3. Nel campo "Posologia" è possibile indicare lo schema terapeutico da seguire, mentre tra parentesi inserire la dose totale giornaliera espressa in mg, per il monitoraggio regionale.

Medico prescrittore Timbro e Firma

 **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Consultorio/centro esperto/centro delegato demenze
Città
Unità Operativa di
Resp.: dr.

LOGO AUSL

Piano terapeutico - FOLLOW-UP

DATA DELLA VISITA (a Settimane; A MESI dalla precedente visita)

DATI DEL PAZIENTE
Cognome e Nome Codice fiscale
CODICE PAZIENTE PER FLUSSO DATI (codice AUSL di 3 cifre + numerazione progressiva paziente di 4 cifre + identificativo centro demenze di 2 cifre)

VALUTAZIONE
MMSE /30 **MMSE CORRETTO /30** IADL / 8F 5M ADL /6
☐ Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)
☐ Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)

DATI SULLA TERAPIA, TOLLERABILITA' E COMPLIANCE
Ha assunto la terapia (farmaci Nota 85): farmaco dose/die dal al
☐ Nessun evento avverso rilevato
☐ Eventi avversi rilevati possibilmente correlati al trattamento

MODIFICHE ALLA TERAPIA ☐ NO (prosegue terapia in corso) ☐ SI (e motivazioni):

Variazione dosaggio	Sostituzione farmaco e Posologia (dose/die)	Sospensione
nuovo dosaggio	☐ DONEPEZIL (.....mg/die)	
Posologia (dose/die) ³	☐ RIVASTIGMINA (.....mg/die)	
..... (.....mg/die)	☐ RIVASTIGMINA cerotto ¹ (.....mg/die)	
	☐ GALANTAMINA (.....mg/die)	
	☐ MEMANTINA ² (.....mg/die)	
Motivazioni:	Motivazioni:	Motivazioni:
☐ ricerca ottimizzazione dose	☐ perdita di efficacia	☐ scarsa compliance
☐ altro:	☐ effetti collaterali	☐ scarsa tollerabilità
	☐ evoluzione malattia (da lieve a moderata)	☐ insufficiente beneficio
	☐ altro:	☐ MMSE <10
		☐ decesso
		☐ altro:

1. Rivastigmina cerotto: impossibilità di somministrazione orale () SI () NO
2. Memantina prescrivibile solo in monoterapia
3. Nel campo "Posologia" è possibile indicare lo schema terapeutico da seguire, mentre tra parentesi inserire la dose totale giornaliera espressa in mg, per il monitoraggio regionale.

Prosegue, visita successiva in data

Medico prescrittore Timbro e Firma

Inibitori dell'acetilcolinesterasi: - donepezil - galantamina - rivastigmina Antagonisti del recettore per il glutammato: - memantina	La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata ai pazienti con malattia di Alzheimer -di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina) o moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina). Alle UVA è affidato il compito di effettuare o, eventualmente, confermare una diagnosi precedente e di stabilire il grado di severità in accordo alla scala MMSE. Il piano terapeutico deve essere formulato sulla base della diagnosi iniziale di probabile demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato. La risposta clinica dovrà essere monitorata ad intervalli regolari dall'inizio della terapia: • a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico; • a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i tre mesi deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico; • ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.
---	---

La terapia con i farmaci della nota 85 e' soggetta FREQUENTEMENTE A VARIAZIONI SIA DI FARMACO SIA DI DOSAGGIO in funzione della tollerabilita' e della risposta del paziente (valutazione dell'indice MMSE)



Il farmacista e' tenuto a VERIFICARE ATTENTAMENTE LA CONGRUITA' TRA QUANTO PRESCRITTO SU PIANO TERAPEUTICO E QUANTO PRESCRITTO SU RICETTA.

OCCHIO ALLA NOTA!!!



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: VIA _____ CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
YASNAL*28CPR RIV 5MG	2	85

QUESITO DIAGNOSTICO: _____ N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

PER FARMACI SOGGETTI

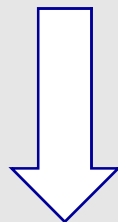
A PT E A NOTA AIFA

(es. farmaci
assoggettati a
nota 85 o nota 51)
il farmacista verifica,
la presenza del PT e
della Nota AIFA sulla
ricetta!!!

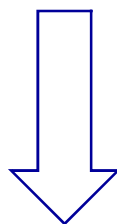
PIANI TERAPEUTICI «PARTICOLARI»



**TRATTAMENTO DISTURBI
PSICOTICI NEI PAZIENTI
AFFETTI DA DEMENZA**

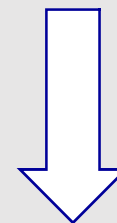


**SCHEDA CENTRO DEMENZE
O NEUROLOGO DA
RINNOVARE OGNI 2 MESI**



DDF

**TRATTAMENTO DISTURBI PSICOTICI
SECONDO INDICAZIONI DI
REGISTRAZIONE**



**ABOLIZIONE PT, MANTENUTO
SOLO PER CLOZAPINA
(DETERMINA AIFA 443/2013 E
602/2013)**



**N.B. obbligatoria in ricetta
attestazione dell'avvenuta
conta e formula leucocitaria**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Importante!

