

MEDICINALI INDUSTRIALI

AD USO UMANO:

dispensazione in farmacia

**Dr.ssa Gabriella Cieri
2024**

Costituzione della Repubblica Italiana: art.32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Definizione di medicinale

Ogni sostanza o associazione di sostanze

- ❖ presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane (o animali);
- ❖ che può essere utilizzata sull'uomo (o sull'animale) o somministrata all'uomo allo scopo di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica.

Definizione di medicinale

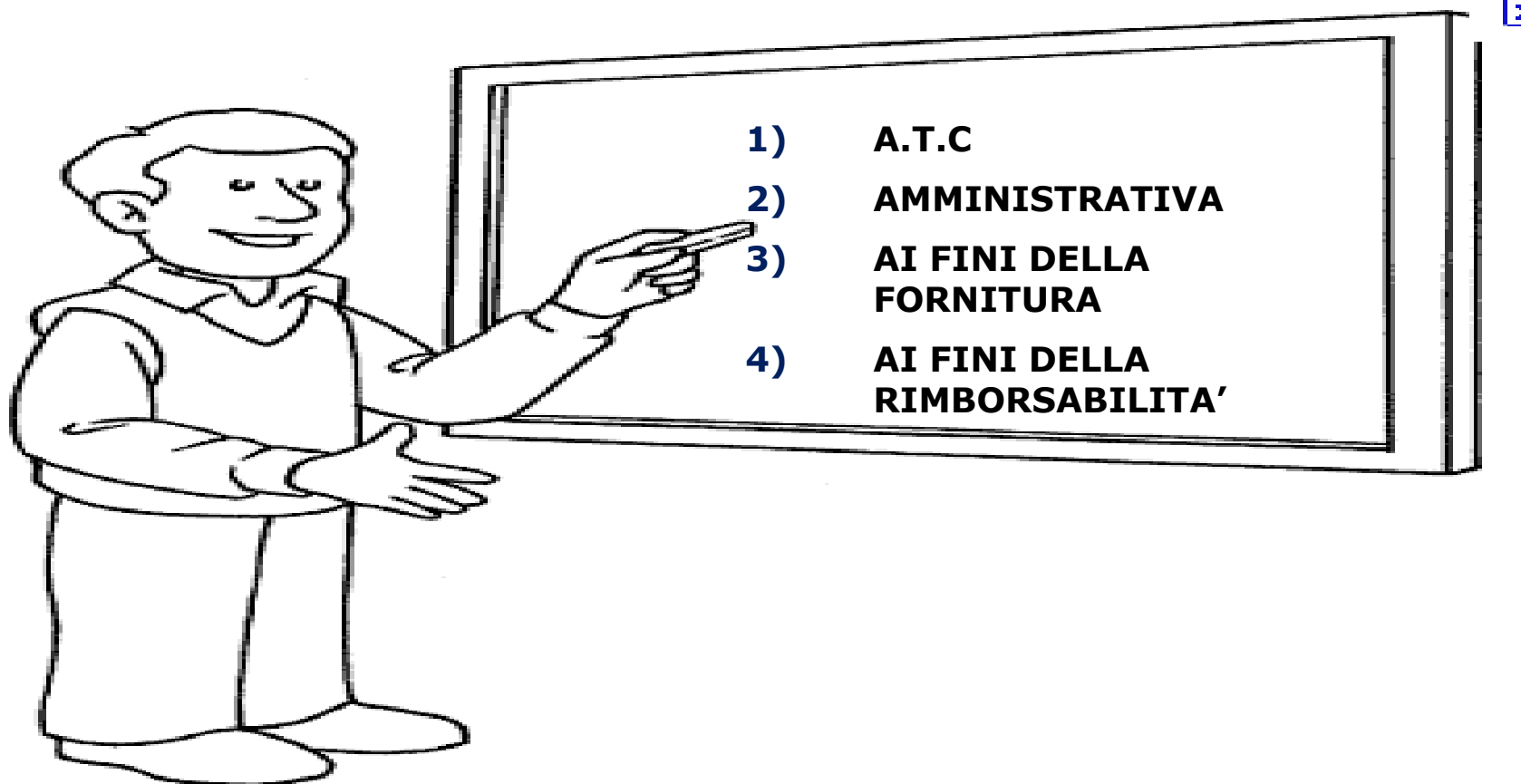
Cosa si intende per SOSTANZA?

Ogni materia, indipendentemente dall'origine.

Tale origine può essere:

- ❖ **UMANA**, come il sangue umano e suoi derivati;
- ❖ **ANIMALE**, come microrganismi , animali interi, parti di organi, secrezioni animali, tossine, sostanze ottenute per estrazione;
- ❖ **VEGETALE**, come piante, parte di piante, secrezioni vegetali, sostanze ottenute per estrazione;
- ❖ **CHIMICA**, come elementi, materie chimiche naturali e prodotti chimici di trasformazione e di sintesi.

CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DI UN MEDICINALE



CLASSIFICAZIONE A.T.C DEI MEDICINALI

**Sistema "Anatomico Terapeutico Chimico" (ATC)
corrispondente alla banca dati disponibile presso il
Ministero della Salute.**

Ove necessario si è proceduto a sotto-classificazioni per fare in modo che all'interno di una "categoria omogenea" i farmaci fossero comparabili per struttura chimica, attività biologica, meccanismo d'azione, efficacia clinica, sicurezza del trattamento e/o costo del ciclo terapeutico.

e.s. TACHIPIRINA compresse - N02BE01

**ATC = N (gruppo anatomico principale: sistema nervoso centrale)
02 (gruppo terapeutico principale: analgesici)
B (sottogruppo terapeutico: antipiretici)
E (sottogruppo chimico/terapeutico: anilidi)
01 (sottogruppo chimico: paracetamolo)**

CLASSIFICAZIONE A.T.C DEI MEDICINALI

Nel sistema ATC i farmaci sono suddivisi in diversi gruppi in rapporto all'organo bersaglio, al meccanismo di azione e alle caratteristiche chimiche e terapeutiche.

Livello:	
I	<p>GRUPPO ANATOMICO PRINCIPALE – Contraddistinto da una lettera dell'alfabeto</p> <ul style="list-style-type: none">• A Apparato gastrointestinale e metabolismo• B Sangue ed organi emopoietici• C Sistema cardiovascolare• D Dermatologici• G Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali• H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali• J Antimicrobici generali per uso sistemico• L Farmaci antineoplastici ed immunosoppressori• M Sistema muscolo-scheletrico• N Sistema nervoso centrale• P Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti• R Sistema respiratorio• S Organi di senso• V Vari

CLASSIFICAZIONE A.T.C DEI MEDICINALI

Livelli:	
II	GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE - Contraddistinto da un numero di 2 cifre
III	SOTTOGRUPPO TERAPEUTICO - Contraddistinto da una lettera dell'alfabeto
IV	SOTTOGRUPPO CHIMICO/TERAPEUTICO - Contraddistinto da una lettera dell'alfabeto
V	SOTTOGRUPPO CHIMICO - Contraddistinto da un numero di due cifre specifico per ogni singola sostanza chimica

MEDICINALI DI ORIGINE INDUSTRIALE

SONO prodotti:

- a) preconfezionati**
- b) provvisti di foglietto illustrativo**
- c) provvisti di un confezionamento che, essendo caratteristico, non è modificabile da parte del farmacista**
- d) devono essere prodotti in officine munite di apposita autorizzazione alla produzione.**

SI RICONOSCONO dalla scatola perché:

- a) il codice a barre inizia con 0 (zero)**
- b) c'è la sigla AIC**
- c) c'è scritto: "...venduto dietro presentazione di ricetta.."
".....non soggetto a prescrizione..."**

MEDICINALI DI ORIGINE INDUSTRIALE

Sono medicinali per uso umano prodotti industrialmente:

- 1. Le cosiddette "specialità medicinali" per uso umano e cioè i medicinali prodotti dall'industria e immessi in commercio con un nome di fantasia**
- 2. I "medicinali equivalenti" (denominazione attribuita dal DL 87/05)**
- 3. I vaccini, tossine e sieri**
- 4. Gli allergeni**
- 5. I medicinali immunologici**
- 6. I medicinali derivati dal sangue o dal plasma umano (principalmente albumina, fattori della coagulazione, immunoglobuline di origine umana) regolamentati dal DLgs. 191/05 e dal DM 21/12/07**
- 7. I radio farmaci**
- 8. I gas medicinali**

Che cos'è una ricetta medica?

La ricetta medica (o prescrizione medica) è un documento che ha valore di tipo:

amministrativo: certifica la necessità di un farmaco e ne autorizza la consegna;

documentale: è testimonianza della responsabilità civile e penale del medico e del farmacista;

certificativo: attesta il diritto ad usufruire di una prestazione in regime assistenziale;

economico: rappresenta documento di spesa per il SSN nei casi previsti.



Conservazione della ricetta e privacy

Una prescrizione è valida e accettabile dal farmacista solo se formalmente corretta in tutti i suoi elementi obbligatori

Il farmacista trattiene le Ricette Non Ripetibili

(accesso ai dati personali esclusivamente ai fini dello svolgimento del servizio farmaceutico)

Se l'utente ne richiede una copia per propria documentazione, è bene che il farmacista vi apponga una dicitura del tipo

"Copia rilasciata su richiesta dell'interessato, originale trattenuto ai sensi di legge"

Il farmacista rende all'acquirente le Ricette Ripetibili

Chi può prescrivere medicinali ad uso umano?

- ❖ ***Medici Chirurghi*** (prescrizione all'uomo per qualsiasi indicazione ma NON qualsiasi medicinale - vedi RL)
- ❖ ***Medici Veterinari*** (prescrizione su animali quando non esistono medicinali veterinari)
- ❖ ***Odontoiatri*** (prescrizioni all'uomo inerenti alle affezioni del cavo orale)

Regime di fornitura dei farmaci

(fonte: AIFA)

Il regime di fornitura identifica la modalità con cui un farmaco può essere dispensato, con o senza ricetta del medico, in farmacia, in ospedale o in strutture ad esso assimilabili.

La Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) dell'AIFA stabilisce il regime di fornitura tenendo in considerazione le problematiche relative alla sicurezza d'uso (appropriatezza prescrittiva) del medicinale.

La classificazione dei medicinali ai fini della fornitura si può schematizzare nelle seguenti categorie:

a) medicinali soggetti a ricetta medica ripetibile (Ricetta Ripetibile - RR);

La ricetta ripetibile è la forma più comune di prescrizione. Ha validità di sei mesi e il medicinale può essere dispensato per non più di dieci volte entro tale periodo. Un caso particolare è rappresentato dalla prescrizione degli psicofarmaci (tranquillanti, sedativi, ipnotici), per i quali la ricetta ha validità di trenta giorni ed è ripetibile per non più di tre volte.

