



ALLEGATO A bis

Condizioni e limitazioni per la prescrivibilità dei farmaci a carico del SSN

1. Ricettari S.S.N.

- 1.1. Ogni Medico prescrittore del SSN, convenzionato o dipendente del SSN (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri) che abbia necessità – nell'esercizio delle propria attività – di prescrivere farmaci, **DEVE** dotarsi del ricettario medico standardizzato a lettura ottica, secondo il modello predisposto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 50 del Decreto Legge n. 269 del 30 settembre 2003, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 326 del 24 novembre 2003;
- 1.2. I Servizi Aziendali competenti alla consegna dei ricettari sono tenuti alla consegna dei ricettari di cui sopra ad ogni medico prescrittore, contestualmente dotando lo stesso di apposito codice individuale, essendo espressamente abolita la possibilità di utilizzare i cd "ricettari di reparto";
- 1.3. I Servizi Aziendali di cui sopra sono tenuti alla registrazione e numerazione dei ricettari consegnati ai singoli soggetti prescrittori utilizzando le procedure informatiche all'uopo predisposte in esecuzione del citato art. 50 della L. 326/2003;
- 1.4. I medici ospedalieri **NON POSSONO** utilizzare detto ricettario SSN nel corso delle visite effettuate in regime di libera professione sia *intra* che *extra moenia*

2. Prescrizione dei farmaci a carico del SSN

- 2.1. Tutti i medici convenzionati con il SSN, dipendenti del SSN o operanti per conto dello stesso, compresi i medici degli ospedali pubblici e convenzionati accreditati e i medici specialisti convenzionati e accreditati con il SSN sono tenuti – all'atto della prescrizione - ad applicare e rispettare le condizioni e limitazioni d'impiego dei medicinali contenute nelle schede tecniche approvate con il decreto AIC di autorizzazione all'immissione in commercio in Italia;
- 2.2. I medici di cui al punto precedente sono tenuti altresì – all'atto della prescrizione a carico del SSN - al rispetto delle limitazioni prescrittive di cui alle note AIFA. In caso di prescrizione al di fuori delle limitazioni previste dalle Note AIFA vigenti, il medico è tenuto ad effettuare la stessa su ricettario bianco e ad informare il paziente della non erogabilità del farmaco a carico del SSR ;
- 2.3. Il rispetto delle condizioni e limitazioni di cui ai punti precedenti è dovuto dai medici succitati quando prescrivono medicinali a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sia in regime di convenzione con il SSN che - nel caso di libera professione sia *intra* che *extra moenia* – all'atto della trasmissione della proposta terapeutica indirizzata al MMG o al PLS;

- 2.4. I medici di cui al punto 2.1 (ad eccezione dei medici operanti presso strutture private - anche se accreditate convenzionate – non dotati di ricettario SSN) quando prescrivono medicinali a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, **devono** prescrivere su ricettario SSN - nel rispetto della normativa nazionale e regionale - i farmaci concedibili a carico del SSN (ivi compresi quelli soggetti a particolari limitazioni quali note AIFA, diagnosi e piano terapeutico etc.). I farmaci non concedibili a carico del SSN dovranno essere prescritti utilizzando il ricettario personale del medico (cd. ricetta bianca);
- 2.5. In caso di farmaco soggetto a prescrizione da parte di un Centro specialistico previa redazione del Piano Terapeutico, all'atto della prima prescrizione il medico operante presso il Centro autorizzato, compila il suddetto Piano in triplice copia (per il Centro, per il Medico di Medicina Generale del paziente e per il Servizio farmaceutico territoriale competente per territorio) e – contestualmente – redige la ricetta SSN per consentire l'avvio della terapia. In caso di farmaco di fascia A, essa verrà spedita presso una farmacia convenzionata; in caso di farmaco inserito nel PHT – fatte salve le specialità medicinali a base di principi attivi di cui la Giunta Regionale ha disposto o disporrà la distribuzione diretta ed esclusiva - essa potrà essere spedita sia presso la farmacia ospedaliera del presidio territorialmente competente sia presso le farmacie convenzionate;
- 2.6. Il Piano Terapeutico non può essere redatto dal medico a seguito delle visite professionali effettuate *intra moenia*, atteso che l'autorizzazione alla diagnosi e terapia – e quindi alla redazione del Piano stesso – è rilasciata dalla Regione a Centri Specializzati esclusivamente per le attività dei medici operanti presso lo stesso in regime di dipendenza/convenzione SSN;

