

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO**



PRONTUARIO TERAPEUTICO CURE DOMICILIARI

ANNO 2010

A cura di:

U.O.C. Assistenza Anziani 1

**U.O.C. Farmacia Ospedaliera/
Farmacia Territoriale**

ASL Avellino

via degli
Imbimbo n.
10/12



Cura dell'edizione:

Mimmo Tartaglia - Farmacista U.O. C. Farmacia
Ospedaliera/Farmacia Territoriale
Anna Marro - Direttore U.O.C. Assistenza Anziani 1

Elaborazione grafica:

Anna Marro

Pubblicazione a cura di:

U.O.C. Assistenza Anziani 1
Via Circumvallazione, 83100 Avellino
Tel. 0825.292649 Fax 0825.292650

U. O. C. Farmacia Ospedaliera/Farmacia Territoriale
Via Melito, 83029 Solofra (AV)
Tel e fax 0825.530420
ww.aslav2.it

ANNO 2010

Premessa

Che cos'è il Prontuario Terapeutico Cure Domiciliari Integrate(PT-CDI)

Il **PT-CDI** istituito nell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino rappresenta uno strumento di governo della spesa sanitaria. Questo strumento deve costituire per tutti gli operatori interessati:

- Un punto di riferimento normativo, tecnico e culturale.
- Uno strumento dinamico di aggiornamento continuo sul corretto utilizzo dei farmaci e presidi nell'ottica di valutazione costo/beneficio.
- Un mezzo di dialogo continuo tra le U.U.O.O. Aziendali.

Il **PT-CDI** è il risultato di una selezione critica dei farmaci e dei presidi per garantire il processo assistenziale ai pazienti in assistenza domiciliare garantendo la continuità Ospedale/territorio.

Il Prontuario mette a disposizione del medico principi attivi tali da garantire un'adeguata assistenza terapeutica in ambiente extraospedaliero, attraverso l'indicazione di molecole più efficaci nel consentire la diagnosi, la cura, la prevenzione e la riabilitazione delle patologie ricorrenti e scelti con rigore scientifico per rilevanza clinica ed economicità. Inoltre è inteso come valido strumento di supporto per le esigenze gestionali delle Farmacie Distrettuali Aziendali.

Redazione.

Il **PT-CDI** è redatto ed aggiornato dal tavolo tecnico composto dalla dr.ssa Anna Marro, direttore U.O.C. Assistenza Anziani 1 e dal dr. Mimmo Tartaglia, farmacista dell'U.O.C. Farmacia Ospedaliera, nella redazione vengono garantiti criteri scientifici, economici e generali.

Criteri scientifici.

I criteri scientifici sono stati ricavati dal complesso delle conoscenze farmacologiche sull'efficacia clinica, la tollerabilità e la farmacocinetica dei diversi principi attivi. Pertanto le valutazioni di scelta dei singoli principi attivi sono state effettuate sulla base dei risultati più attuali forniti dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale che ha consentito una selezione fra composti appartenenti alla stessa classe farmacologica o indicati nel trattamento della stessa patologia. Sono stati preferite formulazioni contenenti singoli principi attivi, in sporadici casi sono presenti associazioni di principi attivi.

Criteri economici.

Premesso che i criteri di valutazione economica costituiscono premessa indispensabile all'inclusione dei farmaci e presidi nei prontuari terapeutici, si è tenuto conto oltre al rapporto costo/beneficio, anche del rapporto beneficio/costo. Pertanto a parità di efficacia clinica e di tollerabilità devono essere preferiti farmaci che presentano un minor costo.

Criteri generali.

Quale criteri generali di scelta si è dato preferenza a farmaci e presidi:

1. presenti nei più diffusi protocolli diagnostici terapeutici
2. più ampiamente diffusi sul territorio dell'ASL Avellino
3. in formulazioni farmaceutiche e vie di somministrazione più adeguate
4. il cui uso nel territorio dell'ASL Avellino fosse giustificato da valutazioni epidemiologiche.