Regime di fornitura dei farmaci

(fonte: AIFA)

b) medicinali soggetti a ricetta medica da rinnovare volta per volta (Ricetta non Ripetibile - RNR);

La ricetta non ripetibile è necessaria per tutti i medicinali che presentano rischi di tossicità acuta o cronica, assuefazione e intolleranza e possibilità di abuso da parte del paziente. Per i medicinali soggetti a ricetta non ripetibile, la prescrizione da parte del medico deve essere rilasciata ogni volta che il paziente necessita del medicinale.

c) medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (RMS) (T.U. in materia di stupefacenti D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e ss.mm.ii);

Regime di fornitura dei farmaci

(fonte: AIFA)

d) medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, comprendenti:

- medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (RRL; RNRL);
- medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile (OSP);
- medicinali utilizzabili esclusivamente da specialisti individuati dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'Aifa - (USPL); il farmacista non può vendere al pubblico farmaci USPL ma può detenere questi farmaci, che possono essere forniti direttamente allo specialista anche dai produttori e dai grossisti.

e) medicinali non soggetti a prescrizione medica comprendenti:

- medicinali da banco o di automedicazione (OTC);
- altri medicinali non soggetti a prescrizione medica (SOP).

La validità nel tempo della ricetta (salvo le ricette ripetibili e alcuni casi particolari) è fissata in 30 giorni per il numero di confezioni indicate. Ha invece validità di tre mesi se riferita a preparazioni magistrali non contenenti sostanze stupefacenti.

Regime di fornitura dei farmaci

(fonte: AIFA)

Fornitura	Tipologia di farmaci	Classe di rimborsabilità
OTC (Over The Counter) Da banco	Medicinali non soggetti a prescrizione medica, che possono essere oggetto di pubblicità presso il pubblico.	C-bis
SOP (Senza Obbligo di Prescrizione)	Medicinali non soggetti a prescrizione medica ma non da banco.	C
RR RNR RMR (Ricetta Ministeriale a Ricalco)	Medicinali soggetti a prescrizione medica. Medicinali soggetti a prescrizione medica da Medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (tabella II A e farmaci dell'allegato III bis in associazione ad altri medicinali).	A, C o H A, C o H A, C o H
RRL (Ricetta Ripetibile Limitativa) RNRL (Ricetta Non Ripetibile Limitativa)	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa di centri ospedalieri o di specialisti. Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, di centri ospedalieri o di specialisti.	A, C o H A, C o H
OSP	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa e utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o struttura ad esso assimilabile.	H o C
USPL	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa e utilizzabili esclusivamente da specialisti identificati dalla CTS.	H o C

Regime di fornitura dei farmaci

(fonte: AIFA)

CLASSIFICAZIONE DEI MEDICINALI SULLA BASE DEL REGIME DI RIMBORSABILITA' E SULLA BASE DEL REGIME DI FORNITURA

ELEMENTI QUALIFICANTI LA RICETTA	CLASSIFICAZIONE DEI MEDICINALI SULLA BASE DEL REGIME DI RIMBORSABILITA'			
	A (a carico del SSN)	H (a carico del SSN solo in ospedale)	C (a carico del cittadino)	Cnn (classe C non negoziata)
GENERALITÀ PAZIENTE	SI C.F./es. ticket/ ev. nota AIFA/ cod reg. medico	Sulla base del regime di fornitura del medicinale		Medicinali in fase di valutazione per la rimborsabilità
POSOLOGIA	NO			
VALIDITA'	30 giorni			
LIMITI ALLA PRESCRIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - 2 pezzi per ricetta. - 6 pezzi per antibiotici iniettabili e sol. per infusione - 6 pezzi per patologie croniche in trattamento da almeno 6 mesi e per durata non superiore a 180 gg 			
ADEMPIMENTI PER IL FARMACISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Data, Prezzo e Timbro, • Numero progressivo • Invio ASL 			
CONSERVAZIONE	SI (se RNR)			

Regime di fornitura dei farmaci

(fonte: AIFA)

ELEMENTI QUALIFICANTI LA RICETTA	CLASSIFICAZIONE DEI MEDICINALI SULLA BASE DEL REGIME DI FORNITURA ¹						
	RICETTA RIPETIBILE (RR)		RICETTA NON RIPETIBILE (RNR)	RICETTA LIMITATIVA *			RICETTA MINISTERIALE A RICALCO (RMR)
	RR	RR stupefacenti		RRL e RNRL	OSP	USPL	
GENERALITÀ PAZIENTE	NO	NO	SI C. F. o iniziali se richiesta riservatezza	Sulla base del tipo di ricetta (RR o RNR)	Non pertinente	Non pertinente	SI
POSOLOGIA	NO	NO	NO	NO	Non pertinente	Non pertinente	SI
VALIDITÀ	6 mesi salvo diversa indicazione del medico	30 giorni escluso quello di redazione	30 giorni escluso quello di redazione	30 giorni escluso quello di redazione	Non pertinente	Non pertinente	30 giorni escluso quello di redazione
LIMITI ALLA PRESCRIZIONE	Non più di 10 volte, (salvo diversa indicazione del medico) L'indicazione di un n. di confezioni diverso dall'unità esclude la ripetibilità. Il medico non può variare contemporaneamente validità temporale e n. di confezioni	Non più di 3 volte L'indicazione di un n. di confezioni diverso dall'unità esclude la ripetibilità. Il medico non può variare contemporaneamente validità temporale e n. di confezioni	Nessuno, eccetto: - isotretinoina ² - terapia del dolore ³	Prescrivibili da specifici medici specialisti e/o centri ospedalieri	Utilizzabili solo in ambiente ospedaliero su indicazione del medico ospedaliero	Utilizzabili solo da specialisti durante visita ambulatoriale e, in alcuni casi, anche a domicilio del paziente	Una sola preparazione per una terapia non superiore a 30 gg Per la terapia del dolore: massimo due preparazioni o due dosaggi diversi ⁵
ADEMPIMENTI PER IL FARMACISTA	• Data, Prezzo e Timbro	• Data, Prezzo e Timbro	• Data e Prezzo • Timbro, se soggetto a carico e scarico • Identificazione dell'acquirente ⁴	Sulla base del tipo di ricetta	Non pertinente	Non pertinente	• Data, Prezzo e Timbro • Identificazione dell'acquirente
CONSERVAZIONE	NO	NO	SI ⁵	Sulla base del tipo di ricetta	Non pertinente	Non pertinente	SI ⁷
REGIME DI RIMBORSABILITÀ	A o C o H	A o C o H	A o C o H	A o C o H	C o H	C o H	A o C

Regime di fornitura dei farmaci

(fonte: AIFA)

* *RRL: ricetta ripetibile limitativa; RNRL: ricetta non ripetibile limitativa: medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti;
OSP: medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile;
USPL: medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente da specialisti, identificati dalla Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA (CTS).*

¹ non sono inclusi nella tabella i medicinali non soggetti a ricetta medica (*OTC: medicinali da banco; SOP: medicinali senza obbligo di prescrizione*)

² indicare la posologia per fabbisogno non superiore a 30 giorni; validità 7 giorni dalla data di redazione per il sesso maschile, dalla data di certificazione per il sesso femminile. La data di certificazione va apposta su ricetta anche a penna se ricetta computerizzata

³ quantità per 30 giorni di terapia secondo posologia o, in mancanza, secondo dosaggio massimo presente nel foglietto illustrativo

⁴ solo per medicinali prescritti su ricetta bianca di cui al DM 31/03/2010 (GU n. 78 03/04/2010), inseriti nella Tab. II (oggi Tabella dei medicinali) Sez. D dopo Ordinanza del 16/06/2009 e impiegati in terapia del dolore, eccetto Tachidol, Coefferalgan, Depalgos 5 e 10 mg, Oxycontin 5 e 10 mg

⁵ in originale per 2 anni, a partire dal giorno dell'ultima registrazione nel registro di entrata e uscita, se documento giustificativo di uscita per farmaci della Tab. II (oggi Tabella dei medicinali) Sez. C DPR 309/90; in originale o fotocopia per 2 anni, se ricetta SSN redatta in duplice copia (una inviata alla ASL e l'altra conservata) o ricetta bianca per farmaci di cui al DM 31/03/2010 (GU n. 78 03/04/2010) e appartenenti alla Tab. II (oggi Tabella dei medicinali) Sez. D a seguito dell'Ordinanza del 16/06/2010; per 6 mesi negli altri casi e poi distruzione per riservatezza (D.L.vo 282/99).

⁶ se l'eccedenza è dovuta a più confezioni il farmacista consegna un numero di confezioni sufficiente a coprire 30 gg di terapia in base alla posologia dandone comunicazione al medico.

⁷ per 2 anni a far data dall'ultima registrazione sul registro stupefacenti, in un posto riservato e separato dalle altre ricette (D.L.vo 282/99)

OSPEDALE MAGGIORE
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore UOC DOMENICO TIGANI
PRONTO SOCCORSO ORTOPEDICO

Accettazione n. **2021072658**


VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

Cognome:		Nome: ANNA
Data nascita:		Genere: F Età: 77 anni

PRESTAZIONI INTERNE ESEGUITE

1 VISITA DI PRONTO SOCCORSO Q.tà 1

ALTRE PRESTAZIONI E/O CONSULENZE RICHIESTE

CONSULENZE: 1 esami
1 29/05/2021 18:49 - VISITA CARDIOLOGICA Q.tà 1
Radiologia Osp. Maggiore: 5 esami
1 29/05/2021 18:10 - TC SPALLA E BRACCIO SX Q.tà 1
2 29/05/2021 17:09 - RX SPALLA SX Q.tà 1
3 29/05/2021 17:09 - RX TORACE Q.tà 1
4 29/05/2021 17:09 - RX GINOCCHIO SX Q.tà 1
5 29/05/2021 23:03 - ESECUZIONE COPIE SU C.D. Q.tà 1

Servizi/Laboratorio: 24 esami
ATTIVITÀ PROTROMBINICA,APTT,TROPONINA I,POTASSIO,SODIO,GLUCOSIO,EMOCROMO CON FORMULA,PIASTRINE,FORMULA LEUCOCITARIA,CREATININA,CREATININA X DM,CVFG,CREATINCHINASI,MAGNESIO,ALT (GPT),PROTEINA C REATTIVA,ATTIVITÀ PROTROMBINICA,APTT,AST (GOT),FIBRINOGENO,BIL.TOT X DM,BILIRUBINA TOTALE,FORMULA,Esame guida Pr.Chiru

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO ALLA DIMISSIONE

Frattura scomposta epifisi prossimale omero sinistro 190984 - GENTILE PAOLO

NOTE E PRESCRIZIONI
- riposo funzionale
- DEPALGOS 5 MG + 325 MG-cp effervescente, 1 cp in caso di dolore, ripetibile ogni 8 ore
- in caso di dolore aggiunga Tachipirina 500 mg, ripetibile ogni 8 ore
- borsa del ghiaccio in sede x 30 minuti al bisogno
- visita di controllo c/o Ospedale di riferimento vicino al domicilio per presa in carico della pz

FARMACIA DI CASARALTA S.N.C.
Bologna BO-096

290521
€ 15,90

Non sono da considerare prescrizioni le diciture «consiglio» o «propongo» che sono solo proposte in fase di dimissione da parte dello specialista al MMG, che le valuterà considerando la situazione complessiva del paziente.

Ricetta Ripetibile (RR)

MEDICINALI SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA

di prodotti farmaceutici che, direttamente o indirettamente, possono presentare un pericolo se usati senza controllo medico

La ripetibilità della prescrizione è indicata sulla confezione (imballaggio esterno o, in mancanza, sul confezionamento primario) dalla frase "da vendersi dietro presentazione di ricetta medica".