**Esclusiva
DDF**

**Rinnovo
PT ogni 2
mesi c/o
CEDEM**

Scheda di segnalazione per i farmaci antipsicotici atipici in distribuzione diretta

DISTURBI PSICOTICI E COMPORTAMENTALI DEI PAZIENTI CON DEMENZA O MALATTIA DI PARKINSON

PRIMA VISITA (Data _____)

Nome e Cognome Assistito _____ Indirizzo _____

Data di nascita _____ Sesso ☐ M ☐ F Codice Fiscale I _____

Azienda Sanitaria di residenza dell'Assistito n° _____ (*vedi codice sul retro) ☐ Azienda extra-regione Emilia Romagna

Medico di Medicina Generale Dott. _____

Altri trattamenti in corso:

☐ Antipertensivi ☐ Antidiabetici ☐ Antiaggreganti ☐ Anticoagulanti ☐ Statine ☐ Altro _____

Malattia di base

☐ Malattia di Alzheimer ☐ Demenza fronto-temporale ☐ Diagnosi in via di definizione o non definita
☐ Malattia di Parkinson ☐ Demenza vascolare
☐ Demenza da corpi di Lewy
☐ Demenza "mista"
(vascolare e degenerativa)

Disturbi comportamentali e sintomi psicotici

☐ Wandering (vagabondaggio) ☐ Deliri ☐ Irrequietezza
☐ Sundowning (o alterazioni del ritmo sonno-veglia) ☐ Allucinazioni ☐ Aggressività ☐ verbale
☐ fisica

PRESCRIZIONE DI ANTIPSICOTICI ATIPICI

Criterio di scelta dell'antipsicotico atipico

INEFFICACIA di
terapie precedenti

☐ Antipsicotico tradizionale
☐ Altro antipsicotico atipico
☐ Altro _____

INTOLLERANZA di
terapie precedenti

☐ Antipsicotico tradizionale
☐ Altro antipsicotico atipico
☐ Altro _____

Atipico prescritto _____ Posologia _____

Data prevista per il prossimo controllo (da effettuare entro 2 mesi) _____

FOLLOW UP (Data _____)

Si conferma la terapia in corso? ☐ Sì ☐ No Se No, nuovo farmaco prescritto _____ Posologia _____

Motivo variazione ☐ Inefficacia ☐ Intolleranza ☐ Altro _____

Motivo sospensione ☐ Inefficacia ☐ ADR's extrapiramidali ☐ ADR's cerebrovascolari ☐ Altro _____

☐ Decesso (specificare la causa) _____

Altri trattamenti in corso: ☐ Antipertensivi ☐ Antidiabetici ☐ Antiaggreganti ☐ Anticoagulanti ☐ Statine
☐ Altro _____

Data _____

Timbro e firma Medico Prescrittore
(Struttura di appartenenza)

ALTRI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT CLOZAPINA

FARMACO SOGGETTO A PT E A RICETTA NON RIPETIBILE LIMITATIVA (RNRL) PRESCRIVIBILE DA CENTRI OSPEDALIERI O DA SPECIALISTI (PSICHIATRA, NEUROPSICHIATRA)

Remember!

**LA RICETTA DEVE
CONTENERE
LA DICITURA
"CONTA LEUCOCITARIA
NELLA NORMA"**

Regione Emilia-Romagna

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico per la prescrizione della Clozapina
nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti seguiti dai servizi* psichiatrici e di salute mentale e nel trattamento dei disturbi comportamentali e psicosi nei pazienti con Morbo di Parkinson

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

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐
Codice fiscale _____
Residente a _____ in via _____ Tel. _____
Regione _____
ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi
☐ Paziente schizofrenico resistente al trattamento
☐ Pazienti schizofrenico che presenta reazioni avverse gravi di tipo neurologico non trattabile con gli altri farmaci antipsicotici, compresi gli antipsicotici atipici
☐ disturbi psicotici in corso di Malattia di Parkinson, dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica.

Prescrizione
Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria? SI NO
Eventuale data di controllo prevista : giorno mese anno
Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____
☐ prima prescrizione ☐ prosecuzione del trattamento

Conta ematologica		Azioni necessarie
Leucociti/mm ³ (l)	Granulociti neutrofili/mm ³ (l)	
>3500 (>3,5x10 ⁹)	>2000 (>2,0x10 ⁹)	Proseguire trattamento con clozapina
3000-3500 (3,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	1500-2000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)	Proseguire trattamento con clozapina, emocromo due volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori
<3000 (<3,0x10 ⁹)	<1500 (<1,5x10 ⁹)	Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali infezioni. Non ripresero il paziente al 1

EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI	Forma farmaceutica	dosaggio	posologia e orari			
						

* terapia al bisogno subordinata alla verifica dei seguenti sintomi/problemi comportamentali _____

In caso di erogazione diretta la quantità di farmaco erogato non deve superare le quattro settimane di terapia, per il tempo di validità del piano