Capitolo I

MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA MODULISTICA CDI

La modulistica per la prescrizione dei farmaci e presidi in assistenza domiciliare integrata (CDI) e' costituita da tre sezioni (anagrafica del paziente, sezione per la prescrizione dei farmaci e sezione per la prescrizione dei presidi-soluzioni infusionali).

La prescrizione deve essere redatta su modulistica codificata (Mod.9).

La modulistica deve essere compilata a stampatello, **tutti i campi sono obbligatori:**

Nella prima sezione (Anagrafica) devono essere indicati:

- 1.nome e cognome del paziente
- 2.codice fiscale
- 3.data e luogo di nascita
- 4.numero di iscrizione in CDI
- 5.nome e cognome del medico prescrittore-telefono
- 6.diagnosi
- 7.indirizzo di residenza del paziente

La mancata osservanza di uno dei punti su indicati comporterà la non evasione della prescrizione.

Nella seconda sezione (Farmaci) devono essere riportati.

- 1.elenco dei farmaci ricompresi nel PT- CDI
- 2.le quantità devono essere riportate in unità.

La mancata osservanza di uno dei punti su indicati comporterà la non evasione della prescrizione.

Nella terza sezione (Presidi-Soluz. infusionali) devono essere riportati :

- 1.elenco dei presidi-soluz.infusionali ricompresi nel PT- CDI.
- 2.le quantità devono essere riportate in unità

La mancata osservanza di uno dei punti su indicati comporterà la non evasione della prescrizione.

La ricetta ha validità mensile e deve riportare data di emissione, timbro con codice regionale e firma leggibile.

A tal fine si ricorda che la prescrizione medica e' un atto legale validato dalla completezza dei dati riportati.

Capitolo II

MODALITA' DI PRESCRIZIONE PER I FARMACI DI FASCIA H

Le specialità medicinali ed i medicinali a denominazione comune autorizzati all'immissione in commercio possono essere erogati in regime SSN secondo quanto previsto dal DM 27/09/2002. La classe A, ove sono inclusi per definizione farmaci essenziali e farmaci per le malattie croniche secondo l'originaria definizione prevista dalla L. 537/93, è suddivisa in due fasce A e H.

Nel gruppo H sono contemplati medicinali che per le caratteristiche farmacologiche o per innovatività, per modalità di somministrazione o per altri motivi di tutela della salute pubblica **“ hanno impiego limitato all'ambito ospedaliero o agli ambulatori specialistici**, secondo le specifiche prescrizioni contenute nei relativi decreti di autorizzazione all'immissione in commercio o in provvedimenti modificativi degli stessi.

La determinazione AIFA del 25/07/2005 definisce le modalità di fornitura dei farmaci in ragione della loro classificazione e nella fattispecie prevede diversi regimi di fornitura ed in particolare si evidenzia

Farmaci OSP-1 se utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero.

Farmaci OSP-2 se utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambito extraospedaliero secondo le disposizioni delle Regioni e Province autonome.

Con DGRC N° 737 del 26/06/2006 la Regione Campania al fine di garantire l'assistenza terapeutica in ambito extraospedaliero fornisce le seguenti direttive in merito ai farmaci di Fascia H:

- **La prescrizione dei farmaci di fascia H deve essere effettuata, come per tutti i medicinali regolarmente registrati e immessi in commercio e dispensati a carico del**

Capitolo III

- SSN, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche, dosaggio e modalità di somministrazione per le quali il farmaco è autorizzato. La prescrizione dei farmaci di fascia H è soggetta alla diagnosi e al piano terapeutico delle A.A.O.O., A.A.U.U.P.P. e dei Presidi Ospedalieri delle AASSLL della disciplina specialistica di riferimento.
- Le AASSLL potranno provvedere alla somministrazione dei farmaci H attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata con il supporto dello specialista di riferimento. Per tale evenienza l'erogazione dei farmaci avverrà esclusivamente su prescrizione Ospedaliera secondo l'allegato modello così come da D.G.R.C. n° 737 del 06/06/2006.