Ricetta Ripetibile (RR)

RR, ricetta bianca su carta intestata

(deve contenere nome, cognome e indirizzo del medico e/o n° cod. regionale)

<ul style="list-style-type: none">• Medicinali sostanza tab. 4 FU XII ed. e agg.• Tutti gli INIETTABILI non richiedono ricetta: naloxone (Narcan) antioverdose, fisiologiche e acqua per preparazioni iniettabili	6 MESI	10 CONFEZIONI

Tabella medicinali sezione E

Sulla confezione dicitura: soggetto alla disciplina DPR
309/90

30 GIORNI

3 confezioni

A fine validità la ricetta non va ritirata

Ricetta Ripetibile (RR)

RR, ricetta bianca su carta intestata

(deve contenere nome, cognome e indirizzo del medico e/o n° cod. regionale)

Medicinali sostanza tab. 4 FU XII ed. e agg.	6 Mesi	10 confezioni
Tutti gli iniettabili <i>Non richiedono ricetta: naloxone (Narcan) antioverdose, fisiologiche e acqua per preparazioni iniettabili</i>	6 Mesi	10 confezioni
Tabella medicinali sezione E <i>Sulla confezione dicitura: soggetto alla disciplina DPR 309/90</i>	30 Giorni	3 confezioni

A fine validità la ricetta non va ritirata

Ricetta Ripetibile (RR)

Medicinali della Tab. 4 della F.U. XII ed.

RR per 10 conf. totali in 6 mesi

Se il medico non indica la quantità dei farmaci prescritti o indica l'unità (anche più di una confezione per volta).

Il medico può modificare, ma non contemporaneamente, il periodo di validità della ricetta o il numero di volte per il quale la spedizione può essere ripetuta.

ES. prescrizione di 12 scatole, fermo restando la validità della ricetta di 6 mesi;

ES. il medico scrive: "vale 8 mesi", fermo restando la consegna di non più di 10 conf.

Se il medico indica un numero di pezzi superiore all'unità la ricetta diventa non ripetibile e consente il ritiro del numero di pezzi prescritto (in modo simultaneo o frazionato) nel periodo di validità di 6 mesi.

Ricetta Ripetibile (RR)

Sezione E della tabella dei medicinali stupefacenti

Non è consentita la consegna di medicinali stupefacenti a minori di 18 anni o infermi di mente

Ricetta Ripetibile (RR)

Sezione E della tabella dei medicinali stupefacenti

Sostanze stupefacenti presenti in sezione A e B, ma per la loro composizione qualitativa e quantitativa il rischio di abuso e tossicodipendenza è minore ai farmaci in sezione D.

<i>BNZ orali</i>	<i>TAVOR cp, MINIAS cp e gtt</i>
<i>Codeinici a basso dosaggio</i>	<i>PARACODINA gtt e sciroppo</i>
<i>Barbiturici o sedativo ipnotici in associazione</i>	<i>OPTALIDON cp e supposte</i>

Ricetta Ripetibile (RR) ⁽⁸⁾

Sezione E della tabella dei medicinali stupefacenti

RR per 3 conf. in 30 gg.

Il medico può modificare la QUANTITA' (in base all'art. 88 del D.Lgs. 219/06), ma NON è ammessa deroga sui 30gg di validità (fissati dall'art. 45 DPR 309/90)

Es: Lorazepam cpr, 5 confezioni, ma dispensate in 30 gg.

Ricetta Ripetibile (RR)

Sezione E della tabella dei medicinali stupefacenti

Medico: PESCARRELLI MARIA ANTONIETTA
PSCMNT65D67E506D
MMG-Convencionato SSN: AUSL BOLOGNA

Assistito _____

BOLOGNA

Cod.Fiscale: _____

Prescrizione

BROMAZEPAM (LEXOTAN*OS GTT 20ML 2,5MG/ML [CL. C]) 1CONF.

li 01/06/21

Firma

.....

2

Dott. Carlo MOTTARAN

Specialista in Diabetologia e Mal. del Ricambio
via Ferrarese, 70/A
40128 Bologna
Tel. 051355989


li 19/05/2017

ZITTA

VIA ANTONIO POMA 17 SAN LAZZARO DI SAVENA

DEBRIDAT*20CPS 150MG

Ripetibile


18108 Dott. Carlo MOTTARAN
c.f.: MTTCL53224A039D

Ricetta Ripetibile (RR)

Il farmacista deve:

Controllare che la ricetta presenti:

- **data**
- **timbro (non obbligatorio)**
- **firma del medico o *sigla autografa* (solo se il medico è ben identificabile dal timbro)**
- **farmaco prescritto, n° unità per confezione (se ne esiste più di una)**

Apporre sulla ricetta:

- **timbro**
- **data**
- **prezzo prodotto**



Ricetta Non Ripetibile (RNR)

**MEDICINALI SOGGETTI
A PRESCRIZIONE MEDICA
DA RINNOVARE DI VOLTA IN VOLTA**
di prodotti farmaceutici che possono determinare, con l'uso continuato, stati tossici e comportare, comunque, rischi particolarmente elevati per la salute.

La non ripetibilità della prescrizione è indicata sulla confezione (imballaggio esterno o, in mancanza, sul confezionamento primario) dalla frase *"da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta"*.

Il medico non ha alcun potere discrezionale sulla validità delle ricette, per cui qualunque annotazione in deroga all'ampliamento del limite dei 30 gg o alla apposizione della scritta "ripetibile" non ha alcun valore

Ricetta Non Ripetibile (RNR)

RNR, ricetta bianca su carta intestata

TIPOLOGIA DI MEDICINALE	VALIDITA'	NUMERO MASSIMO DI CONFEZIONI	CONSERVAZIONE DELLA RICETTA	
Medicinali sostanze tab. 5 F.U. XII ed.	<u>30 gg</u> escluso quella di rilascio (L. n.12/01) <i>(vale anche per le ricette magistrali)</i>	<u>Non previsto</u> Ritiro del numero di pezzi prescritto (in modo simultaneo o frazionato)	6 MESI	
Medicinali sostanze sez. <u>B-C</u> della tabella dei medicinali stupefacenti			2 ANNI dalla chiusura registro stupefacenti	Non consegnare a minorenni o infermi di mente sulla confezione AGGIUNTA della dicitura: "SOGGETTO ALLA DISCIPLINA DPR 309/90»
Medicinali sostanze sez. <u>D</u> della tabella dei medicinali stupefacenti		6 MESI		
Medicinali sostanze sez. <u>D</u> della tabella dei medicinali stupefacenti <u>transitati dalla sezione A</u> <i>Ordinanza del Viceministro Fazio in MATERIA di farmaci stupefacenti nella TERAPIA DEL DOLORE (16.06.09)</i>		<u>Per 30 gg. di terapia</u> (Per farmaci All.IIIbis TERAPIA DEL DOLORE)	2 ANNI dalla data di spedizione della ricetta (su ricetta bianca che non va registrata sul registro stupefacenti)	

Ricetta Non Ripetibile (RNR)

Il farmacista deve:

Controllare che la ricetta presenti:

- **nome e cognome del paziente e/o C.F. (per motivi di privacy)**
- **data di compilazione**
- **timbro (obbligatorio)**
- **firma del medico**
- **nome farmaco, N° unità per confezione (se ne esiste più di una)**

Apporre sulla ricetta:

- **timbro**
- **data**
- **prezzo prodotto**



La ricetta va ritirata e conservata per il periodo richiesto, quindi distrutta con modalità atte a non far accedere terzi ai dati personali in essa contenuti (art. 89 c.3 D.Lgs 219/2006)

Medicinali soggetti a Prescrizione Medica Limitativa

Prescrizione di medicinali LIMITATA a taluni ambienti o a taluni medici

		Modalità di fornitura:	RNRL o RRL
FARMACI VENDIBILI AL PUBBLICO (art.91 e 93 DLgs 219/2006)	Su prescrizione di centri ospedalieri o specialisti (come indicato sulla confezione)	<i>ES. Clozapina (Leponex) RNRL – prescrizione da parte di psichiatri e neuropsichiatri operanti in centri ospedalieri e dipartimenti di salute mentale (sulla ricetta deve essere apposta la seguente indicazione: «Il medico provvede regolarmente alla conta della formula leucocitaria-conta leucocitaria compatibile con la norma»)</i>	
		<i>ES. Isotretinoina (Roaccutan, Aisoskin) RNR – SSN verificare che sulla ricetta vi sia la data di certificazione «assenza di gravidanza e copertura contraccettiva» sempre apposta, oltre al dosaggio giornaliero. Validità della ricetta: 7 giorni dalla data di certificazione, massimo numero di confezioni dispensabili per 30 giorni di terapia. Ricordare al paziente di riconsegnare eventuali dosi di farmaco non utilizzate. (RISCHIO TERATOGENO)</i>	

Medicinali soggetti a Prescrizione Medica Limitativa

Prescrizione di medicinali LIMITATA a taluni ambienti o a taluni medici

FARMACI NON VENDIBILI AL PUBBLICO Anche questi a seconda del farmaco possono essere RR o RNR	Utilizzati esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile	<i>Modalità di fornitura:</i>	RNRL o RRL
		La farmacia può procurarsi il medicinale ma non lo può vendere al pubblico ma solo ad ospedali, veterinari e case di cura: sulla confezione è scritto: "confezione ospedaliera, vietata vendita al pubblico" Es. Rocefin fl 2 g Es. Midazolam fl	
	<i>Utilizzati da uno specialista (durante la visita ambulatoriale)</i>	<i>Modalità di fornitura:</i>	<i>RNRL O RRL</i>
		<i>Classe di rimborsabilità:</i>	C o H
		<i>Es. farmaci come anestetici locali venduti solo a dentisti</i>	

CLASSIFICAZIONE DEI MEDICINALI AI FINI DELLA RIMBORSABILITA'

CLASSI DI RIMBORSABILITÀ

Classe A	<p>Rimborsati dal SSN (medicinali essenziali e farmaci per malattie croniche)</p> <ul style="list-style-type: none">• totalmente rimborsabili (<i>es. Ascriptin cpr</i>)• parzialmente rimborsabili (<i>es. Zimox cpr</i>) per i quali il cittadino paga una differenza (ticket)• rimborsabili, totalmente o parzialmente, se con nota Aifa (altrimenti sono classe C)
Classe C	<p>Farmaci non rimborsabili dal SSN e pagati interamente dal cittadino ECCETTO nei casi con codice di esenzione (<i>ad es. invalidi di guerra, etc.</i>).</p> <p>Il prezzo è stabilito dalla ditta titolare dell' AIC che può cambiarlo in aumento una sola volta nel corso del mese di gennaio di ogni anno dispari</p>
Classe H	<p>Farmaci a carico del SSN solo se dispensati da strutture SSN come ospedali e poliambulatori, venduti a pagamento in farmacia.</p>

FARMACI DI CLASSE A

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

CONVENZIONE

1. Medicinali soggetti a RR o RNR
2. Ha durata triennale
3. Ha carattere regionale (*la ricetta di una regione diversa dall'Emilia Romagna non può essere spedita perché non è rimborsata*); questo non vale per le prenotazioni CUP e le ricette RMR.
4. La ricetta DEMA ha validità sull'intero territorio nazionale.



