

**ASL Oristano**

Azienda socio-sanitaria locale

U.O.C. Farmacia Territoriale  
Direttore f.f.: Dott.ssa Bianca Maria Dessupoiu**PROCEDURA PER LA DISPENSAZIONE****DI FARMACI H-OSP**

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Revisione n.</b>	<b>Data</b>	
<b>Redazione e Aggiornamento</b>	<b>Verifica e Approvazione</b>	<b>Autorizzazione</b>
<i>Dott. Stefano Cortese - Dott.ssa Paola Murziani - Farmacisti dirigenti</i>	<i>Dott.ssa Bianca Maria Dessupoiu - Direttore ff SC Farmacia Territoriale</i>	<i>Dott.ssa Maddalena Satta - Direttore Sanitario Aziendale</i>

**OGGETTO:** Procedura per la dispensazione di medicinali classificati H-OSP**INDICE:**

1. PREMESSA
2. SCOPO
3. OBIETTIVI
4. CAMPO DI APPLICAZIONE
5. FIGURE COINVOLTE
6. MATRICE RESPONSABILITÀ
7. DOCUMENTAZIONE
8. PROCEDURA OPERATIVA
9. ALLEGATI

**Da pubblicare sul sito Aziendale****1. PREMESSA:****Normativa di riferimento**

- *Decreto Legislativo 24/04/2006 n.219 art. 92*
- *Nota Assessoriale Regione Sardegna del 26 gennaio 2010 Prot. n.1303/XV.10.1/6*
- *DPCM 12 Gennaio 2017 art. 21 comma 4: "Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale."*
- *L. 405/2001*

**Azienda socio sanitaria locale n. 5 Oristano**  
Sede Legale Via Carducci n. 35 - CAP 09170 Oristano  
Tel.: 0783/3171 - P.IVA/C.F.: 01258180957  
email: [direzione.generale@asloristano.it](mailto:direzione.generale@asloristano.it)  
PEC: [protocollo@pec.asloristano.it](mailto:protocollo@pec.asloristano.it)  
Sito aziendale: [www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it)



**U.O.C. Farmacia Territoriale**  
Via Carducci n. 41 09170 Oristano  
Telefono: 0783/317031- 33-36  
email: [farmaceutico.oristano@asloristano.it](mailto:farmaceutico.oristano@asloristano.it)  
PEC: [farmaceutico.or@pec.asloristano.it](mailto:farmaceutico.or@pec.asloristano.it)  
Direttore f.f. Dott.ssa Bianca Maria Dessupoiu

**2. SCOPO:**

La presente procedura ha lo scopo di descrivere il corretto processo di gestione delle richieste di farmaci classificati H-OSP per l'utilizzo extraospedaliero. *Tali farmaci non possono – allo stato e per i vincoli della normativa in materia - che essere prescritti da Medico esperto nel trattamento di quella determinata patologia ed utilizzati esclusivamente all'interno delle strutture ospedaliere.* Tuttavia può verificarsi l'esigenza di proseguire un trattamento iniziato in ambiente ospedaliero o casi in cui si renda necessario un trattamento con farmaci H-OSP nei vari setting assistenziali extraospedalieri.

**3. OBIETTIVI:**

- Garantire la continuità delle cure in un'ottica di appropriatezza nei diversi setting assistenziali dove viene somministrata e assunta la terapia.
- Uniformare i comportamenti di tutti gli operatori coinvolti nel processo di gestione della terapia farmacologica con farmaci H-OSP.

**4. CAMPO DI APPLICAZIONE:****Destinatari. Pazienti in:**

- Dimissione
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Cure Palliative
- Hospice
- Centro di riabilitazione Santa M. Bambina

**Medicinali prescrivibili:**

Farmaci **H-OSP** ( fascia H come regime di rimborsabilità ed OSP come regime di fornitura ) da fornire solo per il tramite delle Farmacie Ospedaliere e dei Servizi Farmaceutici Territoriali.

**5. FIGURE COINVOLTE:**

- **Paziente** dei setting assistenziali sopra indicati
- **Medico Prescrittore Specialista Ospedaliero**
- **Medici** di strutture extraospedaliere e domiciliari
- **Farmacista** Farmacia Territoriale / Farmacia Ospedaliera ASL 5 Oristano
- **Direttore Sanitario o un suo delegato**

**Azienda socio sanitaria locale n. 5 Oristano**

Sede Legale Via Carducci n. 35 - CAP 09170 Oristano  
Tel.: 0783/3171 - P.IVA/C.F.: 01258180957  
email: [direzione.generale@asloristano.it](mailto:direzione.generale@asloristano.it)  
PEC: [protocollo@pec.asloristano.it](mailto:protocollo@pec.asloristano.it)  
Sito aziendale: [www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it)