3. Limitazioni per la prescrivibilità dei farmaci a carico del SSN

- 3.1 I F.A.N.S. utilizzati per via iniettiva possono essere prescritti con limitazione di 1 pezzo max a ricetta.;
- 3.2 La limitazione di cui al punto precedente non si applica in caso di prescrizione di F.A.N.S. utilizzati per via iniettiva, impiegati per la terapia del dolore destinata a pazienti oncologici appositamente individuati con il codice di esenzione 048;
- 3.3 **I farmaci afferenti alle seguenti categorie ATC:**
- ◆ C10AA – inibitori della HMG- CoA reduttasi;
 - ◆ C10BA- inibitori della HMG- CoA reduttasi + altri modificatori di lipidi;
 - ◆ C09CA: antagonisti dell'angiotensina II non associati;
 - ◆ C09DA: antagonisti dell'angiotensina II associati a diuretici;

le cui confezioni contengono un numero di dosi sufficiente a garantire un mese di terapia (28 o 30 cpr) dovranno essere prescritti in regime di Servizio Sanitario Regionale con la limitazione di 1 pezzo max a ricetta.

- 3.4 La limitazione di cui al punto precedente non si applica per le confezioni da 28 compresse di valsartan alla dose di 40 mg, 80 mg e 160 mg utilizzato due volte al giorno quando prescritto nel trattamento dell'infarto del miocardio recente e dell'insufficienza cardiaca;
- 3.5 **Non è consentita la sostituzione della terapia in atto a pazienti affetti da patologie croniche, fatta salva naturalmente la necessità scaturente da comprovate esigenze cliniche e la redazione di apposita relazione per il medico curante;**
- 3.6 **Non è consentito al medico prescrittore apporre sulla ricetta correzioni - anche se controfirmate - riguardanti la tipologia, il numero di confezioni, il dosaggio del farmaco prescritto, la data e la nota AIFA di riferimento.**

4. Prescrizione di medicinali al di fuori delle condizioni autorizzate

4.1 Qualora il medico di cui al punto 2.1 del presente allegato prescriva un farmaco, pur registrato in Italia, per indicazioni non previste nel Decreto di AIC (cd. uso "off label") può effettuare tale prescrizione – **esclusivamente su ricetta "bianca"** - purchè in conformità alle limitazioni previste dalla vigente normativa:

- Il medico ritenga – e dichiari – in base a dati documentabili, che il paziente non possa utilmente essere trattato con altri farmaci per cui quell'indicazione terapeutica – o quella via o modalità di somministrazione - sia stata già approvata;
- L'utilizzo del farmaco sia noto e conforme a lavori pubblicati su pubblicazioni scientifiche internazionali;
- Si informi accuratamente il paziente in merito ad un uso non autorizzato e se ne acquisisca il consenso informato;
- Si informi il paziente della non erogabilità del farmaco a carico del SSN;

5. Disposizioni per la prescrizione e dispensazione di farmaci a favore di pazienti assistiti in RSA

5.1. Ai sensi della D.G.R. n. 732 del 07.08.2008 i farmaci destinati a pazienti assistiti in R.S.A. individuati con il codice di contrassegno 1 **DEVONO** costituire la dotazione minima dell'armadio farmaceutico della struttura. I costi dei predetti farmaci sono a carico della struttura stessa;

5.2. Ai sensi della D.G.R. n. 732 del 07.08.2008 i farmaci destinati a pazienti assistiti in R.S.A. individuati con il codice di contrassegno 2 **DEVONO** essere dispensati esclusivamente dalle farmacie ospedaliere delle AA.SS.LL.;