Capitolo IV

ELENCO PRINCIPII ATTIVI COMPRESI NEL PT-CDI

PRINCIPIO ATTIVO	NOME COMMERCIALE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
BETAMETASONE DISODIO FOSFATO	BENTELAN 1,5 MG FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
BETAMETASONE DISODIO FOSFATO	BENTELAN 4 MG FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
FLOROGLUCINA BIIDRATO	SPASMEX FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
AC. TRANEXAMICO	UGUROL FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
TRAMADOLO	CONTRAMAL FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
LATTULOSIO EPS	LATTULAC EPS SCIROPPO	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
KETORALAC	TORADOL 30MG FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
RANITIDINA	ZANTAC 150 MG CPR	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
RANITIDINA	ZANTAC 300 MG CPR	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
RANITIDINA	ZANTAC 50 MG FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
METOCLOPRAMIDE	PLASIL FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
BETAMETASONE	BENTELAN 0.5 MG CP	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
DICLOFENAC SODICO	DICLOREUM FL	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA

Capitolo V

ELENCO DISINFETTANTI* INCLUSI NEL PT-CDI

PRINCIPIO ATTIVO	NOME COMMERCIALE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
POVIDONE IODIO	POVIDERM 10% 1 LT	1 FLAC./MESE
BENZALCONIO CLORURO	NEOMEDIL 1LT	1 FLAC./MESE
SODIO IPOCLORITO (DISINF.CUTE)	AMUKINA MED 1 LT	1 FLAC./MESE

ELENCO MEDICAZIONI** INCLUSE NEL PT-CDI

PRINCIPIO ATTIVO	NOME COMMERCIALE (SECONDO AGGIUDICAZIONE DI GARA)	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE BASE DI IDROCOLLOIDI 10X10 CM	NUDERM o similari	30 PZ/MESE
MEDICAZIONE BASE DI IDROCOLLOIDI 20X20 CM	NUDERM o similari	30 PZ/MESE
MEDICAZIONE A BASE DI CARBONE ATTIVO CON ARGENTO 10X20 CM	ACTISORB SILVER o similari	30 PZ/MESE
MEDICAZIONE A BASE DI CARBONE ATTIVO CON ARGENTO 10X10 CM	ACTISORB SILVER o similari	30 PZ/MESE
MEDICAZIONE A BASE DI SPUGNA IDROFILA 15X15 CM	HYDROFOAM o similari	30 PZ/MESE

*i disinfettanti, anche se non sono farmaci di fascia A, sono presenti nel prontuario perché necessari e insostituibili per la disinfezione delle lesioni cutanee presenti nel 80% dei pz. presi in carico nelle CDI.

*Paltre nuove medicazioni avanzate eventualmente acquistate dall'ASL e presenti nelle farmacie saranno di volta in volta comunicate.

Capitolo VI

ELENCO SOLUZ. INFUSIONALI INCLUSE NEL PT-CDI

SOLUZIONE	PRINCIPIO ATTIVO	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
SOLUZ. FISIOLOGICA 500ML	SODIO CLORURO 0.9%	30PZ/MESE
SOLUZ. FISIOLOGICA 250ML	SODIO CLORURO 0.9%	30PZ/MESE
SOLUZ. GLUCOSATA 5% 250ML	GLUCOSIO	Secondo prescri- zione medica