**U.O.C. Farmacia Territoriale**

Via Carducci n. 41 09170 Oristano  
Telefono: 0783/317031- 33 -36  
email: [farmaceutico.oristano@asloristano.it](mailto:farmaceutico.oristano@asloristano.it)  
PEC: [farmaceutico.or@pec.asloristano.it](mailto:farmaceutico.or@pec.asloristano.it)  
Direttore f.f. Dott.ssa Bianca Maria Dessupoiu

**N.B.** in caso in cui il medicinale in oggetto preveda modalità particolari per la sua prescrizione (es. REGISTRI AIFA, schede di arruolamento cartacee, documentazione relativa alla Legge 648/96 etc), tale documentazione andrà allegata alla prescrizione stessa.

Si rammenta che per quanto riguarda la Nutrizione Parenterale valgono le stesse indicazioni dei farmaci H-OSP, per cui la prescrizione dovrà essere redatta da Medici Ospedalieri previsti in scheda tecnica: come internisti, specialisti in scienza dell'alimentazione e nutrizione clinica.

Per i pazienti ricoverati in Hospice si considera autorizzata, da non sottoporre alla presente procedura, l'erogazione di farmaci per la sedazione palliativa (Midazolam).

#### B) VERIFICA DELLA PRESCRIZIONE

La SC Farmacia Ospedaliera in caso di Dimissione:

- Valuta la correttezza, completezza ed appropriatezza della prescrizione, per poter procedere alla dispensazione del farmaco a completamento del ciclo iniziato in ospedale.

La SC Farmacia Territoriale in tutti gli altri casi:

- Valuta la correttezza formale della prescrizione, completezza documentale ed appropriatezza prescrittiva:
  - a) in caso di documentazione non conforme o incompleta verrà contattato il prescrittore,
  - b) in caso di conformità invia la documentazione corretta al Direttore Sanitario o suo delegato per sua autorizzazione o diniego.

#### C) AUTORIZZAZIONE

Il Direttore Sanitario o delegato valuta la richiesta di prescrizione del farmaco H-OSP redatta dal Medico Specialista Ospedaliero ed esprime parere positivo o negativo (**ALLEGATO C**).

#### D) EROGAZIONE

Il farmaco autorizzato viene dispensato presso la SC Farmacia Territoriale – Servizio di Distribuzione Diretta

#### E) ALLEGATI

**ASL Oristano**

Azienda socio-sanitaria locale

U.O.C. Farmacia Territoriale  
Direttore f.f.: Dott.ssa Bianca Maria Dessupoiu**PROCEDURA PER LA DISPENSAZIONE****DI FARMACI H-OSP**

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**6. MATRICE RESPONSABILITÀ:**

Attività / Processo	R (Responsabile)	C (Coinvolto)			I (Informato)
	Paziente	Medico Specialista Ospedaliero	SC Farmacia Territoriale/Ospedaliera	Medico di struttura extraospedaliera o domiciliare	Direttore Sanitario/delegato
PRESCRIZIONE	I	R			
PRESENTAZIONE della prescrizione	I	R	C	R	
VALUTAZIONE della prescrizione	I	C	R	C	
AUTORIZZAZIONE	I	I	C	C	R
EROGAZIONE	I	I	R	C	
SOMMINISTRAZIONE				R	

**7. DOCUMENTAZIONE:**

- Modulo di Dimissione Ospedaliera (**ALLEGATO A**)
- Modulo di richiesta Farmaco H-OSP (**ALLEGATO B**) ed eventuale documentazione prevista secondo il farmaco
- Autorizzazione (**ALLEGATO C**)

**8. PROCEDURA OPERATIVA:****A) PRESENTAZIONE DELLA PRESCRIZIONE**

- 1. Paziente in dimissione:** Il Medico Specialista redige una prescrizione sul Modulo di Dimissione Ospedaliera (**ALLEGATO A**) e la consegna al paziente che la utilizza per il ritiro del farmaco presso la Farmacia Ospedaliera a completamento del ciclo iniziato in ospedale .
- 2. Paziente ospite in RSA, ADI, Cure Palliative, Hospice, Centro di riabilitazione:**  
Nei casi in cui risulta indispensabile l'utilizzo del farmaco H-OSP, il Medico Specialista sentito in teleconsulto il Medico della struttura ospitante, redige un piano individuale di trattamento utilizzando la Scheda di prescrizione (**ALLEGATO B**). Il Piano datato e sottoscritto dal Medico Specialista deve contenere il farmaco, dosaggio, indicazione terapeutica, posologia, via di somministrazione, durata prevista del trattamento nonché eventuali cautele previste nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