5.3. I medici della struttura possono prescrivere a favore dei pazienti in RSA esclusivamente i farmaci di cui al Prontuario per Residenze Sanitarie Assistenziali approvato con DGR 732/2008 e successive modifiche e integrazioni. Eventuali farmaci non ricompresi nel predetto Prontuario sono a carico delle RSA stesse;

5.4. In caso di prescrizione di farmaci con contrassegno 2 a favore di paziente ricoverato in RSA ed effettuata su ricetta SSN anziché sulla apposita modulistica prevista dalla DGR 732/2008, il medico è tenuto a riportare la dizione (paziente ricoverato presso *indicare il nome della struttura*). Detta ricetta può essere spedita esclusivamente presso le farmacie ospedaliere;

5.5. Il Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale dalla Direzione Politiche della Salute è tenuto a definire, con successivo provvedimento, le modalità di prescrizione dei farmaci per pazienti in RSA, al fine di consentire alle AA.SS.LL. di ottemperare agli obblighi di trasmissione dei dati della Distribuzione diretta derivanti dal DM 31.07.2007.



ALLEGATO B bis

Condizioni e limitazioni per l'erogazione dei farmaci a carico del SSN

Al fine di sancire in modo chiaro ed inequivocabile le modalità di dispensazione in vigore nella Regione Abruzzo relative alle diverse tipologie di farmaci siccome classificate dall'Agenzia Italiana del Farmaco, si riepiloga quanto di seguito:

1. Tipologia di farmaci dispensabili al pubblico a carico del SSN esclusivamente dalle farmacie ospedaliere
 - 1.1 Farmaci H-RRL e H-RNRL su diagnosi di un centro ospedaliero o struttura specialistica autorizzata e prescrizione specialistica, secondo le disposizioni regionali;
 - 1.2 Farmaci H-RR e H-RNR esclusivamente su prescrizione di medico ospedaliero;
 - 1.3 Farmaci di cui al PHT per i quali la Regione abbia disposto la distribuzione diretta esclusiva;
 - 1.4 Farmaci inseriti nell'elenco – siccome aggiornato periodicamente dall'Agenzia Italiana del Farmaco - di cui alla L. 648/96;**
 - 1.5 -Farmaci prescritti – con modalità e secondo modulistica da rendersi con successive disposizioni del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute - a pazienti in ADI e in RSA .**

2. Farmaci di cui al PHT per i quali la Regione Abruzzo ha disposto la distribuzione diretta esclusiva
 - 2.1 Farmaci di cui alla ex-nota 12 (eritropoietine);
 - 2.2 Farmaci di cui alle ex note 30 e 30 bis (fattori di crescita granulocitari);
 - 2.3 Farmaci di cui alle ex note 32 e 32 bis (interferoni e lamivudina);
 - 2.4 Farmaci di cui alla nota 39;
 - 2.5 Farmaci di cui alla nota 40;
 - 2.6 Farmaci di cui alla nota 51;
 - 2.7. Farmaci di cui alla nota 74;
 - 2.8 Farmaci ematologici compresi nel PHT;
 - 2.9 Farmaci a base di eparine a basso peso molecolare per 30 gg. di terapia, purchè prescritte:
 - **dal medico ospedaliero all'atto della dimissione dal ricovero ordinario o diurno, nonché in seguito a visita specialistica ambulatoriale;**
 - **dal medico di struttura privata accreditata e convenzionata all'atto della dimissione dal ricovero e da visita specialistica ambulatoriale, all'uopo utilizzando la modulistica che sarà predisposta con successivo provvedimento dal Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute.**
 - 2.10 Farmaci a base del principio attivo prasugrel, inserito nel Prontuario Terapeutico Regionale, con DG8/23 del 25.02.2010 e prescritto sulla base di apposito piano terapeutico definito dall'AIFA;**

2.11 Farmaci a base del principio attivo clopidogrel + ASA inserito nel Prontuario Terapeutico Regionale, con DG8/47 del 28.04.2011 e prescritto sulla base di apposito piano terapeutico definito dall'AIFA;

