



Direzione: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: FARMACI E DISPOSITIVI

DETERMINAZIONE - GSA (con firma digitale)

N. G02840 del 04/03/2026

Proposta n. 7599 del 26/02/2026

Oggetto:

Integrazione Determinazione n. G11074 del 10/08/2023 - Disposizioni per il monitoraggio della prescrizione specialistica e adozione del progetto "Erogazione dei farmaci per il trattamento delle condizioni cliniche di nuovo riscontro in Pronto Soccorso nella Regione Lazio".

Proponente:

Estensore	CAROCCI ALESSIA	_____firma elettronica_____
Responsabile del procedimento	MENSURATI MARZIA	_____firma elettronica_____
Responsabile dell' Area	M. MENSURATI	_____firma digitale_____
Direttore Regionale	A. URBANI	_____firma digitale_____

Firma di Concerto

OGGETTO: Integrazione Determinazione n. G11074 del 10/08/2023 – Disposizioni per il monitoraggio della prescrizione specialistica e adozione del progetto “Erogazione dei farmaci per il trattamento delle condizioni cliniche di nuovo riscontro in Pronto Soccorso nella Regione Lazio”.

**IL DIRETTORE REGIONALE
DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

Su proposta del Dirigente dell’Area Farmaci e dispositivi;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1 “Nuovo Statuto della Regione Lazio”;

VISTA la legge regionale n. 6 del 18 febbraio 2002, avente ad oggetto “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”, e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale) e successive modificazioni;

VISTA la Determinazione 2 ottobre 2018, n. G12275 concernente “Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257”, come modificata dalle Determinazioni n. G12533 del 5 ottobre 2018, n. G13374 del 23 ottobre 2018, n. G13543 del 25 ottobre 2018, n. G02874 del 14 marzo 2019 e n. G09050 del 3 luglio 2019, con cui è stato definito l’assetto organizzativo della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e approvate le declaratorie delle competenze delle Aree, degli Uffici e del Servizio;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 234 del 25.5.2023 con la quale viene conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1;

VISTA la Determinazione n. G16551 del 7.12.2023 con la quale viene conferito l’incarico di Dirigente Area Farmaci e Dispositivi della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria alla dott.ssa Marzia Mensurati ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1;

VISTA la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e *s.m.i.* concernente “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e *s.m.i.* concernente “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni” e *s.m.i.*;

VISTO l’Atto di Organizzazione G10120 del 26/07/2024 con il quale è stata ricostituita la Commissione Regionale del Farmaco (CoReFa) allo scopo di definire indirizzi tecnici sull’utilizzo appropriato dei farmaci in applicazione dei criteri di efficacia clinica ed efficienza economica;

VISTO l'Atto di Organizzazione G12932 del 02/10/2024 con cui è stata integrata la Commissione Regionale del Farmaco con i medici rappresentanti della medicina generale così da garantire la valutazione dell'attività prescrittiva nel contesto regionale in modo trasversale ai *setting* assistenziali;

RICHIAMATE le premesse della Determinazione G06036 del 05.05.2023 "Indicatori 2023 sulla spesa Farmaceutica Convenzionata e Distribuzione Per Conto" che si intendono integralmente riportate;

RICHIAMATA la Determinazione G11074 del 10/08/2023 - "Integrazione determinazione n. G06036 del 05/05/2023 Indicatori 2023 sulla spesa Farmaceutica Convenzionata e Distribuzione per Conto" - che ha definito una nuova operatività per il governo della farmaceutica convenzionata attraverso l'adozione di una progettualità "Monitoraggio ed ottimizzazione della spesa farmaceutica convenzionata" che pone obiettivi congiunti fra ospedale e territorio, con l'istituzione di centri per la comunicazione rapida tra setting assistenziali e l'erogazione del primo ciclo terapeutico in seguito a dimissione ospedaliera;

VISTA la Determinazione G11074 del 10/08/2023 che, oltre a quanto soprariportato, ha adottato i primi sette indicatori per il monitoraggio della farmaceutica convenzionata nella Regione Lazio anno 2023 di seguito indicati: IPP nota 1 - IPP nota 48 - Omega3 - EBPM - farmaci Rapid Onset Opioid - Semaglutide - farmaci ATC R01AK;