FARMACI DI CLASSE A

TIPO DI RICETTA	VALIDITA'	N ° max di dispensazioni
SSN	30 gg esclusa la data di emissione	a) 2 confezioni b) 3 conf. se codice patologia (DL 90/14) c) 6 conf. per multiprescrizione (es. antibiotici monodose iniettabili, medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi).



**La ricetta spedita in regime di SSN va ritirata.
L'obbligo di conservazione avviene presso l' Ausl.**

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

FORMALISMI OBBLIGATORI

Nome e cognome dell'assistito

La ricetta priva del nome dell'assistito non è valida e non è spedibile dalla farmacia.

Solo in casi particolari, a tutela dell'anonimato, possono essere indicate le sole iniziali di nome e cognome. L'assistito può comunque richiedere l'applicazione del tagliando adesivo, a tutela della privacy, che il farmacista è autorizzato a sollevare soltanto per necessità di controllo della correttezza della prescrizione.

Codice fiscale dell'assistito

Lo spazio relativo al codice fiscale non è riempito esclusivamente nel caso di prescrizioni ad assistiti esteri (come da indicazione nelle caselle "tipo ricetta": EE oppure UE, deve essere invece compilata la parte posteriore della ricetta, completata di firma dell'assicurato estero), ed è sostituito dal codice STP nel caso di stranieri non in regola temporaneamente presenti sul territorio. La ricetta spedita dalla farmacia, che risulti mancante del codice fiscale dell'assistito (nei casi in cui è richiesto), verrà riconsegnata alla farmacia perché possa essere regolarizzata entro 30 giorni.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

FORMALISMI OBBLIGATORI

Data di prescrizione

Nel formato gg/mm/aa (tutto in cifre numeriche e con l'utilizzazione dello 0 per non lasciare caselle vuote). La ricetta mancante della data di prescrizione non è spedibile dalla farmacia.

Timbro e firma del medico

Il medico deve essere identificabile e convenzionato con il SSN, quindi il timbro (oppure le stesse informazioni stampate mediante sistema informatico) deve sempre indicare il codice regionale per il SSN del medico, oppure il nome o il codice della struttura pubblica (o privata purché accreditata) in cui esercita, o altra idonea definizione atta a rilevare che il medico è autorizzato alla prescrizione a carico del SSN. I medici «sostituti» hanno proprio timbro personale.

La firma può anche essere una sigla, purché sempre autografa da parte del medico, che apponendola si assume tutte le responsabilità relative alla prescrizione medica.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

RIMBORSABILITA' CON ESENZIONE

I.

Esenzioni patologia

- *max 180 gg terapia*
- *farmaco in uso dal paziente da almeno 6 mesi*



Fino a 3 confezioni

II.

Esenzioni G (INVALIDI DI GUERRA)

Esenti totali: sono esentati anche dalla differenza con il prezzo di riferimento.

G01: invalidi di guerra dalla I alla V categoria

G02: invalidi di guerra dalla VI alla VIII categoria

V01: vittime del terrorismo e/o della criminalità organizzata



- **max 2 pezzi**
- **non pagamento del ticket**
- **prescrizione in regime SSN dei farmaci in classe C, OTC/SOP**

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

NOTE AIFA

Che cosa sono?

Le note AIFA (due cifre) sono uno strumento regolatorio che definisce alcuni ambiti di rimborsabilità dei farmaci senza interferire con la libertà di prescrizione del medico.

A cosa servono?

Le note servono a promuovere l'impiego corretto dei medicinali secondo prove di efficacia consolidate. Riportando la nota sulla ricetta, il medico dichiara che ricorrono le condizioni di rimborsabilità della nota stessa.

Quando si introducono?

Una nota può essere introdotta in una delle 3 circostanze:

1. Farmaco autorizzato per diverse indicazioni cliniche di cui solo alcune per patologie rilevanti;
2. Farmaco finalizzato per prevenire un rischio che è significativo solo per uno o più gruppi di popolazione;
3. Farmaco che si presta non solo a usi di efficacia documentata ma anche a usi impropri. La nota tenderà a favorire la rimborsabilità nelle sole condizioni rilevanti in un'ottica di sanità pubblica.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Note AIFA (*alcuni esempi*)

Nota 1 (gastroprotettori durante trattamento con i FANS.....);

Nota 4 (dolore neuropatico....);

Nota 48 (ulcera duodenale/gastrica positiva a HP.....)

Nota 66 (FANS limitatamente ad atopie su base connettivica, attacco di gotta, ...);

Nota 79 (farmaci per l'osteoporosi);

Nota 82 (asma...)

Nota 85 (farmaci per la malattia di Alzheimer: inibitori dell'acetilcolinesterasi.....)

Nota 89 (allergie...)

www.agenziafarmaco.it/it/content/note-aifa

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

RIMBORSABILITA' PARZIALE

Comma 2, art.12, titolo III del CODICE DEONTOLOGICO del Farmacista impone a quest'ultimo l'obbligo di informare il paziente circa l'esistenza dei farmaci equivalenti (auspicabile anche per OTC/SOP e farmaci classe C i cui equivalenti sono presenti nella LISTA DI TRASPARENZA redatta dall'AIFA e obbligatoria in farmacia a disposizione del pubblico)

LEGGE n° 19 del 26.07.05 impone al farmacista l'obbligo di proporre al cliente la sostituzione del medicinale prescritto con il suo medicinale equivalente quando questo sia disponibile.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

RIMBORSABILITA' PARZIALE

Nel caso in cui l'azienda non avesse abbassato il prezzo del medicinale, spetterà al cittadino pagare la differenza rispetto al prezzo di riferimento.

L'imposizione di questo onere e l'entità della quota richiesta ai cittadini non dipendono dalla farmacia

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

SSN	SPECIALITÀ	EQUIVALENTE Ditta X	EQUIVALENTE Ditta Y
	AULIN bst	NIMESULIDE X bst	NIMESULIDE Y bst
Es. PAP	18,00 €	8,00 € <i>Prezzo NON allineato</i>	6,00 € <i>Prezzo allineato Rimborsato dal SSN</i>
Ticket pagato	12,00 € (18-6)	2,00 € (8-6)	0,0 € (6-6)

Es. Nuovo prezzo di riferimento AIFA: 6,00 €

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

RIMBORSABILITA' PARZIALE

Se la sostituzione è rifiutata, oppure espressamente negata dal medico prescrittore (che appone su ricetta la dicitura "*farmaco non sostituibile*" con *motivazione sintetica*):

- A. il farmacista dovrà dispensare il farmaco prescritto;**
- B. il cliente verserà un importo pari alla differenza tra il prezzo al pubblico (PAP) del medicinale e il prezzo di rimborso fissato dall'AIFA per quella lista di trasparenza**

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Ticket sulla farmaceutica in Emilia Romagna

Dal 1° settembre 2020 è stato abolito il ticket per i farmaci di fascia A per tutti i cittadini.

Resta a carico del cittadino l'eventuale differenza di costo tra il farmaco di marca e quello del corrispondente farmaco equivalente. Il farmacista è tenuto a proporre all'assistito un farmaco equivalente (generico) a totale carico del SSN. Se il cittadino sceglie comunque il farmaco di marca dovrà pagare la differenza di prezzo come stabilito dalla L. 405/2001. Solo gli invalidi di guerra e le vittime del terrorismo non sono dovuti al pagamento di tale differenza.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

A proposito di NIMESULIDE....

dal 3 novembre 2007 richiede RNR

Posto all'AIFA il quesito se il farmacista è tenuto a respingere (o ad evadere parzialmente) una prescrizione di 2 scatole di nimesulide contenenti 30 unità posologiche e se la ASL può non ammettere al pagamento la seconda confezione, in caso di prescrizione SSN con nota 66, l'Aifa ha così chiarito:

«Al riguardo si precisa che è stata in più occasioni evidenziata la necessità di non superare i quindici giorni di trattamento con nimesulide in relazione al rischio di epatotossicità. Anche in assenza di provvedimenti specifici che vietano una prescrizione di 2 confezioni da 30 unità posologiche, le evidenze disponibili e tutte le raccomandazioni emanate dalle autorità regolatorie devono portare a comportamenti prudenziali limitando la terapia a 15 giorni. Ciò premesso il farmacista può evadere parzialmente la prescrizione fornendo al paziente una sola confezione e trattenendo la ricetta. Ne consegue che sarà rimborsata una sola confezione da parte della ASL in caso di prescrizione SSN con nota 66.»

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Dispensazione di gas medicinali: OSSIGENO TERAPEUTICO (O₂ gassoso)

L' Ossigeno dispensato al pubblico dalle farmacie dell'Emilia Romagna è quello gassoso caricato a 200 bar a 15 °C (FARMACO OBBLIGATORIO, rientra nella Tabella n. 2 della F.U. XII ed. e succ. modifiche ed aggiornamenti; la farmacia quindi è obbligata ad essere provvista dell' ossigeno terapeutico nei quantitativi ritenuti sufficienti al regolare espletamento del servizio)

Dal 1° Gennaio 2010 le bombole di ossigeno terapeutico gassoso sono dei VERI E PROPRI medicinali INDUSTRIALI e come tali devono essere provvisti (obbligatori dallo 01.07.10) di:

- a) Numero AIC
- b) Numero di lotto e data di scadenza
- c) Foglietto illustrativo
- d) Codice braille sulla bombola



PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Dispensazione di gas medicinali: OSSIGENO TERAPEUTICO (O₂ gassoso)




 J 0 8 0 1 7 4 0 1 2 7 3 6 2 0 2 5


 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE EMILIA ROMAGNA

(N) (R)
 NON ESENTE CODICE ESATTORE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE

[C 0 2] [B 0 1 1 0 5]
 REGIONE PROVINCIA CODICE A31

O₂ GASSOSO 7 LITRI

CONSEGNA 1 Bombola con 1540 litri di O₂ n° AIC 039150228 lotto 061120/7509 sc. 11/2022
 INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

0 0 1 1 1 1 1 2 0
 NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI TIPO DI RICETTA DATA

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO
 CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO
 CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

21216 Dott. CLAUDIO CAPOBIANCO
 c.f.: CPBCLD58029F1040
 Specialista in Dermatologia
 Convenz. SSN AUSL 1105
 via Ferrarese 672 BO L. 051359287
 MEDICO E FARMACIA RESPONSABILE

€ 14,89

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Dispensazione di gas medicinali: **OSSIGENO TERAPEUTICO (O2 gassoso)**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Regione Emilia Romagna	 *080A0*	 *5138972775*
------------------------	---	---

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:



INDIRIZZO: VIA RONCAGLIO, 22

CAP: 40128 CITTÀ: BOLOGNA

PROV: BO

ESENZIONE: **NON ESENTE**

SIGLA PROVINCIA: BO CODICE ASL: 080105

DISPOSIZIONI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
011 - OSSIGENO GAS COMPR 200BAR 10LT AIC:038943268 - OSSIGENO*COMPR 200BAR 10LT	1	

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 31/05/2021 Medico: DANZA SPROVIERO DARIO DNZDRA68S15G942J

CODICE AUTENTICAZIONE: 310520211210224520004413545251

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

+

+

+

+

La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.

+

+

+

+

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Dispensazione di gas medicinali: OSSIGENO TERAPEUTICO (O₂ gassoso)

IL MEDICO PRESCRIVE un quantitativo di O₂ superiore a quella presente in farmacia?



