



ORIGINALE

COPIA

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 1269 del 20-10-2016

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(firma del proponente)

Anne Moro

OGGETTO: CURE DOMICILIARI:
Aggiornamento Prontuario Terapeutico
Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI)

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

21 OTTOBRE 2016

ai sensi dell'art.124 c.1 D.L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Dell'Atto e Determine*

Joanna

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n . del
n . del
n . del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

Il presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

M. Morgante

PROPOSTA DI DELIBERA

Oggetto: Cure Domiciliari: adozione nuovo Prontuario Terapeutico Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI)

La Dott.ssa Anna Marro in qualità di Direttore dell'U.O.C. Assistenza Anziani

PREMESSO:

-che con Delibera Aziendale n.115 del 03/02/2011 veniva adottato il Prontuario Terapeutico Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI)";

-che il Prontuario Terapeutico delle Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI) 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, delle medicazioni, soluzioni infusionali e presidi nell'ottica di valutazione costo - beneficio.*
- *Un mezzo di dialogo continuo tra le UU.OO. Aziendali;*

-che necessita l'aggiornamento di tale strumento alla luce delle nuovi protocolli aziendali redatti secondo le più recenti linee guida nazionali e internazionali;

CONSIDERATO:

- che il Prontuario Terapeutico delle Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI) è il risultato di una selezione critica di farmaci, medicazioni e di presidi per garantire il processo assistenziale ai pazienti in assistenza domiciliare garantendo la continuità Ospedale/territorio;
- che il Prontuario mette a disposizione del medico farmaci, medicazioni e di presidi tali da garantire un'adeguata assistenza terapeutica in ambiente extraospedaliero, attraverso indicazione di molecole più efficaci nei consentire la cura, la prevenzione e la riabilitazione delle patologie ricorrenti e scelti con rigore scientifico per rilevanza clinica ed economicità;
- che è inteso, inoltre, come valido strumento di supporto per le esigenze gestionali sia delle Farmacie Aziendali sia per le Unità Operative Distrettuali competenti per le Cure Domiciliari.

VISTO:

- la Delibera Aziendale n. 933 del 27/05/2014 ad oggetto: Cure Domiciliari Integrate: Adozione "Protocollo Gestione Accessi Venosi" periferici;
- la Delibera Aziendale n. 356 del 16/03/2016 ad oggetto: Cure Domiciliari: Adozione "Protocollo Gestione Accessi Venosi Centrali";
- la Delibera Aziendale n. 357 del 16/03/2016 ad oggetto. Cure Domiciliari: Adozione "Protocollo per La Prevenzione e il Trattamento delle Lesioni Cutanee Croniche";

PRESO ATTO CHE:

- che in seguito alla approvazione delle suddette delibere aziendale è necessario rivedere ed aggiornare il Prontuario Terapeutico delle Cure Domiciliari Integrate per adeguarlo ai protocolli aziendali;
- che i criteri di valutazione economica costituiscono premessa indispensabile all'inclusione dei farmaci, medicazioni e presidi nei prontuari terapeutici, pertanto si è tenuto conto oltre del

rapporto costo/beneficio, anche del rapporto beneficio/costo. A parità di efficacia clinica e di tollerabilità, pertanto, devono essere preferiti farmaci che presentano un minor costo;

- che, quali criteri generali di scelta, si è dato preferenza a farmaci, medicazioni e presidi: a. presenti nei più diffusi protocolli diagnostici terapeutici; b. più ampiamente diffusi sul territorio dell'ASL Avellino; d. il cui uso nel territorio dell'ASL Avellino fosse giustificato da valutazioni epidemiologiche.