VISTA la Determinazione G17982 del 24/12/2024 che ha adottato ulteriori sette indicatori per il monitoraggio della farmaceutica convenzionata nella Regione Lazio anno 2024 di seguito indicati: Lidocaina cerotti - Levotiroxina sodica uso orale - Ranolazina - Rifaximina - Ticlopidina - Vitamina D;

VISTA la Determinazione G08853 del 10/07/2025 che ha adottato ulteriori sette indicatori per il monitoraggio della farmaceutica convenzionata nella Regione Lazio anno 2025: Amoxicillina/amoxicillina clavulanico - Cefalosporine, % di prescrizione sul totale ATC J01 - Fluorochinoloni, % di prescrizione sul totale ATC J01 - Macrolidi, % di prescrizione sul totale ATC J01 - Antibiotici ad ampio spettro prescritti senza precedenti trattamenti Access - Utilizzo di Cefditoren dopo dimissione ospedaliera per intervento chirurgico;

DATO ATTO che le attività di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, condotte sulla base dei set di indicatori predefiniti, hanno riguardato finora l'area della Medicina Generale;

RITENUTO di dover implementare un sistema di monitoraggio sulla specialistica, focalizzato sulle prescrizioni ad alta ricorrenza delle molecole oggetto degli indicatori regionali, nell'ottica di un efficientamento complessivo della governance farmaceutica territoriale;

VALUTATA inoltre l'opportunità strategica di promuovere progettualità mirate all'ottimizzazione dei percorsi di cura sin dall'accesso in emergenza;

PRESO ATTO della proposta progettuale Allegato 1 al presente atto denominata "Erogazione dei farmaci per il trattamento delle condizioni cliniche di nuovo riscontro in Pronto Soccorso nella Regione Lazio" e dei relativi allegati, validata dalla CoReFa nella seduta del 28.01.2026, la cui adozione sarà facoltativa per le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli IRCCS;

RILEVATO che tale iniziativa risulta funzionale a garantire una più efficace governance della continuità assistenziale nel setting dell'emergenza-urgenza, configurandosi quale intervento cardine per il corretto indirizzo della prescrizione specialistica e il raccordo tra ospedale e territorio;

RITENUTO quindi di adottare detta progettualità, a garanzia di una migliore applicazione dei principi di *transitional care* nella Regione Lazio, ed acquisite le indicazioni definite nella progettualità in termini di indirizzo nella gestione della terapia antibiotica e nel trattamento delle condizioni di nuovo riscontro in PS;

VALUTATO che i Direttori di Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliere, dei Policlinici Universitari e degli IRCCS che intenderanno aderire alla progettualità "*Erogazione dei farmaci per il trattamento delle condizioni cliniche di nuovo riscontro in Pronto Soccorso nella Regione Lazio*" faranno parte del tavolo tecnico per la promozione futura della progettualità e parteciperanno alle attività di revisione dell'adozione delle modalità individuate;

VERIFICATA la possibilità per le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli IRCCS di rilevare la prescrizione specialistica delle molecole oggetto di monitoraggio regionale e dei medici di PS, attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica regionale;

DETERMINA

Per quanto espresso in premessa che si intende integralmente riportato:

- di disporre che le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli IRCCS verifichino l'erogazione del primo ciclo terapeutico in dimissione dal ricovero ospedaliero, utilizzando i flussi interni a disposizione dell'azienda e verificando la copertura del 100% delle dimissioni effettuate con la prescrizione di farmaci;
- di disporre che le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli IRCCS verifichino l'attività prescrittiva dei propri specialisti attraverso il sistema informativo regionale, analizzando le prescrizioni ricorrenti di farmaci oggetto degli indicatori regionali di cui alla Determinazioni G11074 del 10/08/2023, G17982 del 24/12/2024, G08853 del 10/07/2025 e conducano un audit volto ad accertare i criteri di arruolamento terapeutico applicati;
- di adottare il progetto Allegato 1 al presente atto denominato "*Erogazione dei farmaci per il trattamento delle condizioni cliniche di nuovo riscontro in Pronto Soccorso nella Regione Lazio*" e relativi allegati, parte integrante del presente provvedimento, quale strumento di governo integrato nelle strategie regionali di cui alla determinazione n. G11074/2023;
- di disporre che le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli IRCCS che intendono aderire su base volontaria alla progettualità "*Erogazione dei farmaci per il trattamento delle condizioni cliniche emergenti in dimissione dal Pronto Soccorso nella Regione Lazio*" lo comunichino alla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio entro 30 giorni dall'adozione della presente determinazione;
- di stabilire che i Direttori dei Pronto Soccorso inseriti nella conduzione della progettualità costituiscano un tavolo tecnico per la promozione delle attività, partecipando alla revisione ed all'ottimizzazione dei percorsi individuati;
- di disporre il monitoraggio delle prescrizioni effettuate in dimissione da Pronto Soccorso, verificando che le stesse siano coerenti con gli indirizzi contenuti nel progetto sopra indicato sia per quanto riguarda la prescrizione di antibiotici sia per quanto riguarda la prescrizione di trattamenti per le condizioni di nuovo riscontro in Pronto Soccorso;

