



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

dott. Denis Caporale

*nominato con Deliberazione della Giunta Regionale
n. 2001 del 20 dicembre 2024*

N. 206

DEL 27/02/2025

AVENTE AD OGGETTO:

Recepimento "Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare".

Con la partecipazione per l'espressione dei pareri di competenza:

del Direttore Amministrativo avv. Francesco Magris

del Direttore Sanitario dott. David Turello

del Direttore dei Servizi Sociosanitari dott. Massimo Di Giusto

OGGETTO: Recepimento "Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare".

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 il quale, in particolare all'articolo 1, ai fini della tutela della salute, quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, stabilisce che:

- il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse finanziarie pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza, definiti dal PSN nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie, e le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- i livelli essenziali di assistenza comprendono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni relative alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale;
- sono poste a carico del Servizio sanitario tipologie di assistenza, servizi e prestazioni che, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, presentano evidenze scientifiche di significativo beneficio in termini di salute a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate;
- prestazioni innovative possono essere erogate in strutture sanitarie esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della salute;

VISTI:

- il DPR 20 ottobre 1992, "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali", che, all'art.6, ha previsto, tra l'altro, che nell'ambito dei cicli di cura

programmati possano essere concessi dall'ospedale anche eventuali farmaci che l'assistito debba assumere al proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero;

- il Decreto-Legge 18 settembre 2001, n. 347 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito con modificazioni, dalla Legge n. 405 del 16 novembre 2001, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", e s.m.i. che, all'art. 8, comma 1, stabilisce, tra l'altro, che:

- le Regioni assicurano l'erogazione diretta, da parte delle aziende sanitarie, dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- al fine di garantire la continuità assistenziale, la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale;

- il D. Lgs 24 aprile 2006 n. 219 "Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE", che nel classificare i medicinali ai fini della fornitura, all'art. 92, stabilisce che i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero sono medicinali che, per le caratteristiche farmacologiche, per innovatività, per modalità di somministrazione o per altri motivi di tutela della salute pubblica, possono essere utilizzabili in condizioni di sufficiente sicurezza nelle strutture ospedaliere o ad esse assimilabili;

- il DPCM del 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1 comma 7 del DL 30 dicembre 1992, n.502" che, nell'ambito delle prestazioni che il SSN deve garantire a tutti i cittadini, prevede:

- all'art. 9, secondo quanto già previsto dal Decreto-Legge 18 settembre 2001, n. 347, come convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, l'erogazione dell'assistenza

farmaceutica attraverso i servizi territoriali e ospedalieri, con riferimento ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nonché del primo ciclo di terapia in seguito a dimissione da ricovero ordinario o programmato ovvero dopo visita specialistica ambulatoriale;

- all'art. 22, nell'ambito delle cure domiciliari integrate (ADI) di I e II livello, che sia assicurata la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici i cui agli art. 9, 11 e 17 del medesimo decreto quali prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

- la Legge n. 24 del 8 marzo 2017, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" che, all'art. 1, ha introdotto il principio per il quale alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale;

VISTA la Legge Regionale 17 dicembre 2018 recante ad oggetto "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario Regionale" e ss.mm.e.ii.;

VISTA la Legge Regionale 12 dicembre 2019 recante ad oggetto "Riorganizzazione dei livelli essenziali di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla Legge Regionale 26/2015 e L.R. 6/2006" e ss.mm.e.ii.;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso ufficialmente alla Commissione europea dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 30 aprile 2021 ai sensi dell'art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 e approvato definitivamente il 13 luglio 2021, con particolare riferimento alla sezione dedicata alla Salute, nell'ambito della quale è previsto il programma di riforma dell'assistenza territoriale;

VISTO il Decreto Ministeriale n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", il quale prevede la definizione di modelli, da parte delle Regioni, per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, istituendo Centrali Operative Territoriali (COT) per il coordinamento della presa in carico del paziente nella transizione di cura tra ospedale e territorio, definisce la casa quale primo luogo di cura e stabilisce che le cure domiciliari si configurino come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura del paziente;

RILEVATA la necessità di delineare percorsi omogenei di presa in carico del paziente, nell'ambito della continuità ospedale-territorio, che favoriscano una corretta gestione terapeutica e colmino i bisogni di cura, a garanzia dell'equità e della sicurezza, in analogia alle esperienze consolidate di numerose regioni italiane e in coerenza con quanto definito dal citato DM 77/2022;

RICHIAMATE:

- la DGR n. 2042, del 29 dicembre 2022 "PNRR M6. DM 77/2022. Programma regionale dell'assistenza territoriale. Approvazione definitiva", che nell'ambito della Missione 6 (Salute) - Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) del PNRR, ha approvato in via definitiva il documento "Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale";
- la DGR n. 1375, del 20 settembre 2024 "Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) missione 6 salute - componente c1 "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" - investimento 1.2 "casa come primo luogo di cura e telemedicina" - sub-investimento 2.1 "implementazione delle centrali operative territoriali (COT)". presa d'atto della documentazione attestante il conseguimento del target m6c1-7: entrata in funzione delle 12 COT della regione Friuli Venezia

Giulia", che ha attestato il raggiungimento del target per le 12 COT previste dalla programmazione regionale;

DATO ATTO che con nota prot. n. 36812 del 16 gennaio 2025 la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità ha trasmesso la DGR n. 2051 del 30 dicembre 2024 "Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella comunità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare" e il relativo Allegato 1, parte integrante della medesima, stabilendo che gli Enti del SSR recepiscano con proprio atto il documento in questione, al fine di procedere agli adempimenti derivanti dal medesimo secondo le modalità organizzative e nel rispetto delle disposizioni in esso contenute, definendo percorsi/procedure aziendali in base alle esigenze del territorio di competenza;