DATO ATTO CHE:

- tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso l'U.O.C. proponente;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

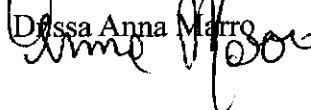
Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

l'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

1. dell'aggiornamento del "Prontuario Terapeutico delle Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI)" dell'ASL Avellino, il cui testo allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
2. che lo stesso "Prontuario Terapeutico delle Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI)" viene riprodotto – ai fini della conservazione agli atti dell'ASL - rispettivamente in forma cartacea e informatizzata su CD-ROM;
3. che lo stesso sarà pubblicato, per la diffusione, sul sito dell'ASL al link assistenza domiciliare.

Il Direttore U.O.C. Assistenza Anziani

D.ssa Anna Marro


IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 427 del 27/07/2016 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.179 del 01/08/2016, dal Direttore Sanitario Emilia Anna Vozzella ha adottato la seguente delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore dell'U.O.C. Assistenza Anziani avente ad oggetto: **Cure Domiciliari: aggiornamento Prontuario Terapeutico Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI).**

Preso atto

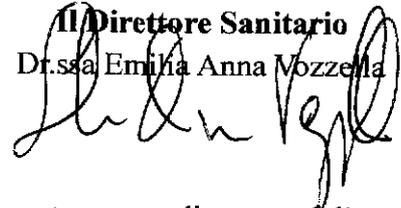
- dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore dell'U.O.C. Assistenza Anziani, a seguito della istruttoria dallo stesso effettuata e come dallo stesso attestato ed articolato;
- della dichiarazione di regolarità contabile resa dal Direttore dell'U.O.C. Contabilità Generale o suo delegato;
- di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

Ritenuto

Di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell'U.O.C. Assistenza Anziani e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Emilia Anna Mozzella



DELIBERA

di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell'U.O.C. Assistenza Anziani e sulla scorta ed in conformità della stessa:

- di adottare il nuovo "Prontuario Terapeutico delle Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI)" dell'ASL Avellino, il cui testo allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- che lo stesso "Prontuario Terapeutico delle Cure Domiciliari Integrate (PT-CDI)" viene riprodotto - ai fini della conservazione agli atti dell'ASL - rispettivamente in forma cartacea e informatizzata su CD-ROM;
- che lo stesso sarà pubblicato, per la diffusione, sul sito dell'ASL al link assistenza domiciliare;
- di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale, all'U.O.C. Contabilità Generale all'U.O.C. U.R.P., all' U.O.C. Cordinamento SocioSanitario, ai Direttori dei Distretti Sanitari, all'U.O.C. Qualità ed Accreditamento/FAP, All'U.O.C. Cure Primarie, Ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri, alle OO.SS. MMG e PLS.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Maria Morgante



Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 2101 del 21 OTTOBRE 2016

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*





REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Avellino
www.aslavellino.it
DIRETTORE GENERALE
DOTT. SSA MARIA MORGANTE



PRONTUARIO TERAPEUTICO CURE DOMICILIARI

ANNO 2016

A cura di:

U.O.C. Assistenza Anziani

DIRETTORE: ANNA MARRO

ASL Avellino

via degli Imbimbo 10/12
83100 Avellino



DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Maria Morgante

DIRETTORE SANITARIO
Dr.ssa Emilia Anna Vozzella

Gruppo di Lavoro:

Pompea Buono - Farmacista ASL AV

Anna Marro - Direttore U.O.C. Assistenza Anziani

Stanislao Rivetti - Specialista Ambulatoriale Geriatra

Elaborazione grafica:

Anna Marro

Pubblicazione a cura di:

U.O.C. Assistenza Anziani

Via Circumvallazione,77 83100 Avellino

Tel. 0825.292649 Fax 0825.292650

ww.aslavellino.it

ANNO 2016

II edizione

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, medicazioni avanzate e presidi nell'ottica di valutazione costo/beneficio.
- Un mezzo di dialogo continuo tra le UU.OO. Aziendali.

Il **PT-CDI** è il risultato di una selezione critica dei farmaci, soluzioni infusionali, medicazioni avanzate 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 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 dell'ASL.

Redazione.