Validità del Piano Terapeutico

giorno mese anno

*La prescrizione della Clozapina è a carico del SSR quando prescritta da Centri autorizzati dalla Regione Emilia-Rom (DGR 781/2011 e succ. agg. (<http://www.salute.it/ssr/aree/assistenza-farmaceutica/centri-piano-terapeutico>))

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

**IN DPC DISPONIBILE
SOLO IL DOSAGGIO
DA 100 MG!!!**

ALTRI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT

FARMACI ANTIPARKINSONIANI



**ENTACAPONE (COMTAN®)
MELEVODOPA/CARBIDOPA (SIRIO®)
ROTIGOTINA CEROTTI (NEUPRO®)
RICHIEDONO
IL PIANO TERAPEUTICO
IN EMILIA ROMAGNA!!!!!!**


Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

Piano terapeutico per la prescrizione di
entacapone, entacapone/levodopa/carbidopa, opicapone, rasagilina, safinamide, rotigotina,
tolcapone, melevodopa/carbidopa

Medico prescrittore _____ Tel _____

Unità Operativa _____
(ad es. U.O. di Neurologia Ospedaliera o Ambulatorio di Neurologia Dipartimento Cure Primarie)

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso: M ☐ F ☐ Data di Nascita _____ Residenza _____
(Comune, provincia)

Codice fiscale _____

Malattia di Parkinson in fase: lieve/non fluttuante ☐ avanzata/fluttuante ☐

TERAPIA CON L-DOPA: NO ☐ SI ☐

FARMACO PRESCRITTO	Posologia giornaliera	PRIMA PRESCRIZIONE Durata della terapia	PROSECUZIONE Durata della terapia
Rasagilina cpr 1 mg			
Safinamide:			
cpr 50 mg			
cpr 100 mg			
Entacapone cpr 200mg			
Entacapone/L-dopa/carbidopa:			
50mg/12,5 mg/200 mg			
75 mg/18,75 mg/200 mg			
100 mg/25 mg/200 mg			
125 mg/31,25 mg/200 mg			
150 mg/37,5 mg/200 mg			
200 mg/50 mg/200 mg			
Opicapone cps 50 mg			
Tolcapone cpr 100 mg			
Melevodopa/carbidopa:			
125 mg + 12,5 mg			
100 mg + 25 mg			

FARMACO PRESCRITTO	Cerotti die	PRIMA PRESCRIZIONE Durata trattamento (specificare per ogni dosaggio)	PROSECUZIONE Durata trattamento
Rotigotina cerotti _____ mg			
Rotigotina cerotti _____ mg			
Rotigotina cerotti _____ mg			

In caso di **PRIMA PRESCRIZIONE** di rotigotina cerotto, rispondere ai seguenti quesiti:
 E' stata sospesa una precedente terapia con dopaminoagonisti? SI ☐ NO ☐
 Motivo della sospensione: Scarsa efficacia ☐ Effetti collaterali ☐
 Impossibilità ad assumere farmaci per os: SI ☐ NO ☐

(NOTA BENE: la validità del P.T. non può superare 12 mesi dalla data di compilazione)

Data _____ Timbro e Firma del Medico _____

ALTRI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT

FARMACI ANTIAGGREGANTI

In DPC Prasugrel presente sia come equivalente sia come brand (Efient®).

Per pazienti naive al trattamento (prima prescrizione) si utilizza il farmaco equivalente.

Per garantire la continuità terapeutica ai pazienti già in trattamento con il brand il medico deve riportare sulla ricetta la dicitura “non sostituibile per continuità’ terapeutica” (o cod.04)


Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di:

☐ Prasugrel ☐ Ticagrelor 90 mg

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome): _____	Tel. _____
e-mail: _____	
Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	Sesso ☐ M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____
Residente a _____	Prov. _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____	AUSL di residenza _____ Regione _____
Medico di Medicina generale _____	

Il prasugrel ed il ticagrelor sono a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è rilasciato dalle U.O. di Cardiologia autorizzate dalla Regione Emilia Romagna.

La prescrizione di Prasugrel in associazione con ASA è a carico dell’SSN nelle seguenti condizioni:

- pazienti con SCA senza innalzamento del tratto ST sottoposti ad intervento coronarico percutaneo con o senza impianto di stent metallico medicato;
- pazienti con STEMI sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato con o senza impianto di stent metallico medicato.

Prasugrel non deve essere utilizzato nei pazienti trattati con tienopiridine negli ultimi 5 giorni, in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale e pregresso ictus/TIA. La posologia abituale di mantenimento è di 10 mg/die; è consigliata una dose di 5 mg/die nei pazienti con età >75 anni o con peso <60 kg in cui si ritenga favorevole il rapporto rischio/beneficio.

La prescrizione di Ticagrelor in associazione con ASA è a carico dell’SSN nelle seguenti condizioni:

- pazienti con SCA con o senza innalzamento del tratto ST in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica con o senza applicazione di stent;

Ticagrelor non deve essere utilizzato in caso di: terapia anticoagulante orale, rischio aumentato di bradicardia, trattamento con farmaci inibitori o induttori del citocromo CYP 450 3A4.