**Azienda socio sanitaria locale n. 5 Oristano**  
Sede Legale Via Carducci n. 35 - CAP 09170 Oristano  
Tel.: 0783/3171 - P.IVA/C.F.: 01258180957  
email: [direzione.generale@asloristano.it](mailto:direzione.generale@asloristano.it)  
PEC: [protocollo@pec.asloristano.it](mailto:protocollo@pec.asloristano.it)  
Sito aziendale: [www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)



**U.O.C. Farmacia Territoriale**  
Via Carducci n. 41 09170 Oristano  
Telefono: 0783/317031- 33-36  
email: [farmaceutico.oristano@asloristano.it](mailto:farmaceutico.oristano@asloristano.it)  
PEC: [farmaceutico.or@pec.asloristano.it](mailto:farmaceutico.or@pec.asloristano.it)  
Direttore f.f. Dott.ssa Bianca Maria Dessupoiu



ASL ORISTANO

ALLEGATO A

U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA



# MODULO FILE F (L. 405/2001)

Codice nosologico: \_\_\_\_\_

### DATI PAZIENTE:

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Residenza: \_\_\_\_\_

### DIAGNOSI:

### TERAPIA PRESCRITTA:

FARMACO	POSOLOGIA	GIORNI DI TERAPIA (validità)*	Q.TÀ CONSEGNATA (Farmacia)

Data dimissione: \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore (Timbro e firma)

Parte riservata alla farmacia: \_\_\_\_\_

Fustella	Fustella	Fustella	Fustella
Fustella	Fustella	Fustella	Fustella

Note:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data dispensazione terapia \_\_\_\_\_

Farmacista (Timbro e firma)

Firma paziente o suo delegato \_\_\_\_\_

Orario consegne farmaci: dal lunedì al venerdì dalle 11:30 alle 13:00

\*i farmaci verranno dispensati per il primo ciclo di terapia che non può essere superiore a 30gg art 8 D.L. 405/2001

**ALLEGATO B****SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI AD ESCLUSIVO USO OSPEDALIERO H-OSP DA UTILIZZARSI AL DI FUORI DEI PRESIDI OSPEDALIERI**Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ in servizio presso l'Unità Operativa  
di \_\_\_\_\_ del PO/AOU/AO \_\_\_\_\_**PRESCRIVE**

per il/la Sig. \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ ASL di residenza \_\_\_\_\_

Assistito in : RSA  ADI  Hospice  Cure Palliative  Centro di riabilitazione 

Farmaco \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_

Indicazione terapeutica \_\_\_\_\_

Posologia e via di somministrazione \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento (massimo 30 giorni): \_\_\_\_\_

**Allegare eventuale documentazione obbligatoria e/o utile (Prescrizione da registro di monitoraggio, scheda di arruolamento cartacea, referti di laboratorio etc.)**

E dichiara che:

- il paziente necessita di continuare in ambiente extraospedaliero l'assunzione del farmaco;
- le prime dosi del farmaco sono state già somministrate in ambiente ospedaliero per escludere il rischio di reazioni di ipersensibilità;
- il farmaco non è sostituibile da altri farmaci non classificati in H;
- il Medico che ha in carico il paziente nel servizio ricevente è stato contattato, condivide le indicazioni al trattamento ed è disponibile a monitorare il percorso terapeutico;
- si impegna alla rivalutazione per verificare l'efficacia del trattamento e l'eventuale prosecuzione.

Luogo e Data

Timbro e firma del Medico Specialista Ospedaliero (leggibile)



## ALLEGATO C

### MODULO DI AUTORIZZAZIONE DI FARMACI H-OSP AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO DA SOMMINISTRARE PRESSO STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE

Parte riservata alla SC Farmacia Territoriale:

Valutazione del trattamento farmacologico prescritto dal Medico Specialista Ospedaliero, Dr \_\_\_\_\_

in servizio presso l'Unità Operativa di \_\_\_\_\_ del  
PO/AOU/AO \_\_\_\_\_

per il/la Sig. \_\_\_\_\_

relativa alla somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_

Accertata la completezza e correttezza della documentazione ed appropriatezza prescrittiva, per il proseguo di competenza

#### RICHIEDE AUTORIZZAZIONE AL DIRETTORE SANITARIO

per il trattamento farmacologico proposto. Il Direttore Sanitario o suo delegato esprime parere:

POSITIVO

NEGATIVO \_\_\_\_\_

L'erogazione sarà effettuata presso la SC Farmacia Territoriale ASL 5 ORISTANO alla struttura richiedente.

Luogo e Data

Timbro e firma del Direttore Sanitario  
(o suo delegato)