Il **PT-CDI** è redatto ed aggiornato dal gruppo di lavoro composto dalla dott.ssa Pompea Buono, farmacista dalla dott.ssa Anna Marro, geriatra, e dal dott. Stanislao Rivetti, geriatra. 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, soluzioni infusionali, medicazioni avanzate 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 e presidi che presentano un minor costo.

Criteri generali.

Quale criteri generali di scelta si è dato preferenza a medicazioni, soluzioni infusionali e presidi:

1. presenti nei più diffusi protocolli diagnostici terapeutici più ampiamente diffusi sul territorio dell'ASL Avellino
2. 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 delle medicazioni avanzate, delle soluzioni infusionali e presidi in assistenza domiciliare integrata (CDI) è costituita da tre sezioni (anagrafica del paziente, sezione per la prescrizione delle medicazioni avanzate e sezione per la prescrizione dei presidi-soluzioni infusionali).

La prescrizione deve essere redatta su modulistica codificata, in triplice copia (Mod.9). Una copia per il paziente, una copia per medico prescrittore e una copia per il distretto di appartenenza.

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 (Medicazioni avanzate) devono essere riportati.

- 1.Le tipologie di medicazione riportate nel PT- CDI
- 2.le quantità devono essere riportate in pezzi.

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

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

Capitolo I

1. Elenco dei presidi-soluzioni infusionali ricompresi nel prontuario
2. Le quantità devono essere riportate in unità.

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

La prescrizione su mod. 9 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 è un atto legale validato dalla completezza dei dati riportati.

I farmaci inclusi nella Fascia C erogabili a carico del SSN sono solo quelli previsti da questo prontuario.

I farmaci di Fascia C non inclusi, potranno essere erogati secondo quanto previsto dalla normativa vigente, solo su acquisto da parte del Distretto e solo se indispensabili e insostituibili per la sopravvivenza del paziente. Tali acquisti potranno essere effettuati previa prescrizione dello specialista di struttura pubblica e validati dal MMG o PLS.

Le medicazioni avanzate prescrivibili sono quelle presenti nelle gare Soresa o nelle gare Aziendali.

Per l'acquisto di medicazioni o presidi non previsti nel prontuario o non presenti nelle gare Soresa e Aziendali vale quanto previsto dalla normativa vigente.

Dette medicazioni devono essere prescritte dallo specialista.

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:

1. 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 SSN, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche, dosaggio e modalità di somministrazione per le quali il farmaco è autorizzato.

Capitolo II

2. La prescrizione dei farmaci di fascia H è soggetta alla diagnosi e al piano terapeutico delle AA.OO., A.A.UU.PP. e dei Presidi Ospedalieri delle AA.SS.LL. della disciplina specialistica di riferimento.
3. Le AA.SS.LL. 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 III

MEDICAZIONI E DISINFETTANTI INCLUSI NEL PT-CDI

A. PRODOTTI PER LA PROTEZIONE E CURA DELLA CUTE		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITÀ MASSIMA MENSILE
FILM BARRIERA IN FORMA LIQUIDA A BASE DI SILICONE E ACRILATI, PRIVO DI ALCOOL O ALTRE SOSTANZE IRRITANTI. IL PRODOTTO DEVE POTER ESSERE APPLICATO SU CUTE LESA.	CONFEZIONE SPRAY DA 28 ML CIRCA	MAX 3 PEZZI/MESE
CREMA BARRIERA A LUNGA DURATA, PREFERIBILMENTE A BASE DI DIMETICONE. NON DEVE LASCIARE TRACCIA SULLA CUTE NON NECESSITA DI RIMOZIONE	CONFEZIONE DA 90G CIRCA	MAX 3 PEZZI/MESE
MEDICAZIONE IN POLIURETANO STERILE CON ANTISETTICO AL 2% MEDICAZIONE DI FISSAGGIO I.V.	10X12 CM CIRCA	MAX 4 PEZZI AL MESE
MEDICAZIONI SECONDARIE AD ALTO POTERE ASSORBENTE	20X20 CM CIRCA 10X10 CM CIRCA	MAX 12 PEZZI AL MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