2.12 Farmaci a base di incretino mimetici e DDP – 4 inibitori e le loro associazioni;

2.13 Farmaci a base del principio attivo dronedarone sulla base di piano terapeutico a valenza Regionale, siccome approvato dalla Commissione Regionale del Farmaco con DG8/46 del 28.04.2011;

2.14 Farmaci a base del principio attivo degarelix inserito nel Prontuario Terapeutico Regionale, con DG8/74 del 06.07.2011 e prescritto sulla base di apposito piano terapeutico definito dall'AIFA;

3. Tipologia di farmaci dispensabili al pubblico sia dalle farmacie convenzionate che dalle farmacie ospedaliere

3.1 Farmaci di fascia A purché – in caso di dispensazione presso le farmacie ospedaliere – erogati a pazienti all'atto della dimissione dal ricovero o da visita specialistica ambulatoriale;

3.2 Farmaci di cui al PHT per i quali la Regione non abbia disposto la distribuzione diretta esclusiva;

3.3 Farmaci di fascia C solo se espressamente previsto da normativa nazionale;

3.4 Farmaci di cui al PHT per i quali la Regione ha disposto la distribuzione diretta esclusiva ma di cui la farmacia ospedaliera è temporaneamente sprovvista (in tal caso è necessario un apposito ed espresso nulla osta della farmacia ospedaliera interessata);

4. Condizioni per la dispensazione dei farmaci - all'atto della dimissione dal ricovero (primo ciclo terapeutico) o da visita specialistica ambulatoriale - nelle strutture ospedaliere per l'utilizzo domiciliare

4.1. L'erogazione dei farmaci, prescritti all'atto della dimissione dal ricovero (primo ciclo terapeutico) o da visita specialistica ambulatoriale - nelle strutture ospedaliere per l'utilizzo domiciliare - deve avvenire solo attraverso la Farmacia interna del Presidio Ospedaliero nel rispetto delle seguenti indicazioni:

a) Il farmaco prescritto sia concedibile SSN e sia afferente la patologia che ha indotto al ricovero o alla visita specialistica;

b) Siano rispettate le limitazioni prescrittive individuate dalle Note AIFA, qualora i farmaci da erogare vi siano soggetti;

c) In caso di farmaco soggetto a piano terapeutico, quest'ultimo sia regolarmente compilato dal Centro autorizzato;

d) La prescrizione sia redatta su ricetta SSN regolarmente compilata con tutti i formalismi previsti dalla normativa in materia (codice fiscale paziente, codice ASL e codice Regione, data, timbro e firma del medico prescrittore);

4.2. I farmaci di fascia A – fatta esclusione per quelli inseriti nel PHT di cui la Regione ha disposto la distribuzione diretta esclusiva – **devono** essere dispensati in quantità sufficiente per completare la terapia prescritta purché non si superino i 30 gg.

4.3. I farmaci di fascia A inseriti nel PHT devono essere dispensati dalle Farmacie Ospedaliere – nel rispetto delle modalità organizzative adottate dalla Farmacia stessa – in quantità sufficiente sino al controllo successivo o – in caso di terapia alla dimissione dal ricovero – per l'intero ciclo terapeutico;

4.4. La dispensazione dei farmaci per il primo ciclo terapeutico presso la Farmacia interna del Presidio Ospedaliero deve essere effettuata da un farmacista abilitato all'esercizio della

professione. Qualora l'organizzazione aziendale preveda la possibilità di consegna dei farmaci in dimissione da parte del personale infermieristico il farmacista deve a tal fine predisporre idonea confezione contenente i farmaci prescritti adottando tutte le iniziative necessarie a garantire il rispetto della tracciabilità del paziente, del medico prescrittore nonché del farmacista preparatore;

- 4.5. Le disposizioni di cui al presente punto 4 devono essere applicate anche dai presidi ospedalieri privati convenzionati. A tal fine la ASL territorialmente competente è tenuta, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del deliberato di riferimento, a disciplinare le modalità di accesso al farmaco ai pazienti in dimissione da ricovero o visita specialistica dalle suddette strutture, stipulando con le stesse apposita convenzione;**
- 4.6. Non è consentita – relativamente alle prescrizioni inerenti farmaci per il primo ciclo terapeutico e farmaci inseriti nel PHT di cui la Regione ha disposto la distribuzione diretta esclusiva - la spedizione delle ricette prescritte dai medici ospedalieri presso le farmacie convenzionate pubbliche e private, fatta eccezione per le prescrizioni effettuate dai medici operanti presso le UU.OO. di Pronto Soccorso.**

Metodologia del sistema di valutazione per i Medici di Medicina Generale.