RITENUTO, per quanto evidenziato al punto precedente di dover provvedere, quanto prima, al recepimento del provvedimento regionale e di stabilire che il Dipartimento Assistenza Territoriale, il Dipartimento Assistenza Ospedaliera e il Dipartimento del Farmaco, provvedano ad istruire un'apposita procedura aziendale al fine di dare concreta attuazione alla deliberazione giuntale in argomento;

PRESO ATTO che il Direttore della Struttura Direzione Sanitaria nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa, la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali dell'Ente, l'assenza di conflitto di interessi, stante anche l'istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore dei Servizi Sociosanitari, per quanto di rispettiva competenza;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, di:

1. di recepire come stabilito dalla DGR 2051 del 30 dicembre 2024, avente ad oggetto *"Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare"* l'Allegato alla previsione normativa in argomento, che a miglior visione si allega al presente decreto;
2. di stabilire che, entro il 30.07.2025, i Dipartimenti dell'Assistenza Territoriale, del Farmaco, e dell'Assistenza Ospedaliera provvedano d'intesa, ad istruire un'apposita procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto stabilito dal provvedimento giuntale secondo modalità organizzative coerenti con gli attuali assetti aziendali;
3. di prendere atto che il presente provvedimento non comporta oneri finanziari;
4. di trasmettere il presente decreto agli uffici interessati.

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente

Il Direttore Amministrativo
avv. Francesco Magris

Il Direttore Sanitario
dott. David Turello

Il Direttore dei Servizi Sociosanitari
dott. Massimo Di Giusto

Il Direttore Generale
dott. Denis Caporale

Allegati:

1	Allegato 1 alla Delibera 2051-20240.1.pdf
---	---

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCO MAGRIS
CODICE FISCALE: MGRFNC69D27G888F
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:03:21
IMPRONTA: 20025307DB340713B0EEC83641F01E867DFA0102B10EDCE59CCA15927A2EC8E87DFA0102B10EDCE59CCA15927A2EC8E8D42D97C2B9FF4638AC8237399806213D42D97C2B9FF4638AC8237399806213D22AA451907FC8E51A3DC117DC580B56E22AA451907FC8E51A3DC117DC580B56EBD390338AABAC82C99F32DC2ECDB6C65

NOME: MASSIMO DI GIUSTO
CODICE FISCALE: DGSM70R19L483N
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:08:05
IMPRONTA: 7F8B817190158ABC8FBFA8F9C394051F0D081F9BC2D2FD09B56B4428D68FB6820D081F9BC2D2FD09B56B4428D68FB682C6603D75BE020DE44504C7D42347840CC6603D75BE020DE44504C7D42347840C48D853C923BBFB1203378FD1E042836E48D853C923BBFB1203378FD1E042836EA4EE76C2BC20DD45F48F18420D11E07C

NOME: DAVID TURELLO
CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:14:45
IMPRONTA: 63C317AB4C619D4418AB5A7A82A6A05A0C4DAC075E18E67E4C1315CF83691C7B0C4DAC075E18E67E4C1315CF83691C7BB88FD13E1FC9F8709CD65DDD17E9689AB88FD13E1FC9F8709CD65DDD17E9689AECFC724515E8FF2C5331F99A19E16FD1ECFC724515E8FF2C5331F99A19E16FD14D8FA9DA3953F5AB953791526609196F

NOME: DENIS CAPORALE
CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:25:41
IMPRONTA: 0C5C55343794F958298AD5D11EE9522DADF66DD308D8A29474157C6AFE668EFEADF66DD308D8A29474157C6AFE668EFE973FE2B6CBE44A00140CBE556D41CE03973FE2B6CBE44A00140CBE556D41CE03854C4E002CAA8A7A8DA73165B4945DAF854C4E002CAA8A7A8DA73165B4945DAFCBCD8D46B23A33CE4A4BAC8ADB251A8B



	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA			Documento Rev. 0 Data 18/12/24 Pag. 1 a 12
--	---	--	--	---

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'IMPIEGO DEI MEDICINALI NELLA CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO E SOMMINISTRAZIONE FARMACI H-OSP IN ASSISTENZA RESIDENZIALE E DOMICILIARE

SOMMARIO

A. IMPIEGO DI MEDICINALI IN CORSO DI RICOVERO	3
B. PRESCRIZIONE E DISPENSAZIONE DEI MEDICINALI ALLA DIMISSIONE DA RICOVERO O DA VISITA SPECIALISTICA.....	3
C. FORNITURA DI FARMACI A PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	5
D. PRESCRIZIONE, EROGAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ESCLUSIVO USO OSPEDALIERO (H-OSP) A DOMICILIO O IN STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE	5
COMPITI E RESPONSABILITÀ	5
Dimissione da ospedale, compresa la consulenza specialistica ospedaliera	5
Richiesta proveniente dal territorio.....	7
ALLEGATO A.....	9
ALLEGATO B.....	11

ABBREVIAZIONI

- ADI: assistenza domiciliare integrata
- AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco
- A/PHT: classificazione di Farmaci strumento di continuità terapeutica Ospedale-Territorio
- COT: centrali operative territoriali
- DPC: distribuzione per conto ai sensi della legge 405/2001
- LEA: limiti essenziali assistenziali
- Medicinali H-OSP: medicinale utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile
- MMG: Medico di Medicina Generale
- PLS: Pediatra di Libera Scelta
- PSM: software INSIEL-Prescrizione Somministrazione Medicinali®
- PT: Piano Terapeutico
- PTA: Prontuario Terapeutico Aziendale
- RR: ricetta ripetibile
- RRL: ricetta ripetibile limitativa
- RNR: ricetta non ripetibile
- RNRL: ricetta non ripetibile limitativa
- SO: struttura operativa

FINALITA'

La transizione di cura tra ospedale e territorio è un momento potenzialmente critico per la sicurezza del paziente. Risulta, quindi, opportuno condividere strumenti e modalità con cui il Servizio Sanitario Regionale assicura la continuità terapeutica/assistenziale, mantenendo gli standard di sicurezza per il paziente e per gli operatori del sistema stesso.