Posologia	Durata prevista del trattamento: (durata massima 12 mesi*) 6 mesi ☐ 12 mesi ☐
Prasugrel	☐ 10 mg/die ☐ 5 mg/die
Ticagrelor	☐ 90 mg x 2

*la prosecuzione oltre il 12° mese deve essere effettuata compilando il Piano Terapeutico informatizzato di Ticagrelor 60 mg sulla Piattaforma SOLE.

Data valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

**DURATA MASSIMA
12 MESI**

ALTRI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT

INIBITORI DPP-4: NUOVI ANTIDIABETICI INSERITI DAL 15/07/2020

FARMACI SOGGETTI A PT E A RICETTA RIPETIBILE LIMITATIVA (RRL) PRESCRIVIBILI DA CENTRI OSPEDALIERI O DA SPECIALISTI (DIABETOLOGO, ENDOCRINOLOGO, INTERNISTA)



Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico per la prescrizione di inibitori DPP-4 nel trattamento del diabete tipo 2
(Da compilarsi a cura dei Centri specializzati, Università o delle Aziende Sanitarie, individuati dalla Regione Emilia-Romagna)
Il Piano Terapeutico ha una validità massima di un anno¹. Deve essere consegnato al paziente in formato cartaceo

Azienda Sanitaria: _____ Unità Operativa: _____
Nome e cognome del medico prescrittore: _____ Tel.: _____
Paziente (nome e cognome) _____ Data nascita ____/____/____ Sesso M ☐ F ☐
Codice Fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ MMG _____

Dati clinici:
Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____ BMI _____ Circonferenza vita (cm): _____
Durata (anni) di malattia (solo alla 1^a prescrizione): _____ Ultimo valore HbA1c (% oppure mmol/mol): _____
Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi: Sì ☐ No ☐
Ipoglicemie dall'ultima valutazione (solo al follow up): Sì (lievi, gravi) ☐ No ☐
Reazioni avverse: Sì (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale, come da Normativa vigente) ☐ No ☐
Clearance creatinina secondo Cockcroft-Gault (ml/min.): _____

La rimborsabilità a carico del SSN, in regime di dispensazione RRL-PT/PHT, è limitata ai pazienti adulti con diabete tipo 2 qualora siano soddisfatte le seguenti condizioni alla prima prescrizione:

1. fallimento terapeutico, definito da livelli di HbA1c $\geq 7.5\%$ (50 mmol/mol), alla dose massima tollerata della terapia ipoglicemizzante corrente e dopo adeguata e documentata modifica dello stile di vita (dieta e attività fisica);
2. HbA1c $\geq 7.5\%$ (50 mmol/mol), cioè un livello dal quale sia ragionevole raggiungere il target desiderato con l'aggiunta del nuovo farmaco, considerata la riduzione media di HbA1c con i farmaci attivi sul sistema delle incretine di circa $\pm 1\%$;
3. Rischio di ipoglicemie severe o comunque condizionanti le attività quotidiane che sconsigli l'utilizzo di altre classi di ipoglicemizzanti. Conseguentemente la rimborsabilità dell'associazione con sulfoniluree è limitata esclusivamente ai casi di controindicazione o intolleranza alla metformina.

Poiché in determinati pazienti può essere consigliabile un target glicemico meno stringente, il livello di HbA1c di cui al punto (2) può estendersi al 9% (75 mmol/mol) nel caso in cui sussistano uno o più elementi di fragilità quali l'età >75 anni, l'insufficienza renale cronica di grado severo (GFR <30 ml/min) e/o complicanze e/o patologie concomitanti che riducano l'attesa di vita. La raccomandazione relativa all'insufficienza renale dovrà ovviamente riguardare solo i farmaci che prevedono questa possibilità in scheda tecnica.

In caso di prosecuzione della terapia, ovvero rinnovo del PT, si deve considerare solamente la condizione riportata al punto (2).

Limitazioni alle indicazioni terapeutiche. Alcune indicazioni terapeutiche dei farmaci attivi sul sistema delle incretine, pur autorizzate, non sono rimborsate per la mancanza di evidenze ben definite di "costo-efficacia" a lungo termine, in particolare:

- (i) la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin è rimborsata limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica a partire dal grado moderato-severo (in questo caso il limite inferiore per la rimborsabilità è fissato a HbA1c $\geq 7\%$ - 53 mmol/mol);
- (ii) la rimborsabilità in associazione ad insulina è limitata ai casi indicati nel piano terapeutico e alla sola insulina basale.

La rimborsabilità a carico del SSN, nel rispetto delle avvertenze della scheda tecnica dei singoli farmaci è pertanto limitata alle sole indicazioni riportate nel piano terapeutico.

¹ La validità del piano terapeutico è di 6 mesi, con estensione automatica sino a 12 mesi per i pazienti con livelli adeguati di HbA1c al controllo semestrale eseguito dal MMG.