- di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliere, dei Policlinici Universitari e degli IRCCS di assicurare l'attuazione di quanto indicato nel presente provvedimento;
- di disporre la pubblicazione dell'atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale regionale.

Il presente provvedimento sarà notificato tramite pubblicazione sul sito web istituzionale della Regione Lazio all'indirizzo e sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

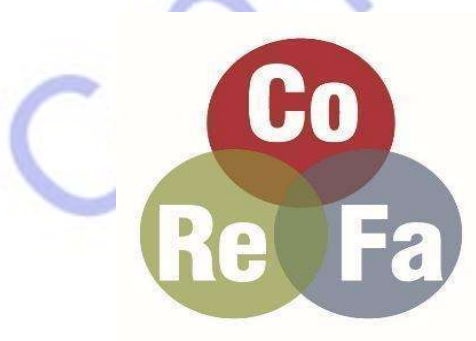
Il Direttore
Andrea Urbani

Copia



Erogazione dei farmaci per il trattamento delle condizioni cliniche di nuovo riscontro in dimissione dal Pronto Soccorso nella Regione Lazio

*Progetto del Gruppo di Lavoro
Preparato per la Commissione Regionale del Farmaco (CoReFa)
Regione Lazio*



Gennaio 2026

Gruppo di Lavoro

Coordinamento

Marzia Mensurati, Salvatore Rosario Accordino, Fausta Mazzuca
*Area Farmaci e Dispositivi Medici,
Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio, Roma*

Giulio Maria Ricciuto
UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza P.O. GB Grassi, ASL Roma 3

Luca Rubino, Paolo Martini
Azienda Sanitaria Locale Roma 5

Mauro Perfetto
Azienda Sanitaria Locale Roma 2, Roma

Ursula Kirchmayer, Silvia Alessio, Antonio Addis
Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma 1, Regione Lazio, Roma

Copia

Premessa

Sulla base dei dati del Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria, nel 2025 nella Regione Lazio, vi sono stati oltre un 1,7 milioni di accessi totali al Pronto Soccorso. Molti di questi accessi terminano con una o più prescrizioni farmaceutiche e rappresentano una casistica rilevante dell'assistenza sanitaria su cui è possibile promuovere raccomandazioni di appropriatezza prescrittiva. In questo ambito si inserisce il presente progetto che ha l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria resa alla dimissione dall'accesso al Pronto Soccorso (PS).

In effetti la Legge 405/2001 consente l'erogazione diretta del primo ciclo terapeutico in dimissione da ricovero / da visita ambulatoriale e rappresenta il contesto normativo che circostanzia l'erogazione diretta dei trattamenti per le condizioni cliniche emergenti in dimissione da PS come proposto dalla presente progettualità.

L'attuale sistema assistenziale non declina modalità dedicate di acquisizione terapeutica da parte di assistiti che hanno bisogni terapeutici di nuovo riscontro in PS al proprio domicilio, lasciando tale ambito di gestione orfano di raccomandazioni specifiche e utili alla promozione dell'uso appropriato dei farmaci. Diversi studi osservazionali hanno mostrato l'importanza di una corretta gestione delle prescrizioni dalla fase di emergenza in continuità con la gestione alla dimissione dei pazienti per garantire i migliori *outcome* di salute. Ad esempio, secondo uno studio effettuato in Lombardia, il 56% dei bambini che si sono recati al PS per un nuovo episodio di infezione delle vie respiratorie superiori è stato trattato con antibiotici, ma solo il 22% ha ricevuto amoxicillina (1). Altre analisi mostrano che quella dell'emergenza è un ambito all'interno della quale è possibile promuovere delle politiche di appropriatezza efficaci (2).