Il presente documento esplicita la metodologia applicata per la valutazione della performance dei MMG in termini di spesa farmaceutica.

Fonte dati:

Sono stati utilizzati i dati relativi alle ricette dell'anno 2010, che costituiscono il cosiddetto file D. I dati sono stati forniti, in forma aggregata per medico, da Recordata. Le caratteristiche principali dei dati sono illustrate in tabella 1.

Indicatore utilizzato:

L'indicatore misurato è costituito dalla spesa pro capite del singolo MMG (Spc) calcolato nel seguente modo:

Numeratore: spesa lorda per farmaci prescritti nel periodo in esame ad eccezione dei farmaci appartenenti al PHT escluse le eparine a basso peso molecolare.

Denominatore: numero di assistibili pesato per sesso ed età (pesi OsMed).

Definizione di “altospendenti”:

Per stabilire le fasce del presente Sistema di Valutazione (SV) sono state calcolate le medie della Spc per ASL e le relative deviazioni standard (DS) escludendo dalla distribuzione della Spc dei MMG i valori al di sotto di 100 € e al di sopra di 330 € per rendere più stabili le misure utilizzate (Tabella 3). L'esclusione di tali valori dalla distribuzione si è resa necessaria dal fatto che la media e la deviazione standard risentono dei valori estremi che in questo caso potrebbero essere dovuti a situazioni particolari legati alla popolazione trattata o a problemi di qualità del dato.

Dalla distribuzione delle medie e DS per ASL è stato possibile individuare la ASL con la media più bassa ed è stata utilizzata tale media (M1), pari a 205€ pro capite, e la relativa DS (DS1), pari a 40€ pro capite, per costruire un numero adimensionale, che abbiamo chiamato z-score, secondo il quale abbiamo stabilito le fasce di spesa per collocare il medico.

z-score: (media della Spc del MMG – M1) / DS1

In seguito a tale formula, collocare il medico nelle classi di spesa risulta possibile sottraendo alla propria Spc la media M1 (205€) e dividendo il risultato per la DS1 (40€).

Sono stati definiti altospendenti i medici con $z > 0$, cioè con una Spc superiore a 205€ e non altospendenti i medici con $z \leq 0$, con Spc inferiore o uguale a 205€ (Tabella 4).

Il sistema risulta composto da sei fasce (Tabella 5):

fascia **A**: $z \leq -2$ che corrisponde a valori di Spc ≤ 125 €

fascia **B**: $-2 < z \leq -1$ che corrisponde a valori di Spc compresi tra 125€ e 165€

fascia **C**: $-1 < z \leq 0$ che corrisponde a valori di Spc compresi tra 165€ e 205€

fascia **A1**: $0 < z \leq 1$ che corrisponde a valori di Spc compresi tra 205€ e 245€

fascia **B1**: $1 < z \leq 2$ che corrisponde a valori di Spc compresi tra 245€ e 285€

fascia **C1**: $z > 2$ che corrisponde a valori di Spc > 285 €

Tali fasce permetteranno di impostare il SV per la collocazione del medico.

Definizione dei periodi per la valutazione del risultato.

Per verificare il risultato, in una fase sperimentale, vengono utilizzati i dati del IV trimestre 2011 e confrontati con i dati del 2010.