Le presenti Linee di indirizzo hanno pertanto la finalità di rendere omogenei a livello regionale i percorsi di accesso ai farmaci nella continuità ospedale - territorio con particolare riferimento alla somministrazione in assistenza residenziale e domiciliare di medicinali la cui classificazione per la fornitura è "OSP" e per la concedibilità a carico del SSN è "H", di seguito indicati come "H-OSP".

Il presente documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari direttamente o indirettamente coinvolti nell'assistenza sanitaria del paziente al proprio domicilio ivi compresa la componente di transizione tra ospedale e territorio.

PREMESSA

Il miglioramento dell'assistenza ospedaliera e la trasformazione degli ospedali in centri specializzati per cure intensive hanno reso il domicilio un luogo di cura orientato al prosieguo dell'assistenza garante contestualmente di una adeguata qualità di vita dell'assistito.

Pertanto, nell'attuale assetto organizzativo dell'assistenza ospedaliera si possono verificare dimissioni da ricovero ordinario di pazienti stabilizzati che richiedono un livello assistenziale di bassa complessità/intensità, orientando la presa in carico di tali pazienti da parte delle strutture sanitarie territoriali/domicilio.

Coerentemente con il PNRR che vede la casa come primo luogo di cura, l'assistenza domiciliare risulta essere il modello assistenziale che va privilegiato in tutti i casi possibili specialmente nelle condizioni di fragilità, in quanto il domicilio rappresenta il setting nel quale il paziente può avere maggiori opportunità di guarigione o recupero funzionale, ma anche, nelle situazioni di terminalità, di vivere al meglio il tempo che è dato. In questo contesto, un approccio multidimensionale e multidisciplinare integrato tra tutti gli attori del sistema sanitario, sociale, socio-sanitario risulta fondamentale e va centrato sull'individuo senza ostacoli che ne impediscano le cure o il supporto terapeutico. Oltre alla creazione di servizi solidi, continui e vicini alle comunità, è necessario attivare risposte di cura, assistenza e tutela che siano prossime alle persone da ogni punto di vista, prevedendo percorsi privi di ostacoli alle terapie.

Per diverse e molteplici condizioni di malattia, i percorsi assistenziali si intrecciano così frequentemente tra accessi ripetuti, progressione della patologia, domiciliarità del paziente, da rendere indispensabile, per il bene della persona, identificare percorsi terapeutici ed organizzativi in grado di assicurare, a parità di sicurezza, la migliore terapia possibile anche in relazione al setting assistenziale in cui si viene a trovare il paziente.

L'assistenza a domicilio nel tempo ha trovato un progressivo sviluppo operativo e normativo e deve essere intesa sempre più come parte integrante del ciclo di cure dei pazienti e senza soluzione di continuità rispetto all'assistenza ospedaliera. Questa tipologia di assistenza, infatti, va prioritariamente a vantaggio dei pazienti non in grado di deambulare, che stanno recuperando da gravi interventi, con patologie croniche in evoluzione o in fase terminale. In tale contesto l'erogazione dell'assistenza farmaceutica non si limita alla semplice dispensazione di terapie di base, ma include anche interventi specialistici come la nutrizione artificiale, la terapia del dolore anche per via endovenosa, l'utilizzo di elastomeri e, quando necessario, l'impiego della terapia antibiotica endovenosa.

Pertanto, la continuità e l'integrazione tra assistenza ospedaliera ed extra ospedaliera si rivela essenziale e può non risultare infrequente la necessità di proseguire al domicilio del paziente (o iniziare) trattamenti con il cui regime di fornitura sia ospedaliero.

In tale ambito il DL 219/2006, artt. 87-92, stabilisce che *"i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili sono i medicinali che, per le caratteristiche farmacologiche, per innovatività, per modalità di somministrazione o per altri motivi di tutela della salute pubblica, non possono essere utilizzabili in condizioni di sufficiente sicurezza al di fuori di strutture ospedaliere"*.

Tuttavia, già il DPR 20 ottobre 1992, ha previsto che nell'ambito dei cicli di cura programmati possano essere concessi dall'ospedale anche *"eventuali farmaci che l'assistito debba assumere al proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero"*.

Da ultimo il DPCM 12 gennaio 2017 all'art. 22 – nell'ambito delle cure domiciliari integrate (ADI) di I e II livello assicura la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici di cui agli art. 9, 11 e 17 del medesimo decreto quali prestazioni rientranti nei LEA.

Ne consegue l'esigenza di una linea di indirizzo univoca a livello regionale che delinea percorsi omogenei, anche aggiornando quanto già in essere a garanzia dell'equità e della sicurezza:

- per la continuità ospedale/territorio (impiego di medicinali durante il ricovero, dimissione da ricovero, visita specialistica ambulatoriale);
- per la definizione delle condizioni di impiego di medicinali H-OSP a domicilio o in strutture residenziali extra-ospedaliere.