	Prima prescrizione ☐	Proseguimento terapia: con modifiche ☐ senza modifiche ☐	
	Posologia	In duplice terapia In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - insulina basale ☐	In triplice terapia In associazione con: - Metformina e pioglitazone ☐ - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Sitagliptin ^a	- 100 mg/die ☐ - 50 mg/die ☐ - 25 mg/die ☐		
Sitagliptin/metformina	- 50/850 mg/die x 2 ☐ - 50/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Pioglitazone ☐ - sulfonilurea ☐ - insulina basale ☐
Vildagliptin ^a	- 50 mg/die ☐ - 50 mg/die x 2 ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Vildagliptin/metformina	- 50/850 mg/die x 2 ☐ - 50/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - insulina basale ☐
Saxagliptin ^a	- 5 mg/die ☐ - 2,5 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Saxagliptin/metformina	- 2,5/850 mg/die x 2 ☐ - 2,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - insulina basale ☐
Linagliptin ^a	- 5 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Linagliptin/metformina	- 2,5/850 mg/die x 2 ☐ - 2,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - insulina basale ☐
Alogliptin	- 25 mg/die ☐ - 12,5 mg/die ☐ - 6,25 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e pioglitazone ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Alogliptin/metformina	- 12,5/850 mg/die x 2 ☐ - 12,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Pioglitazone ☐ - insulina basale ☐
Alogliptin/pioglitazone	- 25/30 mg/die ☐ - 25/45 mg/die ☐ - 12,5/30 mg/die ☐ - 12,5/45 mg/die ☐		In associazione con: Metformina ☐

^a In pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata;
^b Rimborsabile in monoterapia soltanto in pazienti con creatinina clearance secondo Cockcroft-Gault <50 ml/min.

Data valutazione: _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____

SOLO LE ASSOCIAZIONI PREVISTE DALLA SCHEDA TECNICA E, QUINDI, DAL PT, SONO INTERAMENTE A CARICO SSN



	Prima prescrizione ☐	Prosecuzione terapia: con modifiche ☐ senza modifiche ☐	
	Posologia	In duplice terapia	In triplice terapia
Sitagliptin ^b	- 100 mg/die ☐ - 50 mg/die ☐ - 25 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e pioglitazone ☐ - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Sitagliptin/metformina	- 50/850 mg/die x2 ☐ - 50/1.000 mg/die x2 ☐		In associazione con: - Pioglitazone ☐ - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Vildagliptin ^b	- 50 mg/die ☐ - 50 mg/die x 2 ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Vildagliptin/metformina	- 50/850 mg/die x 2 ☐ - 50/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Saxagliptin ^b	- 5 mg/die ☐ - 2,5 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Saxagliptin/metformina	- 2,5/850 mg/die x 2 ☐ - 2,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Linagliptin ^b	- 5 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Linagliptin/metformina	- 2,5/850 mg/die x 2 ☐ - 2,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Alogliptin	- 25 mg/die ☐ - 12,5 mg/die ☐ - 6,25 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e pioglitazone ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Alogliptin/metformina	- 12,5/850 mg/die x 2 ☐ - 12,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Pioglitazone ☐ - Insulina basale ☐
Alogliptin/pioglitazone	- 25/30 mg/die ☐ - 25/45 mg/die ☐ - 12,5/30 mg/die ☐ - 12,5/45 mg/die ☐		In associazione con: Metformina ☐

* In pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata;

^b Rimborsabile in monoterapia soltanto in pazienti con creatinina clearance secondo Cockcroft-Gault <50 ml/min.

Data valutazione.....

Timbro e firma del medico prescrittore

ATTENZIONE ALLE ASSOCIAZIONI!!!

NON TUTTE SONO A CARICO DEL SSN

Es. **VILDAGLIPTIN E' A CARICO SSN IN ASSOCIAZIONE A:**

- metformina (duplice)
- pioglitazone (duplice)
- sulfonilurea (duplice)
- insulina basale (duplice)
- metformina e sulfonilurea (triplice)
- metformina e insulina basale (triplice)

PERTANTO,

LA TRIPLICE TERAPIA VILDAGLIPTIN (DPC) – METFORMINA (conv) E PIOGLITAZONE (DPC) NON E' A CARICO DEL SSN!!!



IL FARMACISTA CONTATTA IL MMG, LO INFORMA DELLA NON RIMBORSABILITA' DELLA TRIPLICE TERAPIA E CHIEDE AL MEDICO STESSO DI INDICARE QUALE FARMACO NON E' A CARICO SSN (METFORMINA O PIOGLITAZONE)

