

## **Prescrizione e Somministrazione di terapie iniettive presso un centro ospedaliero non afferente alla Rete regionale malattie rare**

La prescrizione delle terapie per il trattamento di pazienti affetti da malattie rare può essere effettuata esclusivamente dai medici operanti in un centro afferente alla rete regionale malattie rare o in centri di riferimento extra-regionali autorizzati.

Tenuto conto della particolare fragilità dei pazienti affetti da malattie rare e delle difficoltà che possono presentarsi per raggiungere i centri di riferimento regionali, ovvero in caso di prescrizioni effettuate da centri di riferimento fuori Regione, si ritiene necessario prevedere la prosecuzione di terapie iniettive, in un presidio ospedaliero della ASL di residenza del paziente che, pur non appartenendo alla rete regionale delle malattie rare, si fa carico della somministrazione della terapia.

**Si precisa che tale percorso può essere attivato anche per i farmaci per malattia rara sottoposti a registro di monitoraggio AIFA.**

Il Centro Prescrittore (sia esso un presidio della Rete Regionale Malattie Rare o un centro di riferimento extra-regionale autorizzato) ai fini della somministrazione al di fuori del proprio centro è tenuto ad informare il Referente Regionale Malattie Rare (dr.ssa Di Michele Silvia – ASL Pescara), al fine di verificare la possibilità di somministrare la terapia in un presidio ospedaliero della ASL di residenza del paziente e per prendere contatto con i clinici per i successivi adempimenti.

Sarà cura del Responsabile dell'Unità Operativa delegata alla somministrazione della terapia iniettiva una volta sottoscritta la Proposta Terapeutica per accettazione, richiedere alla propria Farmacia Ospedaliera di avviare l'iter amministrativo necessario ai fini dell'approvvigionamento del farmaco.

Si precisa altresì che nel caso specifico di farmaci sottoposti a registro di monitoraggio AIFA, la compilazione dello stesso è compito del Centro Prescrittore (sia esso regionale che extra-regionale) che è, pertanto, **responsabile della prescrizione.**

Il **Centro Prescrittore** dovrà compilare il registro web AIFA selezionando, nella sezione "Dispensazione", la farmacia ospedaliera del centro ospedaliero della ASL di residenza del paziente che, **previo accordo**, effettuerà la somministrazione.

Si precisa, inoltre, che tutte le visite di rivalutazione previste dal registro di monitoraggio AIFA - dovranno essere effettuate dal **Centro Prescrittore**, e durante tali visite sarà valutato anche l'andamento della terapia, la sua prosecuzione o l'eventuale interruzione.

Il Centro che effettua la somministrazione è responsabile di tutti gli adempimenti relativi alla segnalazione di eventuali sospette reazioni avverse da farmaco che si dovessero verificare a seguito della somministrazione del farmaco ed è tenuto ad informare il centro prescrittore di qualsiasi eventuale problema dovesse insorgere durante o successivamente alla somministrazione del farmaco stesso.

---

**PROPOSTA TERAPEUTICA FARMACI INIETTIVI PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA RARA (cod. esenzione \_\_\_\_\_)**

A cura del Centro di Riferimento afferente alla rete regionale o extra regionale

---

**A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

P.O. \_\_\_\_\_ ASL: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**DATI DEL PAZIENTE**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Asl di appartenenza \_\_\_\_\_

Patologia \_\_\_\_\_ Codice esenzione \_\_\_\_\_

**Terapia prescritta\*:** .....

\*Il primo ciclo di terapia dovrà sempre essere effettuato presso il Centro della RETE

**Indicazione terapeutica rimborsata**      **SI**       **NO\*** 

- *Se no, compilare Allegato 4 di cui alla DGR 808/2017*

**TERAPIA FARMACOLOGICA PRESCRITTA****Farmaco Da Somministrare presso:**

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

P.O.: \_\_\_\_\_ ASL: \_\_\_\_\_

**Principio attivo:** \_\_\_\_\_ **Via parenterale:** \_\_\_\_\_**Denominazione del medicinale:** \_\_\_\_\_

**Dosaggio richiesto:** \_\_\_\_\_

# Specificare l'unità di misura, esempio g/die, ml/die, ecc:

**Schema posologica:** \_\_\_\_\_

**Durata del trattamento:** \_\_\_\_\_ (specificare settimane/mesi)

**Da somministrare in regime di:**  ricovero ordinario  day hospital  ambulatorio

**FARMACO SOTTOPOSTO A REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA:** Si  No

NEL CASO DI FARMACI SOTTOPOSTI A **REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA**  
ALLEGARE COPIA CARTACEA DELLA SCHEDA DI PRESCRIZIONE AIFA A CURA DEL  
CENTRO DELLA RETE

**Indicare data prossima visita di controllo presso il Centro Prescrittore:** **gg/mm/aa**  
(e comunque mai oltre 6 mesi dalla prescrizione)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Prescrittore

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

---

**PARTE RISERVATA AL CENTRO DOVE VIENE SOMMINISTRATA LA TERAPIA**

**DATI DEL MEDICO**

Cognome e Nome : \_\_\_\_\_

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

P.O.: \_\_\_\_\_

ASL: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_

Il Responsabile di Unità Operativa si impegna a fornire al centro prescrittore tutte le informazioni relative ad eventuali problematiche emerse durante la somministrazione.

Eventuali segnalazioni al centro prescrittore: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'Unità Operativa

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)