



REGIONE SICILIANA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**ENNA**

C.F./P. IVA 001151150867

Prot. n. 82554

ENNA 09-10-2020

**Servizio Farmaceutico Territoriale**  
**Distretto Enna**

**Ai Direttori di Distretto**

**Al Direttore UOC Assistenza Sanitaria di Base**

**Al Direttore UOC Assistenza Specialistica**

**Al Direttore Sanitario P.O. Umberto I Enna**

**Al Direttore F.F. UOC Farmacia Ospedaliera**

**LORO SEDI**

**OGGETTO:** Assistenza sanitaria integrativa - Chiarimenti

Con decreto n. 318/09, successive circolari esplicative n. 1256/09, n. 1272/10, n. 1303/13 e note assessoriali n. 90134/17 e 94803/17 è stata regolamentata l'erogazione a carico del SSR di alcune prestazioni di assistenza sanitaria integrativa definendo le modalità di erogazione di prodotti e materiale di medicazione per piaghe da decubito, eczemi secernenti, fistole ed ulcere varicose, nonché integratori ed alimenti a fini medici speciali.

- Per i pazienti in cure domiciliari (ADI) l'approvvigionamento avviene tramite le strutture della ASP a seguito del PT redatto dall'unità valutativa nel rispetto dei protocolli terapeutici stabiliti nelle stesse cure domiciliari.
- Per gli assistiti non all'interno di programmi di cure domiciliari saranno i MMG o i PLS ad attivare le procedure necessarie ai fini di ottenere la prescrizione specialistica che indichi le quantità da erogare nel rispetto dei tetti stabiliti dalla normativa vigente.
- Per la fornitura l'avente diritto dovrà recarsi presso i Servizi di Farmacia della ASP che provvederanno ad erogare i quantitativi prescritti nel PT redatto dallo specialista e autorizzato dal competente personale Medico del Distretto di residenza dell'assistito.
- Qualora la Farmacia interna, per problemi di approvvigionamento o per qualsiasi altro motivo, risultasse sprovvista, anche parzialmente, di materiale di medicazione o integratori alimentari, dovrà apporre sulla pratica la dicitura "*farmacia interna sprovvista*" e la fornitura potrà essere autorizzata per il successivo ritiro presso le farmacie convenzionate **da parte dei Distretti o dei servizi di Medicina di Base** che, dopo aver preso visione dei prodotti mancanti, dovranno utilizzare **esclusivamente la modulistica di autorizzazione per la fornitura esterna che si allega**, riportando il codice regionale (o il codice iso), la descrizione del prodotto e la quantità autorizzata. Si fa presente che i quantitativi autorizzati per la fornitura esterna devono essere quelli strettamente necessari a consentire l'approvvigionamento da parte della farmacia interna e comunque non superiori ad una mensilità.

Dal momento che nel corso dell'ultimo anno si è registrato un incremento della spesa per l'assistenza integrativa di oltre 200.000 € questo Servizio ha intensificato i controlli al fine di limitare il più possibile fenomeni di contraffazione e/o manipolazione dei PT sia da parte degli assistiti che da parte di tutti i coloro che operano nei vari steps dalla prescrizione alla dispensazione di tali presidi tramite i Servizi di farmacia interna o le farmacie

convenzionate , nonché per verificare l'appropriatezza delle prescrizioni ed eventuali errori in fase di erogazione.

Dai controlli effettuati sono emerse alcune criticità che si riportano di seguito:

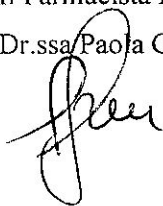
1. cod. 1.8.9.1 acido ialuronico e collagenasi tubo gel (Bionect start): è prescrivibile un numero di pezzi tali a garantire **20 giorni di terapia**;
2. cod. 1.5.0. cotone idrofilo non sterile: prescrivibile solo il **pacco da ½ kg nel quantitativo di 1 pacco al mese**;
3. cod. 5.2.0 Vacuum terapia – Terapia negativa: trattandosi di un sistema utilizzato per ridurre la dimensione della lesione sui pazienti portatori di lesioni classificate come “non diversamente guaribili” con altra terapia, deve essere riservato soltanto ai pazienti inseriti in programmi di cure domiciliari (ADI) con una prescrizione medica di **1 ciclo di 10 medicazioni rinnovabile per un massimo di 3 cicli**. La prescrizione deve avvenire nell'ambito di un piano assistenziale disposto da una Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) previa compilazione della scheda SVAMA (di cui al decreto n. 1543/08).
4. nella prescrizione di “materiale di medicazione per soggetti affetti da piaghe da decubito , eczemi secernenti, fistole aperte e ulcere varicose” il medico che ha in cura il paziente dovrà attenersi ai protocolli di diagnosi e di stadiazione delle lesioni mediante la redazione dell'apposita **scheda di monitoraggio delle lesioni cutanee** e sottoporre il paziente a una rivalutazione della stadiazione della lesione dopo **tre mesi**;
5. integratori ed alimenti a fini medici speciali: non possono essere prescritti nella stessa pratica assieme al materiale di medicazione ma su un Piano Terapeutico dedicato dove bisogna riportare la patologia del paziente (con il relativo codice regionale di riferimento riportato nella GURS n.37 del 20/08/2010 e nella circolare assessoriale n. 94803 del 18/11/2017) e il fabbisogno mensile. Al fine di individuare i bisogni nutritivi di un soggetto una determinata situazione patologica è necessaria la somministrazione della “**scheda MNA (Mini Nutritional Assesstment)**” che bisogna allegare al PT prevedendone una **rivalutazione trimestrale**. Qualora la prescrizione sia espressamente riferita a pazienti affetti da piaghe da decubito , eczemi secernenti, fistole aperte e ulcere varicose (cod. 5.1.8), oltre alla scheda MNA va redatta anche la **scheda di monitoraggio delle lesioni cutanee** (anche questa soggetta a rivalutazione trimestrale).

Le SS.LL. in indirizzo sono invitate a dare ampia diffusione della presente nota.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Il Farmacista Dirigente

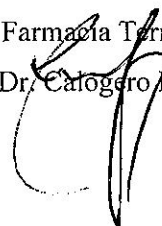
Dr.ssa Paola Greca

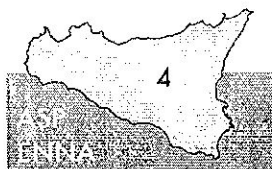


Il Direttore

U.O.C. Farmacia Territoriale

Dr. Calogero Russo





REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**(AUTORIZZAZIONE PER L'ACQUISTO C/O FARMACIA ESTERNA)**

IL QUANTITATIVO EROGATO NON DOVRA' SUPERARE IL FABBISOGNO MENSILE

Si richiede l'applicazione dell'IVA agevolata al 4% ai sensi dell'art.1 comma 3 bis della L. 263 del 28/7/89 in quanto tali prodotti non hanno uso promiscuo e sono destinati a pazienti affetti da menomazioni funzionali permanenti.

Autorizzazione mensile n.° \_\_\_\_\_ valida dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

<u>Codice Regionale o Iso</u>	<u>Descrizione prodotto</u>	<u>Quantità autorizzata</u>	<u>Quantità erogata</u>

Il responsabile Amministrativo

Timbro ASP

Il responsabile medico

\_\_\_\_\_

Dichiaro che in data \_\_\_\_\_ ho ritirato i prodotti di cui alla presente autorizzazione presso la farmacia

Firma

Documento

Relazione di parentela

\_\_\_\_\_