Il farmacista attiverà *la consegna a domicilio*

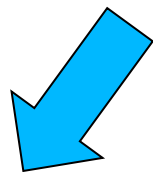
N.B. In questo caso non è necessario mantenere la copia della ricetta perché il medicinale non è transitato in farmacia bensì proviene direttamente dal fornitore autorizzato alla consegna

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

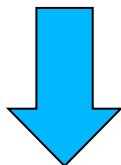
DISTRIBUZIONE DIRETTA VERA E PROPRIA

Prevede l'erogazione dei medicinali ai pazienti a carico del SSN SOLO attraverso strutture pubbliche, costituite dalle Aziende Sanitarie Locali.

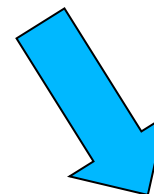
Es. Cliente con RICETTA SSN di "MEROPUR fi"



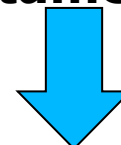
Si reca in farmacia



FARMACO A PAGAMENTO, RR



Si reca direttamente all' ASL



FARMACO RIMBORSATO
DAL SSN

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

DISPENSAZIONE PER CONTO (DPC)

Si basa su accordi tra Regione/Asl e Distributori (grossisti e farmacie territoriali). Prevede l'acquisto del farmaco direttamente da parte di Regione/Asl e la dispensazione al paziente tramite le farmacie dislocate sul territorio.

Es. Cliente con RICETTA SSN di "INHIXA 4000 fl".



PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

DISPENSAZIONE PER CONTO (DPC)

La distribuzione di farmaci nelle strutture pubbliche nasce con l'obiettivo di risparmiare perché le Asl hanno il diritto di acquistare i medicinali dalle industrie produttrici a condizioni nettamente più favorevoli rispetto a quelle praticate a grossisti e farmacie.

Tale distribuzione obbligava però i cittadini a recarsi periodicamente a ritirare il farmaco in orari e giorni predeterminati presso poche strutture dislocate sul territorio.

Per rimediare alla difficoltà di reperire questi farmaci, si è creato questo accordo tra Regione-Asl-Distributori che ha dato alla farmacia (luogo sicuramente più accessibile, per numero e orari di apertura) la possibilità di distribuire farmaci ai cittadini per conto dell' Asl.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Regione Emilia Romagna

RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

080A0 *5220375225*

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: _____ CAP:40128 CITTA':BOLOGNA PROV:BO

ESENZIONE: 0A02 SIGLA PROVINCIA:BO CODICE ASL:080105 DISPOSIZIONI REGIONALI: _____

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
EWA - CLOPIDOGREL 75MG 28 UNITA' USO ORALE AIC:034128013 - PLAVIX*2BCPR RIV 75MG - UNA AL DI	2	--

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 23/11/2023 Medico: GUZZARDELLA GAETANO ANTONIO GZZGNN60T03B302V
CODICE AUTENTICAZIONE: 231120231103430440006972437557

rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

A042557025 009301526

A042557025 009301519

La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.

Contiene farmaci in DPC nella regione di prescrizione

FARMACIA DI GAZZARDELLA
Bologna

271123

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
Regione Emilia Romagna	 *080A0*	 *5220352929*	

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO:

CAP:40128 CITTA':BOLOGNA

PROV:BO

ESENZIONE: 048

SIGLA PROVINCIA:BO CODICE ASL:080105

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
NWD - LEUPRORELINA 1X3,75MG- PAR(RP) AIC:027066125 - ENANTONE*IM SC SIR3,75MG/ML RP	1	051

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 22/11/2023 Medico: CAPRARÀ MARIA DOMENICA CPRMDM69S56L126N

CODICE AUTENTICAZIONE: 221120231807334740006970986044

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.

Contiene farmaci in DPC nella regione di prescrizione

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda USL di Bologna

Piano Terapeutico
Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

Unità Operativa del medico prescrittore **ONCOLOGIA BENTIVOGLIO**

Nome e Cognome del medico prescrittore: **ACHILLE PANETTA** Tel. 0518644242

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Indirizzo via _____

AUSL di residenza **BOLOGNA** Medico Curante **Dott. _____**

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco **ORMONOTERAPIA ADIUVANTE IN PAZ OPERATA DI CARCINOMA MAMMARIO CON RECETTORI PER GLI ESTROGENI POSITIVI**

Farmaco prescritto **ENANTONE 3,75**
Posologia **1 fiala/im/mese**

Durata del trattamento prevista fino al **2-10-2021** (formato giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in atto:

Prima prescrizione Prosecuzione cura

Data controllo prevista per: _____ (formato giorno mese anno)

Sospensione del trattamento _____ (formato giorno mese anno)

Motivo della sospensione _____

Data della sospensione _____ (formato giorno mese anno)

Data **2-10-2020**

Timbro e firma del medico prescrittore:
Dr. PANETTA ACHILLE
ONCOLOGIA BENTIVOGLIO
AZIENDA USL DI BOLOGNA

AZIENDA USL DI BOLOGNA
FARMACIA HT AREA NORD
Piano validato per ritiro farmaci presso
Farmacie aperte al pubblico
Data **2/10/20** Sede **osp. Bentivoglio**
Farmacista **Scaramaglia**

Piano Terapeutico = strumento di verifica dell'appropriatezza prescrittiva (previsto solo per alcuni farmaci sia in **DISTRIBUZIONE DIRETTA** che in **DPC**)

PROVENIENZA:

- identificazione del Centro erogante il P.T.
- data di prescrizione

DESTINATARIO:

identificazione completa del paziente

PRESCRIZIONE:

- farmaco, posologia, durata prevista del trattamento
- diagnosi
- firma del medico

Timbro di validazione del P.T. da parte del farmacista dell'Asl

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

DPC

Il farmacista deve annotare sul retro del P.T.:

The image shows three examples of handwritten prescriptions on the back of a P.T. form, each with a pharmacy stamp and handwritten data. The stamps are from 'FARMACIA DI CASARALTA S.N.C. Bologna BO-096'. The handwritten data includes a date, a drug name, and the quantity.

Date	Drug Name	Quantity
29 0 12 1	Ritina	1 pezzo
0 1 0 3 2 1	Consegna e confezione	
3 0 0 3 2 1	Ritina	1 pezzo

Data
Timbro farmacia
N° confezioni erogate

Queste operazioni devono essere effettuate al fine di monitorare la quantità di farmaco dispensata secondo quanto indicato dal P.T.

Dalla data di rilascio, il P.T. ha validità massima di 1 anno, a fine validità il P.T. va spedito all' Asl.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Regione Emilia Romagna
Assessorato Politiche per la salute - Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico Regionale dei nuovi anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale non valvolare

Dabigatran - Rivaroxaban - Apixiban - Edoxaban
PT: 00010650036050XFN2P07008070 emissivo il 22/11/2020

Codice MSP a struttura medico prescrivitore: _____
 Dati anagrafici medico prescrivitore: _____
 Nome e cognome del medico prescrivitore: _____
 Telefono del medico prescrivitore: _____
 Mail del medico prescrivitore: _____

DEPONENTE - POU: CUNLIO BANTOROGOLA BIALIHO
 473 - U. D. LARDOLOGIA - GRAVE
 Antonio Rubio

Nome e cognome del paziente: _____ Sesso: _____ M

Data di nascita: _____ Peso Kg: _____ SA: _____ Codice Fiscale: _____ Telefono: _____

Inibitore recettore: _____

Azienda di residenza: AZIENDA USL DI BOLOGNA Regione residente: Emilia Romagna
Azienda di prescrizione: AZIENDA USL DI BOLOGNA Medico di Famiglia: MARIA FRANCESCA LIVANI

La prescrizione dei farmaci Apixiban, Dabigatran, Edoxaban o Rivaroxaban è valida del SSN se il Piano Terapeutico Regionale è stato ritenuto dalla U.O. autorizzata dal Regione Emilia Romagna e se la prescrizione risponde ai criteri stabiliti nel documento regionale di indirizzo del ruolo dei medici antropologi nella prevenzione del coagulo trombotico nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare.

Paziente già in trattamento con AVK
 TR: _____ Se Controllo in Range: _____ %
 Difficoltà regolato in Range
 Trattamento cronico necessario
 Necessità di dosi di AVK = 8,75 mg/kg per i pazienti e di 6 mg/kg per i pazienti anziani
 Prescrizione attivata in seguito al INR non terapeutico

Nuovo trattamento con anticoagulanti orali
 Paziente in FA da tempo e trattamento in stabilizzato (basso o medio rischio di tromboembolia) (ASA, terapia orale)
 Diabete logistico organizzativo
 Comparsa di un sintomo grave o non accettabile a terapia con AVK
 Paziente ad alto rischio di interazioni farmacologiche non di AVK
 Prescrizione cronica inappropriata
 INR di nuovo diagnosi o instabile e condizionale clinica
 Mancato delle procedure motivatori

Trattamenti associati:
 ASA
 Terapia (beta-bloccanti, calcio, diuretici) (logica)

Altri Condizioni:
 Prescrizione emergenza maggior gestibilità
 VHS < 25 ml/min
 VHS fra 25-50 ml/min

* Per il TR si applica il Tempo Massimo nel Range terapeutico di INR. Il trattamento viene regolato in modo automatico dal programma di gestione della terapia anticoagulante con Anticoagulanti di nuova generazione (AVK) e vengono elaborati dati (facili da usare) e risultati per AVK.
 ** Quando non è possibile rilevare il TR si può utilizzare la pratica di INR in tempo in laboratorio dove esiste nelle regioni e mesi di trattamento con AVK. Se TR < 40% o di controllo in range > 40% dovrà essere sempre riferita una data oggettiva di INR a favore del medico.

Farmaco Prescritto (generico attivo): SOFARLO - EDONMAN
Dosaggio: 30 mg
Forma: COMPRESSE RIVESTITE
Presentazione: 140 SOFARLO
Procedimento di nuova cura: PIANO PIANO TERAPEUTICO

Data di controllo prevista per il piano terapeutico: 22/11/2020
Durata del trattamento prevista (fino al (Data di scadenza): 22/11/2020

Validato il: _____

ANTONIO RUBIO
 SSN - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 Medico di Famiglia prescrivitore
 Autor. n. 142/20

Piano Terapeutico = strumento di verifica dell'appropriatezza prescrittiva (previsto solo per alcuni farmaci sia in DISTRIBUZIONE DIRETTA che in DPC)

PROVENIENZA:

- identificazione del Centro erogante il P.T.
- data di prescrizione

DESTINATARIO:

identificazione completa del paziente

PRESCRIZIONE:

- farmaco, posologia, durata prevista del trattamento
- diagnosi
- firma del medico

Timbro di validazione del P.T. da parte del farmacista territoriale.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L' ASSISTITO

Regione E.Romagna

080A0 *5220470863*

COGNOME E NOME: RICETTA D.P.C.