A. IMPIEGO DI MEDICINALI IN CORSO DI RICOVERO

La raccomandazione ministeriale n° 17 evidenzia come *"Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni. Pertanto, è necessario, in tali momenti, effettuare un confronto tra i medicinali assunti dal paziente e quelli indicati per la cura nella particolare circostanza in funzione di una decisione prescrittiva sicura e appropriata agli obiettivi terapeutici"*. Essa stabilisce inoltre che *"è essenziale effettuare, nelle transizioni di cura, una revisione accurata dei medicinali fino allora assunti dal paziente e di quelli previsti per l'attuale condizione clinica"*. Per tali ragioni risulta opportuno, sia in fase di ingresso che di uscita del paziente dal contesto ospedaliero, verificare, per quanto di competenza dello specialista coinvolto, la possibilità clinica di ricondurre la terapia del paziente a principi attivi di pari efficacia disponibili a livello aziendale. A tale attività prendono parte, oltre agli specialisti, i farmacisti aziendali che informano sulla disponibilità di medicinali acquistati centralmente il cui costo, anche in ambito territoriale, risulti favorevole per il Servizio sanitario Regionale (SSR).

B. PRESCRIZIONE E DISPENSAZIONE DEI MEDICINALI ALLA DIMISSIONE DA RICOVERO O DA VISITA SPECIALISTICA

(direttive in tema di Distribuzione Diretta: DGR 1488/2010 – 1466/2014 – 12/2018 – 1007/2023)

Il primo ciclo di terapia è una prestazione che deve essere garantita dal SSN a tutti i cittadini, quale Livello Essenziale di Assistenza come stabilito dall'art. 9 del DPCM 12 gennaio 2017 in seguito a dimissione da ricovero ordinario o programmato ovvero dopo visita specialistica ambulatoriale, secondo le modalità definite dalla legge 405/2001. Al riguardo, in regione FVG trovano applicazione le direttive di cui alla DGR n. 1488/2010 e s.m.i. al paziente sono pertanto garantiti con il primo ciclo di terapia tutti i farmaci di classe A indicati nella prescrizione e ricompresi nel Prontuario terapeutico aziendale, inclusi quelli distribuiti per conto delle Aziende sanitarie. Nello specifico la DGR 1007/2023 ha confermato le modalità di erogazione del primo ciclo in dimissione ospedaliera (ordinaria o DH) o dopo visita specialistica, già previste dalla DGR n. 12/2018 e dalla DGR

1466/2014:

- Dispensazione del fabbisogno necessario per un periodo di trattamento non superiore a 30 giorni;
- Ai pazienti in trattamento con ormone della crescita, per i quali è programmata una visita specialistica di controllo entro 60 giorni, viene assicurata la dispensazione in forma diretta del fabbisogno necessario per il periodo che intercorre tra un accesso e l'altro;

In fase di prescrizione della terapia a seguito di visita specialistica ambulatoriale o in fase di dimissione il **medico specialista**, in applicazione di quanto previsto dalla DGR 1488/2010 e s.m.i.,¹ è dunque tenuto a:

- Indicare nella lettera di dimissione/prescrizione tutta la terapia prioritariamente per principio attivo, forma farmaceutica e dosaggio rispettando quanto previsto dalla Raccomandazione del Ministero della Salute n°18;
- Definire la durata della terapia e la via di somministrazione;
- Prescrivere la terapia rispettando le indicazioni previste per la rimborsabilità, informando opportunamente il paziente (es. note AIFA, registri, piani terapeutici AIFA) e ponendo particolare attenzione alle modalità prescrittive in funzione del regime di fornitura del medicinale, se soggetto a prescrizione medica specialistica (RRL/RNRL), Piano terapeutico/scheda AIFA (da redigere in PSM-PT) o registro di monitoraggio AIFA (piattaforma AIFA). La compilazione dei registri AIFA, quando prevista, è condizione essenziale ai fini dell'erogazione del medicinale a carico del SSN;
- Evidenziare chiaramente quando la terapia non è a carico del Servizio sanitario Regionale riportando ad esempio la dicitura: "a carico dell'assistito". Per i medicinali di classe C, ovvero non rimborsati dal SSN, ritenuti indispensabili, il medico effettuerà la ricetta su carta intestata, per consentire al paziente l'acquisto con spesa a proprio carico presso le farmacie territoriali convenzionate;
- Tenere in considerazione la disponibilità di molecole dal miglior rapporto di costo-efficacia e di medicinali a brevetto scaduto che, auspicabilmente, non impongano il pagamento di un differenziale a carico del paziente;
- Ottemperare alle indicazioni nazionali, regionali ed aziendali in tema di appropriatezza ed uso sicuro dei medicinali.
- Nei casi di dimissione in giornate festive/fine settimana o in orari di chiusura del Servizio aziendale di Distribuzione Diretta e comunque qualora il paziente sia impossibilitato a contattare il proprio MMG/PLS, lo specialista ospedaliero redige una o più ricette dematerializzate o rosse cartacee, al fine di assicurare al paziente la continuità terapeutica.

L'erogazione del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione o di visita specialistica ambulatoriale avviene per il tramite della farmacia ospedaliera della struttura presso la quale il paziente è stato ricoverato o ha ricevuto l'approfondimento diagnostico e clinico ed in cui è seguito per il follow-up.

Per i cicli successivi al primo i **medicinali A/PHT** rientranti nell'elenco della Distribuzione per conto (DPC) seguono le indicazioni dell'Accordo quadro regionale vigente di cui alla DGR 1007/2023 e s.m.i. secondo il quale il canale di erogazione ordinario è la Distribuzione per conto. Tali medicinali saranno pertanto prescritti tramite ricetta dematerializzata o ricetta rossa cartacea SSN secondo le disposizioni vigenti in accordo con il loro regime di fornitura (RR, RNR, RRL, RNRL, presenza o meno di PT/scheda AIFA).