Per quanto detto, la presente progettualità declina modalità operative di gestione della continuità assistenziale nel periodo successivo alla dimissione dal PS fino alla presa in carico da parte del *setting* territoriale di cura.

La progettualità integra le azioni di governance già adottate dalla Regione Lazio con la Determinazione G11704 del 10/08/2023 ed ha lo scopo di governare i processi sanitari per il migliore *outcome* di salute realizzando la migliore efficienza di sistema (3).

Obiettivi

L'obiettivo principale della progettualità è quello di assicurare la disponibilità terapeutica nel passaggio di *setting* assistenziale senza soluzione di continuità. L'adozione della progettualità persegue i seguenti principali obiettivi:

- Standardizzare i protocolli dei trattamenti delle patologie di nuovo riscontro in PS garantendo il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva così da limitare l'occorrenza di atteggiamenti di medicina difensiva e/o perpetrarsi di prescrizioni oltre i tempi necessari;
- Assicurare la continuità terapeutica a seguito di consulenza specialistica ricevuta in PS definendo PDTA di continuità assistenziale con il MMG o di *follow up* specialistico territoriale, così da evitare accessi impropri a prime visite specialistiche e latenza nelle risposte assistenziali di continuità;
- Evitare prescrizione SSR in corso di accesso al PS con il vantaggio di agevolare le attività assistenziale da parte del personale in carico al PS;

Modalità di esecuzione

Con il presente progetto si intendono identificare i farmaci essenziali al trattamento delle situazioni di nuovo riscontro che richiedono una specificità terapeutica rispetto alla condizione di cronicità preesistente. Tali farmaci sono garantiti alla dimissione per la continuità assistenziale in applicazione al disposto della Legge 405/2001. La cessione dei farmaci di utilità deve essere garantita senza soluzione di continuità applicando sistemi di governo in grado di rispondere alle esigenze assistenziali dei pazienti che accedono al PS come priorità di sistema. I farmaci necessari al trattamento della condizione clinica emergente, presenti *routinariamente* in reparto, dovranno essere quindi disponibili in quantità adeguate a consentire la fornitura in dimissione, nei casi previsti dal protocollo operativo che ciascuna struttura attiverà, così da assicurare la fornitura anche quando la farmacia interna è chiusa.

L'erogazione dei farmaci avverrà sotto la responsabilità del farmacista individuato come referente dell'attività, che effettuerà il monitoraggio e la rilevazione della fornitura secondo le modalità rappresentate nel protocollo operativo allegato (Allegato 2) alla progettualità o diversa modalità adottata con procedura codificata a livello aziendale e si occuperà della rendicontazione mensile dell'attività. Dovrà essere certificata la copertura del 100% degli accessi (definendo la casistica delle dimissioni senza terapie emergenti unitamente alle dimissioni con trattamenti emergenti).

La progettualità sarà adottata in modo progressivo e avrà avvio con l'erogazione delle classi terapeutiche di utilità certa quali: Eparine a Basso Peso Molecolare ed Antibiotici, la cui cessione non richiede risposte peculiari di continuità assistenziale. Sarà implementata in un secondo momento l'erogazione delle altre fattispecie farmacologiche, riassunte nella procedura operativa la cui attivazione sarà contestuale alla definizione di modalità specifiche di *follow up* clinico (PDTA con il MMG e/o con lo specialista territoriale/case di comunità). L'adozione completa della progettualità sarà definita per step sotto le indicazioni di un gruppo di lavoro tecnico *ad hoc* definito costituito da Direttori dei PS, Farmacisti di riferimento, CoReFa e Regione e si concluderà a giugno 2026 secondo il seguente cronoprogramma:

- 01 marzo 2026 adozione dei protocolli operativi nei PS della Regione Lazio ed attivazione dell'erogazione di EBPM e Antibiotici;
- Fasi successive da identificare a cura del gruppo di lavoro ad hoc definito

Per la categoria antibiotici si adotterà un sistema di monitoraggio AWARE per rispondere agli obiettivi PNCAR così da inserire l'attività nel contesto di quelle adottate dalla Regione Lazio per il governo dei processi prescrittivi sugli antibiotici secondo la sintesi delle linee guida che interessano la prescrizione del PS (allegato 3).