INDIRIZZO: CAP: COMUNE: PROV:

NON ESENTE	SIGLA PROVINCIA	CODICE ASL	DISPOSIZIONI REGIONALI
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S.H)	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA: 26/11/2023	Codice Fiscale Medico: CRMFPP94M17A944C
N CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA:			Medico: CREMASCHI NEGRINI FILIPPO
CODICE AUTENTICAZIONE: 261120231745527690006978367236			FANV0A000002024214001_2024-02-09
PRESCRIZIONE			CTA
JDU - EDOXABAN 28X30MG - OS - LIXIANA*28CPR RIV 30MG (044315061)			2
			NOTA
			097



FARMACIA DI CASARPIA S.P.A.
Bologna BO-056

27.11.23

PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Il farmacista deve:

Controllare che la ricetta abbia:

- **Nome e cognome del paziente**
- **Codice fiscale**
- **Nome farmaco/i**
- **N° pezzi**
- **Eventuale nota AIFA**
- **Eventuale codice di esenzione**
- **Data di prescrizione**
- **Timbro**
- **Firma o sigla del medico**



PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

Il farmacista deve:

Apporre sulla ricetta :

- **timbro della farmacia (con l'indicazione del codice mutualistico, dell'indirizzo e del titolare della farmacia)**
- **data, sempre espressa nel formato gg/mm/aa (tutto in cifre numeriche, e con l'utilizzazione dello 0 per non lasciare caselle vuote)**
- **importi relativi a ticket**



PRESCRIZIONE DI FARMACI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (RICETTA SSN)

retro della ricetta SSN.....

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private-accreditate;
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP;
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445;
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

COODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION	STATO ESTERO / COUNTRY
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER	DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD	DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

AUTORIZZAZIONE/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

FIRMA DEL MEDICO FIRMA DELL'ASSISTITO FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

- 1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
- 2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
- 3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
- 4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.

Spazio relativo ai dati degli assistiti esteri appartenenti alla UE e privi del C.F. La compilazione è a carico del medico. Il cittadino estero assistito deve apporre la propria firma

Spazio riservato ad eventuali annotazioni del farmacista

FARMACI VENDUTI SENZA OBBLIGO DI RICETTA



	OTC	SOP
	“Over The Counter”	“Senza Obbligo di Prescrizione”
<i>Dicitura in etichetta</i>	“medicinale di automedicazione”	“medicinale non soggetto a prescrizione medica”
<i>Rimborsabilità</i>	C	A o C
	possono essere oggetto di accesso diretto (area self) da parte dei clienti in farmacia e parafarmacia; è possibile pubblicizzarli.	farmaci dispensati esclusivamente dal farmacista dietro consiglio del medico o del farmacista stesso; è possibile pubblicizzarli.

FARMACI VENDUTI SENZA OBBLIGO DI RICETTA



Le confezioni esterne dei medicinali SOP e OTC immessi sul mercato a partire dal 1° marzo 2002 devono recare un bollino di riconoscimento che ne permetta la chiara individuazione da parte del consumatore

Con Decreto Legge n° 223 del 4/07/06 (conosciuto come Decreto Bersani) i farmaci di AUTOMEDICAZIONE possono essere venduti anche in esercizi commerciali, in presenza di un farmacista, durante l'orario di apertura del centro e in un reparto distinto.

E' possibile effettuare sconti, purché i medicinali non siano venduti sotto costo (eliminato il limite del 20%)

Con la finanziaria 2008 ogni farmacia può liberamente fissare il prezzo di vendita di OTC e SOP, con l'obbligo PERO' di trasparenza sui prezzi mettendo a disposizione della clientela il listino dei prezzi praticati (OBBLIGATORIO!)

CONSEGNA MEDICINALI SENZA RICETTA

Pur restando una pratica vietata in condizioni normali, la dispensazione in assenza di prescrizione è possibile, sulla base del DM 31 marzo 2008, in caso di estrema necessità ed urgenza, quando il farmaco sia necessario per non interrompere il trattamento di una patologia cronica; quando sia necessario per non interrompere un ciclo terapeutico; quando sia necessario per proseguire dopo la dimissione una terapia instaurata in ospedale. Da questa possibilità restano esclusi i medicinali stupefacenti di cui al DPR 309/1990, indipendentemente dalla sezione in cui siano inseriti e quelli assoggettati a prescrizione medica limitativa (si tratta dei medicinali vendibili al pubblico solo su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti). Inoltre i farmaci dispensati in urgenza non possono essere posti a carico del SSN.

Per poter procedere alla dispensazione d'urgenza è però necessario che sussistano alcune condizioni che testimonino che il medicinale richiesto sia stato a suo tempo prescritto, che variano a seconda dei casi.

CONSEGNA MEDICINALI SENZA RICETTA

Se si tratta di un medicinale per **patologia cronica**, la dispensazione è ammessa se in farmacia sono presenti ricette mediche riferite allo stesso paziente nelle quali è prescritto il farmaco richiesto; se il paziente ha un documento rilasciato dall'autorità sanitaria o sottoscritto dal medico curante attestante la patologia per la quale è indicato il farmaco; se esibisce una ricetta con validità scaduta da non oltre trenta giorni (in tal caso il farmacista è tenuto ad apportare un'annotazione sulla ricetta che impedisca la sua riutilizzazione); se il farmacista ha conoscenza diretta dello stato di salute del paziente e del trattamento in corso. Quando dai documenti esibiti non emerge l'indicazione del medicinale, ma soltanto della patologia, il cliente è tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di assunzione di responsabilità circa la veridicità del trattamento con il medicinale richiesto. **Non è ammessa la dispensazione di medicinali iniettabili con la sola esclusione dell'insulina.**

CONSEGNA MEDICINALI SENZA RICETTA

Qualora il paziente necessiti di non interrompere un trattamento, per esempio una terapia antibiotica, il farmacista può consegnare il medicinale richiesto a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente è in trattamento come, per esempio, presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto; esibizione di una confezione inutilizzabile, ad esempio un flaconcino danneggiato. Il cliente è tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di assunzione di responsabilità circa la veridicità del trattamento con il medicinale richiesto. **Non è ammessa la dispensazione di medicinali iniettabili con la sola esclusione degli antibiotici in flacone monodose.**

Qualora la richiesta risponda alla necessità di **proseguire un trattamento avviato in ospedale**, il farmacista può consegnare il medicinale richiesto in caso di esibizione documentazione di dimissione ospedaliera emessa il giorno di acquisto o nei due giorni immediatamente precedenti, dalla quale risulti prescritta o, comunque, raccomandata la prosecuzione della terapia con il farmaco richiesto. **In tal caso è ammessa anche la consegna di medicinali iniettabili.**

CONSEGNA MEDICINALI SENZA RICETTA

Infine si ricorda che il farmacista, è tenuto a consegnare **una sola confezione con il più basso numero di unità posologiche del farmaco richiesto**, tranne il caso di antibiotici iniettabili monodose che possono essere consegnati in una quantità sufficiente ad assicurare e la continuità del trattamento fino alla possibilità di contatto del paziente con il medico prescrittore.

Il farmacista è tenuto a ricordare al cliente che la consegna del farmaco senza ricetta è una procedura eccezionale e che il cliente deve comunque informare il medico curante del ricorso alla procedura. A tal fine il farmacista consegna al cliente una scheda, da inoltrare al medico, contenente la specificazione del medicinale consegnato.

In farmacia deve essere presente un registro dove annotare la consegna dei farmaci effettuata in urgenza, riportando il nome del farmaco, le iniziali del paziente e la condizione, tra quelle sopra riportate, che ha dato luogo alla consegna del farmaco, allegando, nei casi in cui è prevista, la dichiarazione di assunzione di responsabilità del cliente.

CONSEGNA DI FARMACI SENZA PRESCRIZIONE MEDICA

DM 31 marzo 2008

Data		Iniziali del paziente	
------	--	-----------------------	--

Barrare il motivo della richiesta

Patologia cronica (art. 2)	Presenza in farmacia di ricette mediche riferite allo stesso paziente nelle quali è prescritto il farmaco richiesto.	Esibizione da parte del cliente di un documento rilasciato dall'autorità sanitaria attestante la patologia per la quale è indicato il farmaco. Se non indicato il farmaco fare firmare la dichiarazione di responsabilità	Esibizione da parte del cliente di un documento originale firmato dal medico curante attestante la patologia cronica da cui il paziente è affetto, con indicazione del farmaco utilizzato per il relativo trattamento.	Esibizione di una ricetta <u>con validità scaduta da non oltre trenta giorni</u> , apporre un'annotazione sulla ricetta che impedisca la sua riutilizzo. Dichiarazione di responsabilità	Conoscenza diretta da parte del farmacista dello stato di salute del paziente e del trattamento in corso.
	Iniettabili SOLO INSULINA	Iniettabili SOLO INSULINA	Iniettabili SOLO INSULINA	Iniettabili SOLO INSULINA	Iniettabili SOLO INSULINA

Altre Patologie (artt. 3-4)	Presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto	Esibizione di una confezione inutilizzabile (danneggiato). Dichiarazione di assunzione di responsabilità.	Prosecuzione della terapia a seguito di dimissione ospedaliera. Esibita documentazione.
	Iniettabili SOLO ANTIBIOTICI MONODOSE	Iniettabili SOLO ANTIBIOTICI MONODOSE	Iniettabili AMMESSI

Medicinali consegnati	Denominazione:
	Forma Farmaceutica:
	Dosaggio:
	AIC:
N. confezioni (solo per antibiotici monodose)	

NB: Il "Cliente" è colui che ritira il medicinale, il "Paziente" è la persona a cui è destinato il medicinale.

La presente procedura non è ammessa per la consegna di medicinali: 1) stupefacenti o psicotropi, 2) soggetti a prescrizione ospedaliera o specialistica, 3) in regime di SSN.

Può essere consegnata una sola confezione con il più basso numero di unità posologiche, tranne che per antibiotici iniettabili monodose.

Copia della presente scheda è consegnata al cliente per il successivo inoltro al medico curante.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CLIENTE

Dichiaro sotto la mia responsabilità che il paziente è in trattamento con il medicinale consegnato.

Firma del cliente

RICETTA ELETTRONICA

COME NASCE LA RICETTA DEMATERIALIZZATA

La ricetta dematerializzata (o ricetta elettronica on line) è il risultato finale di un progetto avviato con l'articolo 50 della legge 326 del 2003 che ha introdotto la ricetta cartacea standardizzata, la tessera sanitaria (TS) e l'obbligo di invio dei dati di tutte le ricette da parte prima delle farmacie (2008) e poi dei medici (2011).

Il processo ha coinvolto farmacisti, medici, le rispettive organizzazioni di categoria, ASL, Regioni, Agenzia delle Entrate, INPS, Guardia di Finanze etc., con il coordinamento della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) e, attraverso il braccio operativo di SOGEI, del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF).

OBIETTIVI

Il progetto ha come obiettivo la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, attribuzione e verifica del budget di distretto, farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica. Attualmente tutte le farmacie e tutti i medici sono tecnologicamente in grado di trasmettere al MEF i dati dei circa 600 milioni di ricette erogate ogni anno.

L'obiettivo della ricetta dematerializzata è quello di rendere l'invio dei dati contemporaneo alla prescrizione da parte del medico e alla dispensazione del farmaco da parte della farmacia, eliminando progressivamente il supporto cartaceo (prima la ricetta e poi il promemoria stampato dal medico al posto della ricetta).