La dispensazione dei farmaci di esclusiva **Distribuzione Diretta** (ovvero farmaci di fascia H esitabili, farmaci A-PHT non ricompresi nell'elenco DPC, farmaci soggetti a registro AIFA, farmaci usati ai sensi della legge 648/1996, farmaci off label o classe C per Malattie Rare DGR n. 1590/2008, farmaci di classe C a base di testosterone DGR n. 116/2009, farmaci e altri prodotti per la fibrosi cistica ex L 548/1993, vaccini per gli imenoterici farmaci temporaneamente carenti sul territorio nazionale salvo attivazione di specifici percorsi) avviene per il tramite della Farmacia Ospedaliera e del Servizio Farmaceutico dove risiede l'assistito, che si farà carico di garantire l'erogazione della terapia. Fanno eccezione le terapie HIV che fino a nuova regolamentazione continuano ad essere erogate dai rispettivi centri di riferimento regionale e i farmaci per i quali l'AIFA preveda in modo specifico la prescrizione ed erogazione da parte dei centri prescrittori.

La prescrizione ed erogazione avviene secondo modalità organizzative tali da assicurare la prosecuzione della terapia fino alla visita successiva con erogazioni, anche frazionate, di norma per un quantitativo non superiore a 60 giorni (massimo di tre mesi di terapia per singoli casi consolidati di cui la farmacia tenga traccia). Va assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti in

¹ DGR n. 1466/2014, n. 12/2018 e n. 1007/2023.

tema di medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa (ex artt. 91, 93 D.L. n. 219/2006, RRL/RNRL) con o senza Piano terapeutico. Per i medicinali soggetti a registro di monitoraggio AIFA le dispensazioni devono essere coerenti con quanto riportato nella "scheda Richiesta Farmaco" dei singoli medicinali in relazione a tempistiche e quantità.

C. FORNITURA DI FARMACI A PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Con riferimento ai medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale continuano a trovare applicazione le direttive di cui alla DGR n. 1488/2010.

D. PRESCRIZIONE, EROGAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ESCLUSIVO USO OSPEDALIERO (H-OSP) A DOMICILIO O IN STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE

Ai sensi delle disposizioni vigenti, da ultimo del DPCM 12 gennaio 2017, le prestazioni farmaceutiche erogate in regime di Assistenza Domiciliare Integrata, residenziale e semiresidenziale rientrano nella distribuzione diretta per cui è prevista la dispensazione da parte della Farmacia ospedaliera o distrettuale, secondo le peculiarità organizzative locali.

Come evidenziato in premessa, la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera e la trasformazione degli ospedali in strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità impone in alcuni casi il trasferimento a domicilio di programmi di cura sinora realizzati prevalentemente in corso di degenza ospedaliera.

Pertanto, il trattamento domiciliare o in strutture residenziali extraospedaliere diventa uno strumento efficace nel percorso di dimissione protetta volto ad implementare il domicilio come setting privilegiato di cura, consentendo la somministrazione di farmaci classificati H-OSP, previa adozione di idonei percorsi come di seguito specificato.

Se la terapia può essere effettuata a domicilio, su indicazione del medico prescrittore e previa acquisizione dell'**"INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVI AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO H-OSP IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO" (ALLEGATO B)**, le Aziende possono provvedere alla erogazione e somministrazione di farmaci classificati H-OSP presso il domicilio del paziente, in seguito all'attivazione di percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata limitatamente al periodo durante il quale è necessaria la somministrazione del farmaco, sulla base delle indicazioni riportate nella **"SCHEDE PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO (H-OSP)" (ALLEGATO A)**.

In coerenza con quanto definito dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, al fine di promuovere un'efficace gestione delle transizioni di cura la Centrale Operativa Territoriale (COT), una volta attiva, assicura il collegamento tra le strutture ospedaliere, i Distretti e le relative Aree di Cure Primarie, e i MMG/PLS.

COMPITI E RESPONSABILITÀ

L'attivazione della somministrazione di questi farmaci in regime extraospedaliero si differenzia in due percorsi:

- **Dimissione da ospedale, compresa la consulenza specialistica ospedaliera**
- **Richiesta proveniente dal territorio**

Al fine di garantire le necessarie interazioni tra ospedale e territorio che rendano possibile l'erogazione e la somministrazione a domicilio o in strutture residenziali extra-ospedaliere di farmaci H-OSP, in condizioni di sicurezza per il paziente e a garanzia di tutti gli operatori sanitari coinvolti, si stabilisce quanto riportato di seguito.

Dimissione da ospedale, compresa la consulenza specialistica ospedaliera

a. **il medico ospedaliero specialista di riferimento** che ha in cura il paziente e a cui è affidata la responsabilità clinica ha il compito di:

- somministrare al paziente le prime dosi del farmaco in ambiente ospedaliero, al fine di valutarne la tollerabilità ed escludendo il rischio di reazioni di ipersensibilità;
- contattare la COT per l'attivazione delle strutture sanitarie territoriali competenti per la presa in carico clinico-assistenziale del paziente nell'ambito della continuità assistenziale ospedale/territorio, anticipando la dimissione del paziente, secondo le procedure aziendali per le Dimissioni Protette, "motivando la prosecuzione ovvero l'avvio della terapia a domicilio dei Farmaci H-OSP" attraverso l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata/ricovero in RSA/HOSPICE;

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA		Documento Rev. 0 Data 18/12/24 Pag. 6 a 12
---	---	--	---

- prescrivere il farmaco e compilare la **"SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO (H-OSP)" (ALLEGATO A)**, e la ricetta PSM per l'erogazione del farmaco H-OSP al di fuori del contesto ospedaliero;
- acquisire l' **"INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVI AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO H-OSP IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO" (ALLEGATO B)**, da parte del paziente o del tutore legale,
- monitorare il percorso terapeutico, in collaborazione con la rete clinica aziendale individuata, la SOC Cure Primarie Distrettuale e il MMG del paziente, anche per eventuali variazioni terapeutiche;

b. La Farmacia Ospedaliera dell'Azienda di residenza del paziente ha il compito di:

- acquisire la prescrizione e la richiesta di erogazione del farmaco H-OSP e valutarne l'appropriatezza prescrittiva, anche in coerenza con il Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA);
- garantire la fornitura del farmaco H-OSP, la quale è subordinata alla presentazione della documentazione di cui ai punti sopra citati ed avviene secondo le modalità che verranno definite dalle singole Aziende per i medicinali utilizzati in assistenza domiciliare/RSA/Hospice;
- monitorare periodicamente tutte le prescrizioni di farmaci H-OSP somministrati sul territorio e le eventuali reazioni avverse scaturite, anche attraverso l'analisi delle schede di Farmacovigilanza.

c. La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il ruolo di assicurare la funzione di raccordo e collegamento tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali, la transizione del paziente nei diversi setting assistenziali, il coordinamento e il monitoraggio del percorso dimissioni protette garantendo il collegamento tra le strutture ospedaliere, l'Area Cure Primarie territorialmente competente, il Medico di Medicina Generale (MMG) e l'infermiere.

d. La SOC Cure Primarie Distrettuale territorialmente competente gestisce la presa in carico del paziente attivando l'Assistenza Domiciliare Integrata/ricovero in RSA/HOSPICE e si assicura di:

- Verificare la disponibilità a domicilio/in struttura del farmaco prescritto;
- Somministrare il farmaco secondo le procedure definite;
- Garantire la massima condivisione informativa tra tutti i sanitari coinvolti (MMG/PLS), al fine di assicurare le migliori modalità di gestione presso il domicilio/struttura extra ospedaliera della terapia del paziente e un monitoraggio puntuale anche in merito a possibili reazioni inattese al medicinale con pronta attivazione del percorso di segnalazione di ogni sospetta reazione avversa nella rete nazionale di Farmacovigilanza.

e. Il medico di famiglia/medicina generale (MMG)/PLS assicura:

- per quanto di competenza, l'assistenza nell'ambito della gestione domiciliare in condivisione con i servizi di assistenza primaria;
- l'attivazione, in relazione alle necessità del paziente, della rete clinica assistenziale interessata per la presa in carico condivisa del paziente;

f. L'infermiere:

- somministra il farmaco sulla base della **"SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO (H-OSP)" (ALLEGATO A)**, e di quanto concordato con il medico prescrittore/medico di struttura/MMG in merito alle modalità di somministrazione;
- collabora al monitoraggio del paziente durante e dopo la somministrazione del Farmaco.

Richiesta proveniente dal territorio

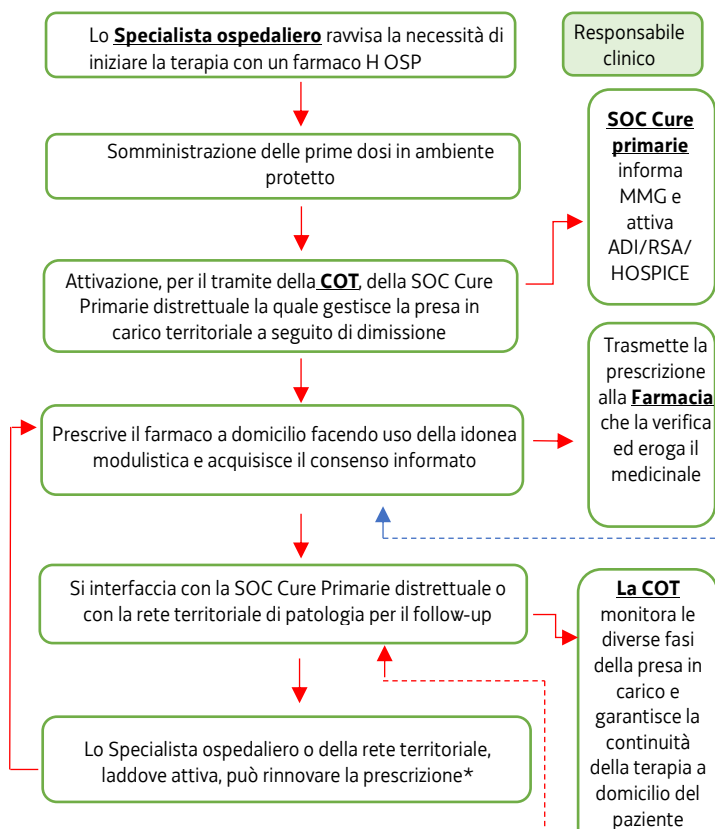
- a. **Il medico di medicina generale (MMG)**, cui è affidata la responsabilità clinica del paziente, ha il compito contattare la rete clinica competente per patologia anche tramite la SOC Cure Primarie territorialmente competente, per presentare il problema clinico e far effettuare una valutazione sull'utilizzo a domicilio di un farmaco H-OSP;
- b. **Il medico specialista o della rete clinica individuata secondo le procedure aziendali** attivato dal MMG/SOC Cure primarie, effettua la valutazione e in tutti i casi in cui ritenga indispensabile l'utilizzo a domicilio del farmaco classificato come H-OSP, ha il compito di:
 - attivare un programma di Assistenza Domiciliare Integrata o somministrazione ambulatoriale distrettuale o ricovero in struttura protetta limitatamente al periodo durante il quale è necessaria la somministrazione del farmaco;
 - sottoscrivere la **“SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO (H-OSP)” (ALLEGATO A)**;
 - acquisire l’ **“INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVI AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO H-OSP IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO” (ALLEGATO B)**, alla somministrazione domiciliare del farmaco, da parte del paziente o del legale rappresentante;
 - prescrivere il farmaco H OSP individuato con la modulistica prevista e la ricetta PSM;
 - aver fatto accurata anamnesi, essere presente o garantire la presenza di personale medico alla prima somministrazione del farmaco per escludere il rischio di reazioni di ipersensibilità;
 - garantire la disponibilità telefonica negli orari previsti dal programma di Assistenza territoriale Integrata, relativamente alla somministrazione del farmaco;
 - monitorare il percorso terapeutico, incluse le eventuali reazioni avverse da segnalare tempestivamente nella rete nazionale di Farmacovigilanza, in collaborazione con la SOC Cure Primarie e il MMG del paziente;
 - interfacciarsi per un confronto con lo specialista ospedaliero della SOC di riferimento/ qualora lo ritenga necessario (es. necessità di proseguire il trattamento in ambiente “protetto”, necessità di approfondimenti diagnostici per problematiche insorte in corso di trattamento, opportunità di inserire il paziente in trial clinici con farmaci più innovativi rispetto a quello in corso...).
- c. **La Farmacia Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria di residenza del paziente ha il compito di:**
 - acquisire la prescrizione (**ALLEGATO A + PSM**) e la richiesta di erogazione del farmaco H-OSP e valutarne l'appropriatezza prescrittiva, anche in coerenza con il Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA);
 - garantire la fornitura del farmaco H-OSP, la quale è subordinata alla presentazione della documentazione di cui ai punti sopra citati ed avviene secondo le modalità che verranno definite dalle singole Aziende per i medicinali utilizzati in assistenza domiciliare/RSA/Hospice;
 - monitorare periodicamente tutte le prescrizioni di farmaci H-OSP somministrati sul territorio e le eventuali reazioni avverse scaturite, anche attraverso l'analisi delle schede di Farmacovigilanza in stretto raccordo con il RLFV.
- d. **La SOC Cure Primarie territorialmente competente** ha il compito di favorire il contatto tra il medico di medicina Generale (MMG) e il medico specialista di riferimento per concordare la modalità di gestione della terapia del paziente presso il domicilio.
- e. **L'infermiere:**
 - somministra il farmaco sulla base della **“SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO (H-OSP)”**, (**ALLEGATO A**) e di quanto concordato con il medico prescrittore/medico di struttura/MMG in merito alle modalità di somministrazione;
 - collabora al monitoraggio del paziente durante e dopo la somministrazione del Farmaco.