B. PRODOTTI PER LA DETERSIONE DELLA CUTE		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITÀ MASSIMA MENSILE
PRODOTTO PER LA DETERSIONE E IRRIGAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE	FORMATO IN FLACONE DA 350CC A 500CC CIRCA	MAX 2 FLACONI AL MESE
	FORMATO FLACONCINO CON APPLICATORE/DOSATORE DA 150/250 ML CIRCA	MAX 3 FLACONI AL MESE
PRODOTTO PER LA DETERSIONE E IRRIGAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE CON AZIONE ANTIBATTERICIDA E VIRUCIDA NON CITOTOSICA, SOLUZIONE SUPEROSSIDATA	FLACONE 500 ML	MAX 2 FLACONI AL MESE

Capitolo III

C. PRODOTTI PER LA DISINFEZIONE DELLA CUTE		
PRINCIPIO ATTIVO	MISURE	QUANTITÀ MASSIMA MENSILE
POVIDONE IODIO*	10% 1 LT	MAX 1 FLACONE/MESE
BENZALCONIO CLORURO*	1 LT	MAX 1 FLACONE/MESE
SODIO IPOCLORITO* (DISINF.CUTE)	1 LT	MAX 1 FLACONE/MESE
CLOREXEDINA GLUCONATO IN SOLUZIONE ALCOLICA*	0,5% 500 ML PER CUTE LESA	MAX 1 FLACONE/MESE
	2% 500ML PER CUTE IN- TEGRA	MAX 1 FLACONE/MESE

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

D. FILM DI POLIURETANO		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE TRASPARENTE MONOUSO STERILE IN POLIURETANO CON RINFORZO IN TNT PER CATETERE VENOSO PERIFERICO E CENTRALE (CON TAGLIO AD U)	7X9 CM	4 PZ/MESE
MEDICAZIONE TRASPARENTE MONOUSO STERILE IN POLIURETANO PER CATETERE VENOSO CENTRALE (SENZA TAGLIO AD U)	10X12 CM	4 PZ/MESE
	6X7 CM	4 PZ/MESE
FILM SEMIPERMEABILE IN POLIURETANO NON STERILE (IN ROTOLO)	10X10 M	1 PZ/MESE
	15X10 M	1PZ/MESE
MEDICAZIONE TRASPARENTE ADERENTE, CON SILICONE, PER LA GESTIONE DI FERITE SUPERFICIALI E IN PREVENZIONE PER LA PROTEZIONE DELLA CUTE FRAGILE	6X7 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
	10X12 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

Capitolo III

E. IDROGEL		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
IDROGEL	TUBO 15 gr	MAX 5 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
PLACCA DI IDROGEL	10X10 CM 17x17 CM 10X20 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

F. MEDICAZIONI NON ADERENTI		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONI STERILI NON ADERENTI CON MATRICE LIPIDICA	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONI STERILI NON ADERENTI CON MATRICE NON LIPIDICA	7,5X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

G. IDROCOLLOIDI		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONI STERILI COSTITUITE DA PARTICELLE IDROFILE INSERITE IN UNA MATRICE POLIMERICA ADESIVA IPOALLERGICA RICOPERTE DA UN FILM IN POLIURETANO TRASPARENTE E AREA ATTIVA IDROCOLLOIDALE	10X10 CM 15x15 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONI STERILI DI SPESSORE <1MM CA. A BASE DI SOSTENZE IDROCOLLOIDALI, DISPERSE IN UNA MATRICE POLIMERICA ADESIVA IPOALLERGICA RICOPERTE DI UN FILM DI POLIURETANO TRASPARENTE E SEMIPERMEABILE	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