RICETTA ELETTRONICA

DAL MEDICO

Dove la ricetta dematerializzata è già una realtà, i medici non dispongono più di blocchi di ricette cartacee, bensì solo di una serie di numeri. Sono i numeri delle ricette elettroniche (NRE) che, prodotti dal sistema centrale gestito da SOGEI. Il medico, per prescrivere un farmaco o una visita specialistica, si connette tramite il proprio PC (in un futuro prossimo potrà essere un tablet o uno smartphone) al sistema di riferimento e, dopo essersi identificato, effettua la prescrizione on line utilizzando un NRE. A questo NRE, il medico associa il codice fiscale dell'assistito. Il sistema valida il codice fiscale e associa tutte le informazioni di esenzione (per reddito e/o per patologia). A questo punto, il medico completa la ricetta con la prescrizione del farmaco e, con un semplice click, conferma la generazione della ricetta elettronica sul server di SOGEI. Il medico stampa e consegna all'assistito un "promemoria" con il NRE, codice fiscale, eventuali esenzioni dal ticket e prescrizione del farmaco. Il promemoria garantisce all'assistito la possibilità di ottenere il farmaco anche in caso di assenza di linea o in presenza di qualsiasi altro inconveniente legato all'accesso al server.

RICETTA ELETTRONICA

IN FARMACIA

Con il promemoria l'assistito si reca in farmacia. La farmacia si collega al sistema mediante le chiavi di accesso rappresentate dal NRE e dal codice fiscale, accede alla ricetta elettronica ed eroga il farmaco. La farmacia completa l'operazione inviando al server di SOGEI i dati relativi all'erogazione (prezzo del farmaco, ticket, sconti in favore del SSN, etc.) e i codici che individuano la singola confezione: (codice AIC e codice "targatura", cioè il codice seriale identificativo della singola scatola).

Il funzionamento delle ricette elettroniche che prescrivono visite specialistiche e analisi da effettuare nei laboratori è analogo.

I VANTAGGI

Il passaggio dal cartaceo all'elettronico, una volta a regime, consentirà di ridurre gli errori prescrittivi e di ottenere un controllo dei costi più preciso. Consentirà anche di risparmiare sui costi di produzione delle ricette cartacee, realizzate oggi con carta filigranata, ma soprattutto di semplificare i controlli che le ASL attualmente devono effettuare su ogni singola ricetta consegnata dalle farmacie.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

	 010A2	 4000001005
--	---	---

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:



INDIRIZZO: VIA

CAP:

CITTA':

PROV:

ESENZIONE:

SIGLA PROVINCIA:

CODICE ASL:

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:

DATA:

CODICE FISCALE DEL MEDICO:

CODICE AUTENTICAZIONE:

Rifacciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

2

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O UBICAZIONE DELL'UNITA' PRESCRITTORE) (DALLA LEGGE)



VIA ANTONIO POMA 17 SAN LAZZARO DI SAVENA 08014 40315423415

INDIRIZZO (DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE EMILIA ROMAGNA

105J5N5QA9P2N03J



NON ESSENTE

CODEICE EREZIONE



RENDITO

(Non applicabile sul verso)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

B 0 1 0 5

BIGLIA PROVINCIA CODEICE ASL

Grid for additional codes

PRESCRIZIONE

PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO (TACHIDOL)*16CPR RIV.500MG+30MG Fascia A

Nr Conf.: DUE

(Scegliere se non utilizzato)

X X X
MODI

S H
SING. RIGOV. ALTRO

X X X
MODI

U B D P
PREFERITA DELLA PRESCRIZIONE

0 0 2

NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONI

Grid for type of receipt

TIPO DI RICETTA

1 9 0 5 1 7

DATA

Grid for code and number (2x2)

Grid for code and number (2x2)

Grid for code and number (2x2)

Grid for code and number (2x2)

Grid for code and number (2x2)

Grid for code and number (2x2)

18108 Dott. Carlo MOTTARAN
c.f.: MTTCL53D24A059D
Medico di Medicina Generale
Spec. in Diabetologia e Malatt. del Ricambio
Convenz. SSN AUSL n. 105 Bologna
via Ferraresi, 7/A. BO tel.: 051355989

Grid for address and structure

NUMERO PROGRESSIVO

Grid for number and date

P.L.S. - FODSA

Dott. CARLO MOTTARAN

MTT CRL 53D24 A059D - P. IVA 01038510374

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

CONV. CON IL S.S.N. n. 18108 ASL 105 BO

VIA FERRARESE 70/A BOLOGNA tel. 051.355989

SPEC. DIABETOLOGIA E MAL. RICAMBIO

BO 19/05/17

P. - - - -

Tachidol Basso

2 scatole

Mottaran

C. Indirizzo di HOME DELL'ASSISTITO (D. WIGAL) CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE



VIA ANTONIO POMA 17 SAN LAZZARO DI SAVENA 08014 40315423437

INDIRIZZO CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE EMILIA ROMAGNA

105AVC4DX9P2MYD0



7



NON EBENTE



CODICE CREANZIONE



REDDITO

(Non aderisce sul retro)

PRIMA AUTORESCRIVANTE

B 0 1 0 5

ISOLA PROVINCIA CODICE ABI



NIMESULIDE (NIMESULIDE RATIO)*30BUST.100MG Fascia A

Nr Conf: UNO

PRESCRIZIONE

(Seleziona se non applicabile)

0 6 6

NOTA

X X X

NOTA

<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> ALTRO
SPEC. REGION.		
<input checked="" type="checkbox"/> U	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> D
P		
PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE		

0 0 1

NUMERO COMPLEZIONI / PRESTAZIONI



TIPO DI RICETTA

1 9 0 5 1 7

DATA

CODICE					NUMERO				
CODICE					NUMERO				

CODICE					NUMERO				
CODICE					NUMERO				

CODICE					NUMERO				
CODICE					NUMERO				

DATA SPEDIZIONE / STABILIMENTO STRUTTURALE EROGANTE									

CODICE					NUMERO				
CODICE					NUMERO				

CODICE					NUMERO				
CODICE					NUMERO				

CODICE					NUMERO				
CODICE					NUMERO				

NUMERO PROGRESSIVO (INVERTI)									
									NOTA
									VALORI OP. CANAL. ALTRO

IP.ES. - P.ES.2

CODICE E NOME DELL'ASSISTITO (O SOGGERITO) PRESORITTO DALLA LEZIONE



108014



40315423786



STAMPA PC

INDIRIZZO (OVE PRESORITTO DALLA LEZIONE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE EMILIA ROMAGNA

7



ON SOGGERITO

COODICE REGIONE



RESIDUTO

(Prest. autorizzate dal medico)

REGIONE AUTOCERTIFICANTE

SELA PROVINCIA

COODICE ASI

COODICE REGIONE

(Stipendi per loro efficienza)

MODI

MODI

MODI

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S	H	ALTRQ	
DIRIG.	RECIV.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
U	B	D	P
PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE			

LEZIONE SANITARIA

Debridoat 20 comp 150 mg

1 mese

4

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

190517

DATA

COODICE	NUMERO
COODICE	NUMERO

COODICE	NUMERO
COODICE	NUMERO

COODICE	NUMERO
COODICE	NUMERO

COODICE	NUMERO
COODICE	NUMERO

COODICE	NUMERO
COODICE	NUMERO

COODICE	NUMERO
COODICE	NUMERO

Dott. **CARLO MOTTARAN**
 MYT CHIRURGIA - TEL. 0518510774
 MEDICO CAPOCLINICO GENERALE
 COMPLESSO S. PIETRO AL 105 BO
 VIA F.lli BRUCCIANI 105 BOLOGNA TEL. 051355189
 "SPEC. TRIPLICE (ORTODONTIA, ORTOGONIA, ORTOGONIA)"
 "ESPER. IN FISIATRIZIA, FISIOTERAPIA, FISIOTERAPIA"

DATA SPEDIZIONE / TIPOLOGIA STRUTTURA ORGANIZAZIONE

NUMERO PROGRESSIVO

REPORTI

TARGET

BASE DEL CURA ALTRQ

LEZIONE SANITARIA

CODICINE E NUMERIS DELL'ASSEMBLATO (IP MEGALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



VIA ANTONIO POMA 17 SAN LAZZARO DI SAVENA 08014

40315423426

7

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 105G2ER0Q9P2MZT9
REGIONE EMILIA ROMAGNA



CODICE EFFETTIVE



PRIMA AUTOCERTIFICAZIONE

BO105

SPAZZI PER ALTRI CODICI

PRESCRIZIONE

ISOTRETINOINA (ISOTRETINOINA DIFA)*30CPS 20MG Fascia A

Nr Conf.: UNO

una confezione il giorno per 30 gg.

eseguito oggi test di gravidanza : negativo

001

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

00

TIPO DI RICETTA

190517

DATA

Form for CODE and NUMERO (empty)

Form for CODE and NUMERO (with signature)

Form for CODE and NUMERO (with doctor info)

Form for CODE and NUMERO (empty)

Form for CODE and NUMERO (empty)

Form for CODE and NUMERO (empty)

Form with X X X

Form with S H O and U B D P

18108 Dott. Carlo MOTTARAN
c.f. MITCRL53D24A059D
Medico di Medicina Generale
Spec. in Diabetologia e Malatt. del Ricambio
Conv. SSN AUSL n. 105 Bologna
via Ferrarese 17, IVA BO - tel. 051355989

Form for DATA OPERAZIONE / TIPO DI STRUTTURA EROGANTE

Form for NUMERO PROGRESSIVO and REPORT

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Regione Emilia Romagna



080A0



5198177364

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:



INDIRIZZO:

CAP:40128 CITTA':BOLOGNA

PROV:BO

ESENZIONE: **NON ESENTE**

SIGLA PROVINCIA:BO CODICE ASL:080105 DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO: **PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):**

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
C3B - ISOTRETINOINA 30x20MG - OS AIC:045513126 - ISODIFA*30CPS MOLLI 20MG - 1 CAPSULE MOLLI 2 volte al di Dopo i pasti terapia per 30 giorni test di gravidanza del 18 03 23 negativo	2	

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 21/03/2023 Medico: PESCARRELLI MARIA ANTONIETTA PSCMNT65D67E506D

CODICE AUTENTICAZIONE: 210320231257393360006324038206

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

+

+

+

+

La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.

V. Bouvicini 1 BO



708014



40224816861

2

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE EMILIA ROMAGNA

REI

Isotretinoina 30 cp 20 mg serie A
conf. Mo.

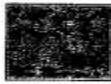
Mua compresca il di per 30 giorni
Esposito test paridauze il 23/6/15 NEGATIVO

230615

Dott. CARLO MOTTARAN
MTT CRL 53024 A019D - FJVA 01038510374
MEDICO DI MEDICINA GENERALE
CONV. CON D.S. n. 4108 ASL 105 BO
VIA FERLAKEBONDI 10 BOLOGNA tel. 051355989
SPEC. DIABETOLOGIA - PAT. RICHIAIBRU

Grid of 12 small rectangular boxes for data entry.

Grid of 12 small rectangular boxes for data entry.



Casa di Cura
Madre Fortunata
Toniolo

18.5.17

Direttore Sario: Maria Teresa Malaguti

Dott. Prof. VALTER CORTECCHIA
Specialista in Urologia
Tel. Mobile 335-5206113
E-mail: valter.cortecchia@alice.it

S. M.

Pr CAUSOJECT 20 mg fl.

1 fl. A.B

5 fl. A.B

Il pz è informato su uso e
possibili effetti coll.