	Prima prescrizione ☐	Prosecuzione terapia: con modifiche ☐ senza modifiche ☐	
	Posologia	In duplice terapia	In triplice terapia
Sitagliptin ^b	- 100 mg/die ☐ - 50 mg/die ☐ - 25 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e pioglitazone ☐ - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Sitagliptin/metformina	- 50/850 mg/die x2 ☐ - 50/1.000 mg/die x2 ☐		In associazione con: - Pioglitazone ☐ - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Vildagliptin ^b	- 50 mg/die ☐ - 50 mg/die x 2 ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Vildagliptin/metformina	- 50/850 mg/die x 2 ☐ - 50/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Saxagliptin ^b	- 5 mg/die ☐ - 2,5 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Saxagliptin/metformina	- 2,5/850 mg/die x 2 ☐ - 2,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Linagliptin ^b	- 5 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e sulfonilurea ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Linagliptin/metformina	- 2,5/850 mg/die x 2 ☐ - 2,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Sulfonilurea ☐ - Insulina basale ☐
Alogliptin	- 25 mg/die ☐ - 12,5 mg/die ☐ - 6,25 mg/die ☐	In associazione con: - Metformina ☐ - Pioglitazone* ☐ - Sulfonilurea* ☐ - Insulina basale ☐	In associazione con: - Metformina e pioglitazone ☐ - Metformina e insulina basale ☐
Alogliptin/metformina	- 12,5/850 mg/die x 2 ☐ - 12,5/1.000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: - Pioglitazone ☐ - Insulina basale ☐
Alogliptin/pioglitazone	- 25/30 mg/die ☐ - 25/45 mg/die ☐ - 12,5/30 mg/die ☐ - 12,5/45 mg/die ☐		In associazione con: Metformina ☐

* In pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata;

^b Rimborsabile in monoterapia soltanto in pazienti con creatinina clearance secondo Cockcroft-Gault <50 ml/min.

Data valutazione.....

Timbro e firma del medico prescrittore

ATTENZIONE ALLE ASSOCIAZIONI!!!

NON TUTTE SONO A CARICO DEL SSN

Es. GLI INIBITORI DPP-4 E INSULINE
TUTTI GLI INIBITORI DPP-4 SONO A CARICO
SSN IN DUPLICE TERAPIA SOLO SE ASSOCIATI A
INSULINA BASALE (LANTUS, ABASAGLAR,
LEVEMIR, TOUJEO)

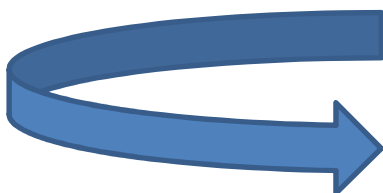
PERTANTO, L'ASSOCIAZIONE INIBITORI DPP-4 E
INSULINE RAPIDE (ES. HUMALOG)
NON E' A CARICO DEL SSN!!!
**NEL CASO SPECIFICO IL FARMACISTA EROGA IN
DPC L'INIBITORE DPP-4 MENTRE L'HUMALOG
DOVREBBE ESSERE A CARICO DELL'ASSISTITO**



IL FARMACISTA CONTATTA IL MMG
PER INFORMARLO DELLA NON
RIMBORSABILITA' DI HUMALOG

GESTIONE DELLA RICETTA DEMA-DPC SUL PORTALE WEBDPC

IL PORTALE **WEBDPC**
CONSENTE DI
VISUALIZZARE L'**ELENCO**
SEMPRE AGGIORNATO
DEI FARMACI DISPONIBILI
IN LISTA UNICA DPC
(VEDI **ELENCO PRODOTTI**
DISPENSABILI –
Estrazione excel)



WebDPC DPC Anagrafiche Giacenze Ministock Statistiche/Estrazioni Utility Manuale Logout

Elenco Prodotti Dispensabili

Area vasta: Area Vasta Cesena/Forlì

Selezione Colonne da visualizzare

Minisan	Descrizione	Codice Alternativo	Principio Attivo	Inizio Distribuzione	Fine Distribuzione	Atc
Nota Aifa	Unità Posologiche	Pezzi Max Ricetta	Prezzo Pubblico	Codice Complementare	Forma Farmaceutica	Livello Distribuzione
Messaggio	Messaggio Mancante	Relazione Equivalenza	Titolare Aic	Cat. Remunerazione		
Gruppo Equivalenza	Stato Prodotto					

Estrazione Excel

DOVE
TROVARE
L'ELENCO
AGGIORNATO
DEI FARMACI
IN DPC?

PER PRENOTARE SUL PORTALE WEBDPC I FARMACI DPC
DIGITARE SEMPRE IL PRINCIPIO ATTIVO
(in quanto non sempre il farmaco prescritto corrisponde a quello presente nella
Lista DPC in quel momento!!!)

GESTIONE DELLA RICETTA DEMA-DPC SUL PORTALE WEBDPC



Distribuzione per Conto

Ricerca Ricette

Home Page

Applicazione: Area Vasta Cesena/Forlì

ASL:

Farmacia: X

Codice Ricetta:

Stato Ricetta: **Aperta**

Prodotto: X

Intervallo data inserimento: 01/11/2020 31/12/2020

Intervallo data spedizione:

Grossista: X

Tipo ordine: - Selezione -

Cerca Ricette

Cliccare sulle icone per esportare nell'equivalente formato



Farmacia	Asl	Data Inserimento	Data Spedizione	Numero Ricettario	Prodotti	Stato Ricetta	Stato invio Sac	
Farmacia Centrale di Farmacia Castiglione SNC	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - CESENA	30/12/2020 12:26:03		080A0/5128188147	(1 pz.) 040223101 - OLANZAPINA SUN*28CPR 10MG	Aperta		Vedi
FIORITA	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - CESENA	28/12/2020 09:55:33		080A0/5128083902	(2 pz.) 045104080 - INHIXA*10SIR 8000UI 0,8ML	Aperta		Vedi
CAGLI SNC	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - FORLÌ	21/12/2020 10:53:04		080A0/5126801300	(2 pz.) 034678033 - AROMASIN*30CPR RIV 25MG	Aperta		Vedi
DEGLI ANGELI SAS	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - FORLÌ	21/12/2020 10:01:06		080A0/0851268627	(2 pz.) 045104041 - INHIXA*10SIR 4000UI 0,4ML	Aperta		Vedi
CAGLI SNC	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - FORLÌ	19/12/2020 12:14:00		080A0/5126736337	(1 pz.) 027083106 - SANDOSTATINA*LAR FL 30MG+SIR	Aperta		Vedi
COMUNALE	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - FORLÌ	18/12/2020 15:12:02		080A0/5126828307	(1 pz.) 029503024 - ZELITREX*21CPR RIV 1000MG	Aperta		Vedi
SOLDATI SNC	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - CESENA	18/12/2020 12:34:57		08014/0560564717	(2 pz.) 038744138 - XARELTO*42CPR RIV 15MG	Aperta		Vedi
FORLIFARMA COM.LE CA' ROSSA	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - FORLÌ	17/12/2020 17:13:49		080A0/5126616468	(2 pz.) 040223101 - OLANZAPINA SUN*28CPR 10MG	Aperta		Vedi
COMUNALE	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - FORLÌ	17/12/2020 12:12:41		080A0/5126681625	(2 pz.) 041147036 - LEVETIRACETAM ZEN*60CPR 500MG	Aperta		Vedi
COMUNALE	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA - FORLÌ	15/12/2020 11:09:07		080A0/5126309136	(1 pz.) 039365010 - VICTOZA*SC 2PEN 3ML 6MG/ML	Aperta		Vedi

Il farmacista, a dispensazione avvenuta, **DEVE CHIUDERE la ricetta sul PORTALE WEBDPC**, operazione **INDISPENSABILE** sia per la contabilizzazione della ricetta sia per EVITARE problematiche di chiusura a posteriori (i farmaci per es. potrebbero uscire di gara e non essere più movimentabili sul Portale) **e SUL GESTIONALE SAR/SAC** (operazione possibile dal 01/04/2020)

DETTAGLIO RICETTA 080A0/5128188147 - Farmacia

Codice Regionale: 080A0	Codice Ricetta: 5128188147
Data Prescrizione: 29/12/2020	Data Inserimento: 30/12/2020 12:26:03
Codice Assistito: XXXXXXXXXXXXXXXX	Stato Ricetta: Aperta Perchè la ricetta non è spedita?
Esenzione: Nessuna	Data Spedizione:
Acquisizione Codice:	

DETTAGLIO ORDINI RICETTA

Minsan	Prodotto	Qta Ordinata	Qta da Consegnare	Data Ordine	Numero Ordine	Stato Ordine	Tipo Ordine	Grossista Ordine	Grossista Procura
040223101	OLANZAPINA SUN*28CPR 10MG	1	0	30/12/2020	16541848	Spedita dal Grossista	Ordine Diretto	Corofar Distribuzione S.R.L.	

DOCUMENTI DI TRASPORTO COLLEGATI ALLA RICETTA

Mittente	Numero DDT	Data DDT	Data Ricezione	Data Conferma	Numero Ordine	Minsan	Prodotto	Quantità in Bolla	Grossista Destinatario	Farmacia Destinatario	Eliminata
Corofar Distribuzione S.R.L.	BV/348618	30/12/2020	30/12/2020 15:31:37	30/12/2020 17:58:13	16541848	040223101	OLANZAPINA SUN*28CPR 10MG	1		Farmacia Centrale di Farmacia Castiglione SNC	☐

RESI COLLEGATI ALLA RICETTA

Grossista	Data Inserimento	Numero Ordine	Quantità	Minsan	Prodotto	Causale	Reintegro Ministock	DDT Farmacia	Data Reso	Reso Eliminato
Nessun Reso Collegato alla Ricetta										

Gestione corretta delle ricette sul Portale webdpc:

Ogni Farmacia è in grado di verificare ed estrarre le proprie ricette , comprese quelle in stato
Aperto dal proprio applicativo webdpc.

Motivazioni per cui una ricetta è rimasta in stato APERTO:

- 1) Il paziente non ha ritirato?
- 2) Disallineamento tra consegna al paziente del farmaco/ registrazione e scarico della Ricetta?
- 3) Altro (....)

IL SERVIZIO FARMACEUTICO può chiedere riscontro alla Farmacia se risultano presenti RICETTE in stato APERTO SUL PORTALE WEBDPC con data di inserimento anteriore a 30 giorni dal suo inserimento.

QUALORA RISULTI, A FRONTE DI UNA RICETTA APERTA, che la Farmacia non sia in grado di dare riscontro motivato e/o i FARMACI SIANO ANCORA IN GIACENZA PRESSO LA FARMACIA e/o risultino invendibili, la Farmacia Ospedaliera procederà con gli adempimenti di competenza.

