

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica
Servizio 7 Farmaceutica
Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot/ 48978

del 20.11.2020

Oggetto: gestione dell'Ossigeno sul territorio per pazienti COVID-19

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie

Agli Ordini dei Medici

Agli Ordini dei Farmacisti

A Fedefarma Sicilia

Ad Assofarm

Loro Sedi

Con la nota prot. n. 48657 del 13 novembre u.s., che ad ogni buon fine si allega alla presente, sono state fornite indicazioni al fine di contrastare la dilagante carenza di bombole, che rende problematica la disponibilità di ossigeno (gassoso) sul territorio, a causa di fenomeni distorsivi nella gestione di tale medicinale.

Pertanto, nel ribadire quanto disposto con la sopra citata nota, sulla scorta del “*Piano di utilizzo di ossigenoterapia al domicilio in caso di insufficienza respiratoria da Covid-19*”, pubblicato dall'Assessorato della Salute su proposta della CTS regionale, si riportano di seguito alcune indicazioni volte a concedere l'autorizzazione, limitatamente all'attuale fase della gestione dell'emergenza pandemica, all'utilizzo dell'ossigeno liquido per il trattamento di eventuali pazienti Covid-19 domiciliati in condizioni di impossibilità all'impiego di ossigeno gassoso.

In particolare, in considerazione dell'attuale situazione di emergenza legata alla recrudescenza pandemica e della contestuale carenza di contenitori di ossigeno gassoso, si autorizza, in via del tutto eccezionale, la dispensazione di ossigeno liquido per il tramite delle Farmacie convenzionate.

In tali casi, la prescrizione potrà essere effettuata anche dal MMG e dal Medico dell'USCA, sull'apposito modello di Piano Terapeutico (PT) allegato alla presente, secondo le procedure di

seguito descritte, fermo restando eventuali percorsi già formalizzati a livello locale per garantire assistenza ai medesimi pazienti.

Percorso di prescrizione e dispensazione su ricetta SSN di ossigeno liquido per pazienti domiciliati affetti da Covid-19:

Ai fini della dispensazione a carico del SSR il Medico deve effettuare la prescrizione sul PT allegato riportando sulla ricetta rossa cartacea le seguenti indicazioni:

- *paziente domiciliato affetto da Covid-19*
- *ossigeno liquido (specificare volume complessivo del contenitore)*

Il Medico deve altresì fornire all'assistito o al *caregiver* le indicazioni necessarie per assicurare l'uso appropriato e sicuro del farmaco.

Le ASP forniscono alle Farmacie i nominativi ed i contatti delle Ditte fornitrici.

La Farmacia contatterà la Ditta fornitrice per la consegna domiciliare di ossigeno liquido.

La Ditta fornitrice trasmette alla Farmacia ed all'ASP territorialmente competente copia del Documento di Trasporto (DdT) controfirmato dal paziente o dal *caregiver*.

L'importo dell'ossigeno liquido erogato sarà liquidato dall'ASP territorialmente competente.

La Farmacia consegnerà all'ASP territorialmente competente la ricetta con il relativo PT e l'allegata copia del DdT insieme a quelle erogate in DPC.

Alla Farmacia sarà riconosciuto l'onorario previsto per la DPC senza le maggiorazioni previste dall'Accordo di cui al D.A. n. 1857/17.

Si invitano pertanto le SS.LL. ad attivare con carattere d'urgenza, tutte le procedure volte a garantire quanto sopra descritto.

Il Responsabile dell'U.O. 7.1

Dr. Alessandro Oteri



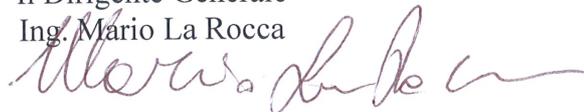
Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Pasquale Cananzi



Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca





ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

*Piano Terapeutico per il trattamento domiciliare con ossigeno liquido dei pazienti
affetti da Covid-19*

Azienda Sanitaria _____

Nome e Cognome dell'assistita/o _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Nata/o a _____ il ___ / ___ / ___

Indirizzo _____ Tel. _____

ASP di residenza _____ Prov. _____

Diagnosi:

Polmonite SARS-CoV-2 Patologia non respiratoria in infezione da SARS-CoV-2

Motivazione clinica della scelta del farmaco

SpO2 a riposo: _____%

SpO2 dopo sforzo: _____%

Frequenza respiratoria: _____ atti/minuto

Formulata da _____

Farmaco prescritto _____

Posologia _____
(indicare litri/minuto e numero di ore giornaliere)

Durata prevista della terapia _____

Data ___ / ___ / ___

Timbro e firma
del Medico prescrittore