Di seguito è riportato lo schema delle diverse fasi relative all'assistenza farmaceutica dei medicinali H-OSP sul territorio.

Al fine di agevolare la prescrizione informatizzata, i moduli previsti per l'impiego dei farmaci H-OSP in setting assistenziali diversi dall'ospedale (**ALLEGATO A e ALLEGATO B**) saranno resi disponibili anche in formato elettronico.

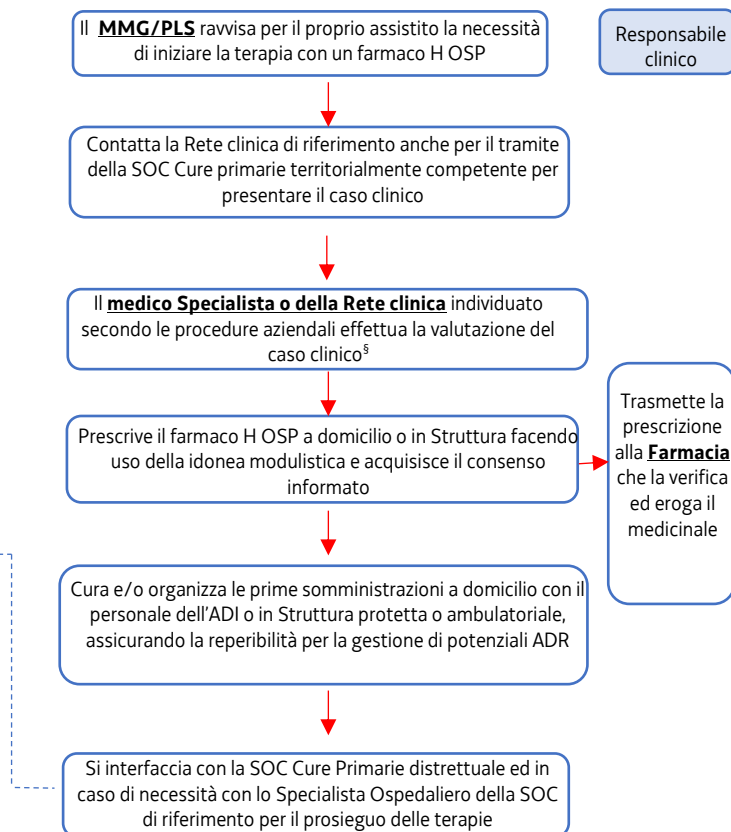
Schema relativo alle diverse fasi di avvio alla terapia H-OSP in relazione al contesto in cui si trova il paziente

Paziente in Ospedale



*In tutti i casi in cui la prescrizione non sia limitata a centri individuati dalla Regione.

Paziente a domicilio o in struttura territoriale



[§] Fattispecie particolari, inerenti l'organizzazione e le peculiarità di ciascun territorio, verranno eventualmente disciplinate dalle rispettive procedure Aziendali.