FARMACIA DI CASARALTA S.N.C.
Bologna BO-096

250517

4110,90

Valter Cortecchia

Medico: DANZA SPROVIERO DARIO
DNZDRA68S15G942J
MMG-Convencionato SSN: AUSL BOLOGNA

Assistito

Cod.Fiscale:

Prescrizione

DROSPIRENONE/ETINILESTRADIOLO (DROSPIL*28CPR RIV 0,02MG+3MG [CL. C]) 1CONF.
(1 COMPRESSE RIVESTITE)

li 31/05/21

Firma

.....

Medico: DANZA SPROVIERO DARIO
DNZDRA68S15G942J
MMG-Convenzionato SSN: AUSL BOLOGNA

Assistito

Cod.Fiscale:

Prescrizione

DROSPIRENONE/ETINILESTRADIOLO (DROSPIL*84CPR RIV 0,02MG+3MG [CL. C]) 1CONF.
(1 COMPRESSE RIVESTITE)

li 31/05/21

Firma

.....

Dr. Igino RIENZI
Medico Chirurgo
Via Indipendenza 56
40121 Bologna
Tel. 051246424


17/05/2021

DROSPIL*168CPR RIV 0,02MG+3MG
Nr Conf.: UNO

FARMACIA DI CASARALTA S.N.C.
Bologna BO-096

290521

69,50.-


Dr. Igino RIENZI

RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Regione Emilia Romagna	 *080A0*	 *5214803031*
------------------------	---	---

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO

INDIRIZZO: VIA

IA, 36

CAP:00100 CITTA':ROMA

PROV:RM

ESENZIONE: **NON ESENTE**

SIGLA PROVINCIA:RM CODICE ASL:120201

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO: **PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):**

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
CLC - LAMOTRIGINA 56x100MG - OS AIC:027807078 - LAMICTAL*56CPR DISPERS 100MG - 0 COMPRESSE DISPERSIBILI NON SOSTITUIBILE cod: 1	2	---

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 25/09/2023 Medico: DANZA SPROVIERO DARIO DNZDRA68S15G942J

CODICE AUTENTICAZIONE: 250020231241387460006807104984

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.

FARMACIA DI GASARALTA S.N.C.
Bologna BO-096

Contiene farmaci in DPC nella regione di prescrizione

101023

07/10/23, 08:14

DPC ER

Notifica Mancante N° 627987

DI CASARALTA SNC
Via Ferrarese, 66/d-e-f
40128-BOLOGNA (BO)
P.IVA - 03072071206
Tel. 051/361919
ASL: 080105 - A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA
Codice Farmacia: 00096

Codice Ricettario 080A0/5214803031

Minsan	Descrizione Prodotto	Quantità
027807395	LAMICTAL*56CPR DISPERS 100MG	2
027807078	LAMICTAL*56CPR DISPERS 100MG	2

1. Creazione notifica 29/09/2023 15:55:51
2. Richiamata il 07/10/2023 08:13:52

[Empty rectangular box]

Data

29/09/2023 15:55:51

Document

FR n° 50
del 10/10/23
pos 18-19

Firma

Gabriella Cieri

Assessorato Politiche per la salute - Commissione Regionale del Farmaco
 Piano Terapeutico Regionale dei nuovi anticoagulanti orali nella Fibrillazione Atriale non valvolare

Farmaco: Edoxaban 30 mg

PT 105080105PU0080123400 emesso il 03/07/2023

Centro prescrittore: CS Cardio Maggiore
 Medico prescrittore: M. DI NIRO
 Tel: _____
 Paziente: _____ A _____
 Data di nascita: _____ Sesso: F Peso: 62 Codice Fiscale: _____
 Tel: _____

Jabigatran, Rivaroxaban e Apixaban sono a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è stato rilasciato dalle U.O. autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna e se la prescrizione risponde ai criteri stabiliti nel "documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare"

✓ CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI (criteri di elezione)

paziente già in trattamento con AVK* Percentuale Time in Therapeutic Range (TTR)*: 38,33

difficoltà logistico organizzative
 necessità di dosi di AVK < 8,25 mg/sett per warfarin e di 6 mg/sett per acenocumarolo
 pregressa emorragia maggiore in corso di INR sovratераpeutico
 pregressa emorragia intracranica

nuovo trattamento con anticoagulanti orali

pazienti in FA da tempo indeterminato, in proflessi trombo-embolica con il solo antiaggregante (ASA, ticlopidina ecc.)
 difficoltà logistico organizzative
 condizioni cliniche che rendono gravosa o non accettabile la terapia con AVK
 paz. ad alto rischio di interazioni farmacologiche con gli AVK
 pregressa emorragia intracranica
 FA di nuova diagnosi da sottoporre a cardioversione elettrica
 Nessuna delle precedenti

ALTRE CARATTERISTICHE

Trattamenti associati: ASA (ticlopidina, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor)
 pregressa emorragia maggiore gastrointestinale
 VFG < 30 ml/min VFG fra 30-50 ml/min VFG > 50 ml/min

* per TTR si intende il Tempo Trascorso nel Range terapeutico di INR. Solitamente viene calcolato in modo automatico dai programmi di gestione della terapia anticoagulante con Antagonisti della Vitamina K (AVK); la rilevazione dovrà essere fatta negli ultimi 6 mesi di trattamento con AVK.

Farmaco, dose e durata del trattamento prescritto

Edoxaban 30 mg	30.0 mg	30.0 mg	28/09/2023	<input type="checkbox"/> prima prescrizione
medicinale	dosaggio della cp	dose/die	validità del piano PT	<input checked="" type="checkbox"/> prosecuzione cura

DATA: 03/07/2023

IL MEDICO: M. DI NIRO

Da compilare da parte della Farmacia Ospedaliera in caso di distribuzione diretta

data	quantità consegnata (unità posologiche)	timbro e firma del farmacista

L'originale del presente Piano Terapeutico Regionale è stato ricevuto dalla Regione Emilia-Romagna di CALABRATA il 05/07/23 per l'invio alla Regione USL di BOLOGNA e per la consegna della terapia farmacia alla prescrizione di ricetta SSN.

* La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. del 12-02-1993 n° 39

Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FANV

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (medico specialista, medico di medicina generale)

scheda di follow-up

N. di protocollo PT elettronico assegnato dal Sistema TS: FANV0A000001881460003

Medico prescrittore MARIANGELA MASETTI Codice Fiscale MSTMNG57H49A944C

Tel 3202462442 specialista in: _____

U.O. _____ Az. Sanitaria Emilia Romagna, BOLOGNA

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza Bologna _____

Da compilare a cura del paziente

Rispetto al precedente controllo: _____

L'assunzione del farmaco è stata: regolare irregolare _____
motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono comparse manifestazioni emorragiche? NO SI _____
se SI, indicare quali

è stato/a ricoverato/a in ospedale? NO SI _____
se SI, indicare i motivi

Sono state modificate le altre terapie in corso? NO SI _____
se SI, indicare come

A cura del medico prescrittore

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? NO SI _____

se SI, indicare quali
Solo per NAO: Creatinina (mg/dL) 0,9 VFG (mL/min) 58 Altro: HgB 13,4

Terapia confermata SI NO

dabigatran 150 mg per 2/die 110 mg per 2/die rischio emorragico
Motivare la riduzione della dose

Data prevista per il Follow up: 16/11/2023

è opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente.

Data di valutazione 15/05/2023

L'originale del presente Interim è stato ritirato dalla Dett. ssa **MARIANGELA MASETTI** di **CASARASATA** - **BOLOGNA** il **15/05/2023** per il controllo all'Avlenza **BOLOGNA** e per la consegna della terapia farmacologica su prescrizione di ricetta SSN.
Codice Fiscale **MSTMNG57H49A944C**
Medico Comune **MARIANGELA MASETTI**
Piazzale Europa 3/A - 40138 Bologna
Tel. 051 266787/8 - 40138 Bologna
Cell. 320 2462442

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di rinnovo della prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____
Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in MMG _____
U.O. _____ Az. Sanitaria BO 105 _____

Paziente (nome e cognome) _____
Sesso: M F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____
Residenza _____ 22 _____

Rivalutazione

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? Sì No

Specificare gli eventi avversi _____

Terapia in corso: GLUCOPHAGE 4 X 2 CP DIE DOPO CENA + FORXIGA 10 MG A COLAZIONE

Terapia confermata: Sì No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria*
- rischio CV elevato**
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- malattia renale cronica*** (solo se SGLT2i)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target****
- solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatía ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

****per DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) 101 Altezza (m) 174 BMI (kg/m²) 33.36
HbA1c recente (mmol/mol) 55 Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) 52
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) 69
Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin		<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin		<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: GLUCOPHAGE 1 G X 2 DIE
Data prevista per il Follow up: 16/06/2024 la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi
Data di valutazione 16/06/2023

Timbro e Firma del Medico
Dott. DARIO BIANCHI
Med. Medico di Famiglia
Cod. Fisc. 0277-07-00000000000



REGIONE EMILIA ROMAGNA

NA



J 0 8 0 2 0



4 0 0 9 5 6 3 0 7 4 7

X



105PNTAJ3AZH2SBP


N									
NON ISCRITTO	CICLOSPORINA			NUMERO	PRIMA AUTOCOLLANTE				
	0	5	2						

B 0 1 0 5									

PRESCRIZIONE

CICLOSPORINA (CIQORIN*50CPS MOLLI 50MG [CL. A]) 2CONF.
(1 CAPSULE MOLLI)

Medico
C.F. G.
MAGGIORANI



S	H	A	M
U	B	D	P
X	X	X	
X	X	X	

Medico: GIANNONE ANDREA
GNNDR88H27H501N
MMG-Conv SSN: AUSL BOLOGNA

NUMERO COLLETTA	0	0	2

TIPO PRESCRIZIONE			

1	1	1	0	2	3

OSPEDALIERA
AMBULATORIALE
000391104




confezione ospedaliera
confezione ambulatoriale
00039729




FARMACIA DI CASARALTA S.N.C.
Bologna BO-096

131023

MMG-Convenzionato SSN: AUSL BOLOGNA

Assistito

Cod.Fiscale:

Prescrizione

(NUVARING*3SISTEMI RIL VAG+3APP [CL. C]) 1CONF.

li 03/04/23

FARMACIA DI CASARALTA S.N.C.
Bologna BO-096

030423

€ 68,30

Firma

Medico Convenzionato AUSL BOLOGNA
Ciclo di Medicina Generale cod. 25330
Via Tevaresse 7/A-B - 40128 Bologna
Cell. 320 2482412

CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA

SPECIALITA' UTILIZZABILI

Levonorgestrel, es. Norlevo* - 1 cpr - 1,5 mg (pillola del giorno dopo)

Ulipistral acetato, es. Ellaone* - 1 cpr rivestita - 30 mg (pillola dei cinque giorni dopo)

MODALITA' DI DISPENSAZIONE

LEVONORGESTREL: doppio regime di erogazione, ovvero con prescrizione medica RNR per le minorenni e senza obbligo di ricetta (SOP) per le maggiorenni.

ULIPISTRAL ACETATO: SOP per maggiorenni e minorenni

Non dubitare mai che un piccolo gruppo di persone coscienti e impegnate possa cambiare il mondo. In verità è l'unica cosa che è sempre accaduta.

Margaret Mead