Capitolo VII

ELENCO PRESIDI INCLUSI NEL PT-CDI

PRESIDI		QUANTITA' MASSIMA MENSILE
SIRINGHE 5ML		30 PZ/MESE
SIRINGHE 10ML		30 PZ/MESE
SIRINGHE 20ML		30 PZ/MESE
SIRINGHE 50ML		30 PZ/MESE
CEROTTO IN CARTA 5X5		4 PZ/MESE
CEROTTO IN TELA 5X5		4 PZ/MESE
CEROTTO TNT 10CMX15 M		1 PZ/MESE
MICROPERFUSORI G21		30 PZ/MESE
MICROPERFUSORI G23		30 PZ/MESE
DEFLUSSORI		30 PZ/MESE
GARZE STERILI 18X40		30 PZ/MESE
GARZE STERILI 36X40		30 PZ/MESE
GARZE NON STERILI 10X10		1 KG/MESE
GARZE NON STERILI 20X20		1 KG/MESE
GARZE NON STERILI 30X30		1 KG/MESE
GARZE NON STERILI 40X40		1 KG/MESE
AGO CANNULA G 14		10 PZ/MESE
AGO CANNULA G 18		10 PZ/MESE
AGO CANNULA G 20		10 PZ/MESE
AGO CANNULA G 22		10 PZ/MESE
COTONE IDROFILO 500GR		1 PZ/MESE

Mod. H

SERVIZIO SANITARIO REGIONE CAMPANIA

AZIENDA

MOD. H

Scheda Regionale per la prescrizione e dispensazione dei farmaci classificati in fascia H OSP2

UNITA' OPERATIVA

Il/la sottoscritto/a Dott. Cod*

Codice alfanumerico ex DGRC 1018/2001 (Prov+N° Iscrizione Ordine)

in servizio presso questa Unità Operativa dichiara che:

IL PAZIENTE SESSO M F

NATO IL A PROV.

CODICE FISCALE

RESIDENTE NEL COMUNE DI PROV.

A.S.L. DISTRETTO REGIONE

N° nosografico N° di prenotazione ambulatoriale

Diagnosi

Per il trattamento della sua patologia necessita di farmaco

(principio attivo/ specialità- forma farmaceutica- via di somministrazione)

Dose giornaliera

Durata ciclo terapeutico (gg.) per (*) max 3 mesi.....

Dichiara, altresì, che il detto ciclo terapeutico, insostituibile, indispensabile e alternativo di ospedalizzazione, sarà effettuato al domicilio del paziente sotto la mia responsabilità dopo aver adeguatamente informato il medico curante ed istruito il paziente sulle modalità di somministrazione e su possibili effetti collaterali che potrebbero richiedere un cambiamento della posologia o una interruzione della terapia stessa. Dichiara, inoltre, di aver acquisito agli atti della Unità Operativa il consenso informato del paziente e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali L.675/96

(Data, timbro e firma autografa)

IL MEDICO PRESCRITTORE

Il farmacista come da indicazione del medico prescrittore della U.O. suddetta

consegna il farmaco prescritto

non può erogare il farmaco prescritto in quanto momentaneamente non disponibile

non può erogare il farmaco prescritto per (specificare)

(Data, timbro e firma autografa) IL FARMACISTA

CONSEGNA FARMACO (max 30 gg di terapia)

N.	Data	Specialità	Quantità consegnata	Firma per ricevuta	Documento	Firma e Timbro Farmacista

(*) non oltre i 3 mesi. Per l'eventuale proseguimento della terapia, redigere un nuovo modulo.

N.B. Tutti i campi sono obbligatori.

Indice

Premessa	pag. 3-4
Modalità di compilazione della modulistica PT-CDI. . .	pag. 5
Modalità di prescrizione per i farmaci di fascia H .	pag. 6-7
Elenco dei principi attivi compresi nel PT-CDI. . . .	pag. 8
Elenco disinfettanti e medicazioni inclusi nel PT-CDI.	pag. 9
Elenco soluz. infusionali incluse nel PT-CDI	pag. 10
Elenco presidi inclusi nel PT-CDI.	pag. 11
MOD. 1 per la prescrizione	pag. 12
MOD. H Scheda Regionale Farmaci H OSP 2.	pag. 13



STAMPATO

ANNO 2010



ASL AVELLINO
via degli Imbimbo
n. 10/12
83100 Avellino