ALLEGATO A

SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO (H-OSP)

Struttura operativa di riferimento _____

Il sottoscritto Dott. _____ contatti (Tel./email) _____

in Servizio presso questa S.O. prescrive per Sig/ra _____

nato/a il _____ a _____ Prov _____

Codice Fiscale _____ residente a _____

Azienda Sanitaria di residenza _____ Regione _____

MMG/PLS _____

ETICHETTA CONTENENTE LE
INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

DIAGNOSI

DATA DI AVVIO DELLA TERAPIA (se in dimissione da ricovero ospedaliero)

DOSI GIA' SOMMINISTRATE (se in dimissione da ricovero ospedaliero)

PRINCIPIO ATTIVO, DOSAGGIO, FORMA FARMACEUTICA, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO

Dichiara eventuale utilizzo OFF LABEL (L.648/96_uso consolidato)

Dichiara se il medicinale è prescritto nell' AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE

Dichiara di aver adempiuto ai formalismi necessari di prescrivibilità e appropriatezza, ovvero qualora necessario di aver compilato:

- ☐ **Registro AIFA**
- ☐ **Scheda PRESCRIZIONE AIFA**
- ☐ **Nessuno**

e dichiara che:

- il paziente necessita di **continuare/iniziare** a domicilio l'assunzione del farmaco;
- le prime dosi del farmaco sono già state somministrate in ambiente ospedaliero **ovvero di essere presente alla prima somministrazione del farmaco per escludere il rischio di reazioni di ipersensibilità, ovvero accertarsi che ci sia idoneo personale alla prima somministrazione;**
- il farmaco non è sostituibile da altri farmaci non classificati in H-OSP;
- di aver preso atto che è stato ottenuto il consenso informato del paziente o del legale rappresentante;
- viene allegato il Piano Terapeutico e la ricetta PSM;
- il medico di medicina generale del paziente è stato contattato, e non si è espresso negativamente sull'avvio della terapia;
- ad ogni variazione di terapia che preveda l'utilizzo di farmaci in fascia H verrà compilata una nuova scheda e sarà ottenuto un nuovo consenso informato;

Data _____

Firma e Timbro del medico Specialista _____

ALLEGATO B

INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVI AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO H-OSP IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ sono stato/a informato/a in data _____ dal dr. _____ di essere affetto dalla seguente patologia _____ per la quale è previsto il trattamento farmacologico qui descritto che potrà proseguire/effettuare anche in ambiente extra-ospedaliero.

PRINCIPIO ATTIVO, DOSAGGIO, FORMA FARMACEUTICA, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA

IL MEDICO / SERVIZIO CUI POTRA' FARE RIFERIMENTO E':

Sono stato informato in maniera chiara dal dr. _____ che attualmente la terapia prescritta a domicilio non è sostituibile da altri farmaci non classificati H-OSP e che gli effetti collaterali e i rischi più comuni legati a questo trattamento sono:

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni.

DOMANDA: _____

RISPOSTA:

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA			Documento Rev. 0 Data 18/12/24 Pag. 12 a 12
---	---	--	--	--

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti

SI ☐

NO ☐

I miei contatti (e-mail e/o Tel) _____

Firma e Timbro del medico _____

☐ **Sono stato informato e acconsento**

☐ **Sono stato informato e non acconsento**

all'effettuazione del trattamento su indicato consapevole di potere revocare in ogni momento il consenso al trattamento rilasciato col presente atto.

Data _____

Firma del paziente (anche se minorenne) _____

Firma dell'interprete _____

Nome e cognome del testimone (stampatello)

Documento n° _____

Data _____

Firma del testimone _____

Nome e cognome del testimone (stampatello)

Documento n° _____

Data _____

Firma del testimone _____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCO MAGRIS
CODICE FISCALE: MGRFNC69D27G888F
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:03:18
IMPRONTA: 3BD4CDB7BAC842E05478673A74D48DFE4AB2DE2268FB36B2E806ABD1F7B75DC7
4AB2DE2268FB36B2E806ABD1F7B75DC7EF4C44F5CED58F32711CFD45F6DAA187
EF4C44F5CED58F32711CFD45F6DAA187F3C769882766C50A537902DB12D8BBA1
F3C769882766C50A537902DB12D8BBA15D83A5D0851320E365D7D862E9CD16C4

NOME: MASSIMO DI GIUSTO
CODICE FISCALE: DGSM70R19L483N
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:08:01
IMPRONTA: 8CD5FAE7848F19EBF49BEEDBE0675F51D4DBF8AC09D75C6CD46C4468127BC26E
D4DBF8AC09D75C6CD46C4468127BC26EB51F8C45F1AF9BF58B2BC2ACA830B477
B51F8C45F1AF9BF58B2BC2ACA830B477A0859F1EB1BFC0E6C8F52DDD4B61A403
A0859F1EB1BFC0E6C8F52DDD4B61A40319B969E825A7143DAA23410E07C03586

NOME: DAVID TURELLO
CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:14:40
IMPRONTA: 68E4415EDDB652055252BB2A7648F059F36E1372FE28E7459570B91C2BD018AC
F36E1372FE28E7459570B91C2BD018ACEC59DE26B94CD646333B04D8B83A9779
EC59DE26B94CD646333B04D8B83A97791B63248A3204FC4F8B76BC094EDDC3D2
1B63248A3204FC4F8B76BC094EDDC3D26EAE71868D2E0377063D3656627E2AAD

NOME: DENIS CAPORALE
CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X
DATA FIRMA: 28/02/2025 12:25:38
IMPRONTA: 0869D63CC86E8B795F1BD764C1FCD3C2785CF8879290F02927231F5F71F2C00B
785CF8879290F02927231F5F71F2C00BAED9AB6C25D1942658FE5BDE25E0E95A
AED9AB6C25D1942658FE5BDE25E0E95A9BF68EEA5224A71E6828E01613676371
9BF68EEA5224A71E6828E01613676371DA840A4DCE7216BDA9AA435A156D5820