FARMACI DPC e MINISTOCK (1)

- Il ministock implica la presenza c/o le singole Farmacie convenzionate di **GIACENZA IN FARMACIA** di farmaci DPC da rendere subito disponibili al paziente **IN CASO DI RICHIESTE “NON PROGRAMMABILI” E/O URGENTI.**

- Razionale ministock: **SOLO** per l'erogazione **IN URGENZA** di farmaci **PER IL TRATTAMENTO DI EPISODI IN ACUTO** (es. enoxaparina).

- In tutti gli altri casi utilizzare la gestione veloce della ricetta sul Portale Webdpc!!!!

- **VERIFICA MENSILE** corrispondenza **GIACENZA FISICA** E **GIACENZA INFORMATICA**

Le farmacie devono puntualmente verificare con cadenza mensile la corrispondenza tra la giacenza fisica presente in farmacia e quella riportata dal gestionale.

In caso di difformità irrisolte la farmacia deve prendere contatti con la AUSL; eventuali addebiti correlati a irregolarità accertate della farmacia saranno gestiti per il tramite del distributore capofila.

FARMACI DPC e MINISTOCK (2)

CALCOLO MINISTOCK (ripristino scorte o di loro quota parte): a partire dal II semestre 2020 la gestione del ministock è omogenea in tutta l'AUSL della ROMAGNA e avviene tramite ALGORITMO su Portale Webdpc, SULLA BASE DELLA MOVIMENTAZIONE MEDIA DEI MESI PRECEDENTI

Prodotto:
PRADAXA*60CPS 110MG - 038451074 - DAB

Soglia Riordino	Soglia Ministock
1	1
1	1
0	0
1	1
1	1
1	1
0	0
1	2
1	1
1	1
1	1
1	2
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	2
1	2
0	0

E' LA SOGLIA CHE
FA SCATTARE IL
RIPRISTINO
AUTOMATICO

E' LA SOGLIA
CALCOLATA per ogni
farmacia IN
AUTOMATICO DA UN
ALGORITMO del
portale webdpc

L'automatismo è a ricalcolo trimestrale ed esattamente avviene il giorno 6 dei mesi di Marzo, Giugno, Settembre e Dicembre

RESO PRODOTTI DPC (1)

RESO FARMACI GESTITI A MINISTOCK: QUANDO



1. PRODOTTO MINISTOCK NON MOVIMENTATO

DOPO 2 MESI DI MANCATA MOVIMENTAZIONE IL PORTALE WEBDPC GENERA UNA
REVOCA AUTOMATICA  ENTRO 10 GIORNI DALLA SEGNALAZIONE IL
FARMACISTA E' TENUTO AD OTTEMPERARE AL RESO

2. PRODOTTO MINISTOCK IN SCADENZA

I FARMACI CON SCADENZA RAVVICINATA E, COMUNQUE, SUPERIORE AI 4 MESI

VANNO RESI AL MAGAZZINO GROSSISTA.

I FARMACI CON SCADENZA INFERIORE AI 4 MESI E ANCORA DETENUTI IN FARMACIA ,
SALVO CASI SPECIFICI, PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATI DALL'AUSL, VENGONO
ADDEBITATI ALLA FARMACIA!!!!



RESO PRODOTTI DPC (2)



RESO per qualsiasi altro motivo: QUANDO

- INVIO ERRATO DA PARTE DEL MAGAZZINO
- RICHIESTA ERRATA DA PARTE DELLA FARMACIA
- MANCATO RITIRO DA PARTE DEL PAZIENTE



- 1) La farmacia prende accordi con il Reparto Resi del Magazzino DPC entro massimo 10-15 giorni dalla data di consegna del prodotto
- 2) Compila un DDT riportando descrizione prodotto, quantità, n° di lotto e riferimenti del DDT di arrivo
- 3) Invia il prodotto reso al Magazzino in apposito contenitore idoneo per il trasporto (se trattasi di prodotto a T controllata inserire piastra eutettica!)
- 4) Allega al DDT di reso una Dichiarazione di Buona Conservazione

PRODOTTI DPC

La responsabilità della corretta gestione e conservazione dei farmaci DPC è in capo al soggetto (farmacia o distributore) che detiene fisicamente il bene, anche in caso di reso da parte della farmacia di prodotto non conforme

IN CASO DI RESO DA PARTE DELLA FARMACIA AL MAGAZZINO DPC DI:

- PRODOTTO AVARIATO (es. deteriorato, non conservato a T controllata, scaduto)
- PRODOTTO INVENDIBILE (es. senza fustella, con fustella non corrispondente)
- PRODOTTO FITTIZIO (es. prodotto reso sul Portale Webdpc ma non fisicamente al Magazzino Grossista)



LA AUSL ADDEBITERA' IL COSTO DI ACQUISTO DELLE CONFEZIONI INVENDIBILI/AVARIATE/FITTIZIE AL MAGAZZINO GROSSISTA CAPOFILA CHE, A SUA VOLTA, ADDEBITERA' IL COSTO ALLA FARMACIA O AL MAGAZZINO SATELLITE



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE!**

Domande?