Capitolo III

H. SCHIUME DI POLIURETANO		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE ASSORBENTE IN SCHIUMA DI POLIURETANO ASSOCIATA AD ALTRE TECNOLOGIE (AD ES. I-FDROFIBRA) CHE PERMETTANO LA GESTIONE DEL DOLORE	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE STERILE CON SCHIUMA DI POLIURETANO CON BORDO ADESIVO	16x16 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE STERILE CON SCHIUMA DI POLIURETANO SAGOMATA PER ZONA SACRALE CON BORDO ADESIVO	SACRALE	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE STERILE CON SCHIUMA DI POLIURETANO SAGOMATA PER TALLONE	TALLONE	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONI STERILI CONFORMATE TIPO CUSCINETTO / TAMPONE PER LESIONI CAVITARIE	MISURA MEDIA	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONI STERILI PIATTE PER LESIONI CAVITARIE	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONI STERILI PER TRACHEOSTOMIA IN SCHIUMA DI POLIURETANO NON ADESIVE	6,5-9,5X8,5 CM	30 PZ/MESE
MEDICAZIONE SOTTILE PRIVA DI ADESIVO E DI FILM DI POLIURETANO SUL LATO ESTERNO, DRENANTE IN SCHIUMA DI POLIURETANO CON SILICONE, PER LA GESTIONE DI FERITE ESSUDANTI, PER IL TRATTAMENTO DI CUTE FRAGILE	10X12 CM 15X20 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

Capitolo III

I. ALGINATI		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE ASSORBENTE IN FIBRE DI ALGINATO	6X5 CM 11X10 NASTRO 2/3 G 15X15 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

L. IDROFIBRE		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE ASSORBENTE CONTENENTE CARBOSSIME-TILCELLULOSA CON E SENZA AG	6X5 CM 11X10 NASTRO 2/3 G 15X15 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

M. MEDICAZIONI A BASE DI COLLAGENE E/O CELLULOSA		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE A BASE DI COLLAGENE COADIUVANTE LA CICATRIZZAZIONE DELLE FERITE	4X6X0,8 CM 6X8X0,8 CM 8X12X0,8 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE A BASE DI CELLULOSA O EMICELLULOSA COADIUVANTE LA CICATRIZZAZIONE DELLE FERITE, CON CAPACITA ATRAUMATICA E DI GESTIONE DEL DOLORE. PREFERIBILMENTE CON ANTISETTICO	COMPRESSA 5X5 CM 9X9 CM 14X20 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

Capitolo III

N. MEDICAZIONI A BASE DI ACIDO IALURONICO		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE A BASE DI ACIDO IALURONICO CON SALE SODICO, IN ASSOCIAZIONE CON ALTRE SOSTENZE CHE FAVORISCONO LA DETERSIONE E LO SBRIGLIAMENTO ENZIMATICO COADIUVANTE LA CICATRIZZAZIONE DELLE FERITE	UNGUENTO	MAX 5 PZ/MESE
MEDICAZIONE CONTENENTE ACIDO IALURONICO IN COMBINAZIONE CON ALTRE SOSTANZE, CON AZIONE RIPARATIVA COADIUVANTE LA CICATRIZZAZIONE DELLE FERITE	CREMA POMATA	MAX 5 PZ/MESE
MEDICAZIONE A BASE DI ACIDO IALURONICO COADIUVANTE LA CICATRIZZAZIONE DELLE FERITE	IN POLVERE/GRANULI BUSTE/CAPSULE TESSUTO 10X10 CM TESSUTO 5X5 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

O. INIBITORI/MODULATORI DELLE METALLOPROTEASI		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE CON MATRICE DI CELLULOSA OSSIDATA E COLLAGENE MODULANTE LE PROTEASI SENZA E CON ARGENTO	28 CM ²	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

P. MEDICAZIONI IDROFOBICHE PER IL CONTROLLO DELLA CARICA BATTERICA		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONI IDROFOBICHE PER IL CONTROLLO DELLA CARICA BATTERICA	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA

Capitolo III

Q. MEDICAZIONI CON ARGENTO ANTISETTICO		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
MEDICAZIONE A BASE DI COLLAGENE	SPRAY 75ML	MAX 5 PZ/MESE
	SPRAY 125 ML	MAX 3 PZ/MESE
MEDICAZIONI STERILI NON ADERENTI CON ARGENTO CON MATRICE LIPIDICA	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE ASSORBENTE CONTENENTE CARBOSSIMETILCELLULOSA (O CMC SODICA) CON ARGENTO	8X5 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
	10X10 CM	
	NASTRO	
MEDICAZIONE ASSORBENTE ANTIBATTERICA A BASE DI FIBRE DI ALGINATO, CON ARGENTO E CMC AD ALTO POTERE ASSORBENTE PER LA GESTIONE DI LESIONI INFETTE ALTAMENTE ESSUDANTI E SANGUINANTI	5X5 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
	10X10 CM	
MEDICAZIONI STERILI NON ADERENTI CON ANTISETTICO	5X5 CM 10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE ASSORBENTE IN SCHIUMA DI POLIURETANO CONTENENTE ARGENTO, SENZA BORDO	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE ANTIMICROBICA NON ADERENTE IN SCHIUMA DI POLIURETANO E ARGENTO AD ALTO POTERE ASSORBENTE DELL'ESSUDATO	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
MEDICAZIONE ASSORBENTE AL CARBONE ATTIVO E ARGENTO	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
	10X17,5 CM	
MEDICAZIONE NON ASSORBENTE A RILASCIO D'ARGENTO	10X10 CM	10 PZ/MESE PER OGNI LESIONE CUTANEA
	10X20 CM	

Capitolo III

R. COLLAGENASI		
CATEGORIA PRODOTTO	MISURE	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
COLLAGENASI	UNGUENTO	MAX 5 PZ/MESE
COLLAGENASI + CLORAMFENICICOLO	UNGUENTO	MAX 5 PZ/MESE
COLLAGENASI + AC. IALURONICO	UNGUENTO	MAX 5 PZ/MESE

*Le collagenasi anche se farmaci di fascia C sono utili nelle cure domiciliari per il debridement delle lesioni croniche con tessuto necrotico o fibrinoso, tali che non necessitano dell'intervento del chirurgo e possono essere gestite facilmente dall'infermiere e con un minor costo.

N.B.: Le quantità delle singole medicazioni potranno variare solo in casi particolari indicati, previa giusta motivazione relazionata, dal MMG/PLS o dallo specialista proscrittore.

Le medicazioni per la pressione negativa saranno acquistate a seconda dell'esigenza del singolo paziente.

Capitolo IV

ELENCO SOLUZIONI INFUSIONALI INCLUSE NEL PT-CDI

SOLUZIONE	PRINCIPIO ATTIVO	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
SOLUZ. FISIOLÓGICA 250ML	SODIO CLORURO 0.9%	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
SOLUZ. FISIOLÓGICA 500ML	SODIO CLORURO 0.9%	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
SOLUZ. GLUCOSATA 5% 250ML	GLUCOSIO 5%	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
SOLUZ. ELETTROLITICA REIDRATANTE 500ML*	SODIO CLORURO + POTASSIO CLORURO + CALCIO CLORURO + MAGNESIO CLORURO + SODIO ACETATO + SODIO CITRATO	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
AMINOACIDI A CATENA RAMIFICATA 500ML 4%**	L-ARGININA, L-ISOLEUCINA, L-LEUCINA, L-VALINA	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
MANNITOLE 18% 250ML	MANNITOLE	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA

*erogabile esclusivamente in caso di disidratazione

**erogabile esclusivamente ai pazienti cirrotici con encefalopatia epatica.

Capitolo III

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	6 PZ/MESE
AGHI DI HUBER PER PORT CON SISTEMA DI SICUREZZA	30 PZ/MESE
CEROTTO TNT ANALLERGICO 5X5	5 PZ/MESE
CEROTTO MEFIX 10 CMX15 M	1 PZ/MESE
BENDE ORLATE 10X5	15 AL MESE
DEFLUSSORI	3 PZ/MESE
GARZE STERILI 18X40	30 PZ/MESE PER OGNI PIAGA
GARZE STERILI 36X40	30 PZ/MESE PER OGNI PIAGA
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 CON SISTEMA DI SICUREZZA	10 PZ/MESE
AGO CANNULA G 18 CON SISTEMA DI SICUREZZA	10 PZ/MESE
AGO CANNULA G 20 CON SISTEMA DI SICUREZZA	10 PZ/MESE
AGO CANNULA G 22 CON SISTEMA DI SICUREZZA	10 PZ/MESE
COTONE IDROFILO 500 GR	1 PZ/MESE
SISTEMA DI FISSAGGIO SUTURELESS TIPO STATLOCK/GRIPOLOCK	5 PZ/MESE
KIT PER LA MEDICAZIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI	5 PZ/MESE
KIT PER PARACENTESI	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
KIT PER TORACENTESI	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
POMPA ELASTOMERICA STANDARD 60ML 0,5ML/H; 1,0ML/H; 2,0ML/H; 4,0ML/H	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA
POMPA ELASTOMERICA STANDARD 100ML 0,5ML/H; 1,0ML/H; 2,0ML/H; 4,0ML/H	SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA

Capitolo III

CONT. ELENCO PRESIDI INCLUSI NEL PT-CDI

PRESIDI	QUANTITA' MASSIMA MENSILE
GUANTI STERILI MONOUSO	MAX 30 PAIA/MESE
TELINI STERILI MONOUSO	MAX 30/MESE

N.B.: Le quantità relative ai presidi potranno variare solo in casi particolari indicati, previa giusta motivazione relazionata, dal MMG/PLS o dallo specialista proscrittore.

Mod. H

SERVIZIO SANITARIO REGIONE CAMPANIA

AZIENDA.....

MOD. H

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

UNITÀ 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.

ASL 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 del ciclo terapeutico(gg.).....per (*) max 3 mesi.....

Dichiara altresì, che detto ciclo terapeutico, insostituibile, indispensabile e alternativo di ospedalizzazione, sarà effettuato a domicilio del paziente sotto la mia responsabilità dopo aver adeguatamente informato il medico curante ed ed istruito il paziente sulle modalità di somministrazione e su possibili effetti collaterali che potrebbero richiedere un cambiamento di posologia o una interruzione della terapia stessa. Dichiara, inoltre, di aver acquisito gli 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 30gg 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 modello.

N.B. Tutti i campi sono obbligatori

Legenda

AA.00. = Aziende Ospedaliere

AA.SS.LL. = Aziende Sanitarie Locali

AA.UU.PP. = Aziende Universitarie Provinciali

CDI = Cure Domiciliari Integrate

Confezione = contiene più pezzi

MMG = Medico di Medicina Generale

Pezzo = es. 1 garza, 1 medicazione etc.

PLS = Pediatra di Libera Scelta

PT = Prontuario Terapeutico

Indice

Premessa	pag. 3 – 4
Modalità di compilazione della modulistica PT-CDI.	pag. 5 – 6
Modalità di prescrizione per i farmaci di fascia H	pag. 7 – 8
Medicazioni e disinfettanti inclusi nel PT-CDI.	pag.9 -16
Elenco soluzioni infusionali incluse nel PT-CDI.pag.17
Elenco presidi inclusi nel PT-CDI.pag.18-19
MOD. 9 per la prescrizione	pag. 20
MOD. H Scheda Regionale Farmaci H OSP 2.	pag. 21
Legenda	pag. 22

ASL AVELLINO

Via Degli Imbimbo, 10/11

83100 Avellino

ANNO 2016