Table

Tab. 1 - Totale spesa lorda (escluso il PHT ma incluse le Eparine), assistibili e numero MMG - Anno 2010

Asl	Spesa lorda	Assisitibili	N. MMG
Avez - Sulm - AQ	56.465.413	280.882	235
Lanc - CH - Vasto	80.364.444	369.049	313
Pescara	61.619.458	299.642	242
Teramo	59.719.032	289.060	226
ABRUZZO	258.168.346	1.238.633	1.016

Tab. 2 - Statistiche generali per ASL relative alla spesa lorda pro-capite pesata (escluso il PHT ma incluse le Eparine) - Anno 2010

Asl	min	MAX	Media	Dev_ST
Avez - Sulm - AQ	€ 97	€ 367	€ 207	€ 45
Lanc - CH - Vasto	€ 103	€ 379	€ 220	€ 37
Pescara	€ 33	€ 360	€ 205	€ 46
Teramo	€ 47	€ 338	€ 208	€ 36
ABRUZZO	€ 33	€ 379	€ 211	€ 42

Tab. 3 - Statistiche generali per ASL relative alla spesa lorda pro-capite pesata escluse le code (<100€ per N. 7 MMG e >330€ per N. 10 MMG) - Anno 2010

Asl	min1	MAX1	Media1	Dev_ST1
Avez - Sulm - AQ	€ 114	€ 322	€ 205	€ 40
Lanc - CH - Vasto	€ 103	€ 315	€ 219	€ 35
Pescara	€ 109	€ 329	€ 207	€ 41
Teramo	€ 130	€ 304	€ 209	€ 33
ABRUZZO	€ 103	€ 329	€ 210	€ 38

Tab. 4 - Distribuzione dei medici altospendenti e non, per ASL - Anno 2010

Asl	NON ALTOSPENDENTI	ALTOSPENDENTI
	N. med con Spc <= media	N. med con Spc > media
Avez - Sulm - AQ	117	118
Lanc - CH - Vasto	99	214
Pescara	116	126
Teramo	102	124
ABRUZZO	434	582

Tab. 5 - Distribuzione del numero di medici secondo classi di z-score e ASL e suddivisione dei bonus.

Asl	Non altospendenti			Altospendenti		
	A	B	C	A1	B1	C1
	$z \leq -2$	$z > -2$ e $z \leq -1$	$z > -1$ e $z \leq 0$	$z > 0$ e $z \leq 1$	$z > 1$ e $z \leq 2$	$z > 2$
	Spc $\leq 125\text{€}$	$125\text{€} < \text{Spc} \leq 165\text{€}$	$165\text{€} < \text{Spc} \leq 205\text{€}$	$205\text{€} < \text{Spc} \leq 245\text{€}$	$245\text{€} < \text{Spc} \leq 285\text{€}$	Spc $> 285\text{€}$
Avezzano - Sulmona - L'Aquila	3	37	77	80	26	12
Lanciano - Chieti - Vasto	2	21	76	142	59	13
Pescara	12	32	72	85	30	11
Teramo	2	21	79	93	27	4
Abruzzo	19	111	304	400	142	40



Regione Abruzzo

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE ⁽¹⁾

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

La prescrizione di dronedarone è a carico del SSN solo se prescritta dal medico cardiologo, internista, geriatra del SSN se rispondente alle seguenti condizioni:

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

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

Adulti clinicamente stabili con:

- Anamnesi di fibrillazione atriale (FA) in pazienti che necessitano di un controllo del ritmo e che non tollerano altri farmaci
- FA non permanente in corso che richiedono un controllo della frequenza ventricolare e che non tollerano il beta bloccante, calcio antagonisti non diidropiridinici o l'amiodarone

MOTIVAZIONE PER CUI E' STATO PRESCRITTO IL FARMACO COME ALTERNATIVA ALL'AMIODARONE

- per prevenire una recidiva di FA
- per diminuire la frequenza di risposta ventricolare in corso di FA non permanente

MOTIVO DELLA NON SOMMINISTRAZIONE DI AMIODARONE

- IPERSENSIBILITA' ALLO IODIO
 - PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO
 - ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE
- specificare:
- alterazione della funzione tiroidea
 - malattia autoimmune tiroidea
 - gozzo

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dronedarone 400 mg compresse

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____ (max 6 mesi) ⁽²⁾

Indicare se: Prima prescrizione prosecuzione della cura

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico prescrittore

⁽¹⁾ Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico curante che ha in carico l'assistito.
⁽²⁾ Non oltre 6 mesi. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.