Per quanto riguarda le EBPM, la regolamentazione prescrittiva è attualmente oggetto di monitoraggio e analisi delle casistiche correnti. La definizione di eventuali linee di indirizzo avverrà previo audit dei flussi rilevati, al fine di garantire l'appropriatezza terapeutica basata sulle evidenze locali; tali indicazioni saranno pertanto diffuse in una fase successiva.

Il sistema di prescrizione dei farmaci in dimissione sarà integrato nel sistema informatico GIPSE in utilizzo presso i PS della Regione. Nelle more della definizione del modulo prescrittivo informatizzato saranno adottate delle schede *ad hoc* definite per la prescrizione di Antibiotici (scheda 1/allegato 4) e per gli altri farmaci (scheda 2/allegato 5).

La contestualizzazione della disponibilità della lista essenziale consentirà di scegliere i farmaci (quantità, molecola e forma farmaceutica) in base alla specifica casistica assistenziale del PS. Ogni Ospedale dovrà provvedere alla rendicontazione dell'attività e dovrà adottare formalmente una specifica procedura interna. La rendicontazione sarà effettuata ai sensi di legge in contabilità analitica e flusso File F ed avrà cadenza mensile. Dovrà essere rendicontata la copertura del 100% dei pazienti dimessi tramite la compilazione della scheda di sintesi allegata al progetto (scheda 3/allegato 6).

INDICATORI DI PROCESSO:

- Numero di pazienti che ricevono trattamenti emergenti/ numero totale dei dimessi;
- Numero di pazienti introdotti al *follow up* clinico del MMG;
- Numero di pazienti inseriti in un *follow up* specialistico territoriale (possibile integrazione con le case di comunità);
- Analisi della distribuzione delle categorie terapeutiche necessarie al trattamento delle condizioni cliniche emergenti

Conclusioni

Un sistema ben organizzato e sicuro che consente la cessione H-24 di farmaci essenziali alla continuità assistenziale nella dimissione da PS, unitamente alla formazione del personale, è essenziale per garantire la tempestività degli interventi eliminando latenze che creano risposte non tempestive da parte del territorio cui consegue la mancata presa in carico assistenziale.

La corretta gestione delle attività passa per la corretta pianificazione sanitaria, il PS non può sostituire l'accesso e la gestione ambulatoriale del paziente, ma potrebbe consentire una migliore integrazione dei servizi, facilitando la gestione dei pazienti in attesa di essere integrati con i servizi territoriali (MMG / ambulatori specialistici).

L'analisi degli indicatori consentirà di conoscere il fenomeno e migliorare la performance prescrittiva. La conduzione della progettualità, quindi, oltre a creare un valore assistenziale si presenta in linea con le disposizioni della raccomandazione Ministeriale n.17 e della metodologia AWARE.

Referenze

1. Messina F, Clavenna A, Cartabia M, et al. Antibiotic prescription in the outpatient paediatric population attending emergency departments in Lombardy, Italy: a retrospective database review. *BMJ Paediatrics Open* 2019;3:e000546.
2. Silvestro E, Mussinato I, Versace A, Denina M, Prucoli G, Marino R, Mazzetti G, Scaglione L, Vigna F, Macciotta A, Garazzino S, Bondone C. Antimicrobial Stewardship in the Pediatric Emergency Department: An Observational Pre-Post Study. *Children (Basel)*. 2024; 12:46.
3. Regione Lazio DG 11704 del 10/08/2023 <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione-farmaci/Determinazione%20G11074%20del%2010.08.2023.pdf>

Copia



ISTRUZIONE OPERATIVA

“PROGETTO DI EROGAZIONE DEI FARMACI ALLA DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO (PS) NELLA REGIONE LAZIO”

La presente istruzione operativa ***“Progetto di erogazione dei farmaci alla dimissione dal Pronto Soccorso (PS)”*** assicura che i pazienti con patologie di nuova insorgenza, dimessi dal PS abbiano con sé i farmaci necessari alla continuità assistenziale.

Obiettivo del progetto

L'obiettivo della progettualità è quello di garantire la continuità terapeutica al paziente dimesso dal pronto soccorso, attraverso un sistema integrato di prescrizione, disponibilità e cessione dei farmaci essenziali per il trattamento delle condizioni cliniche di nuovo riscontro in dimissione da PS (**LISTA 1**). Il progetto supporta la migliore gestione clinica poiché riduce errori terapeutici tramite la proceduralizzazione delle attività, migliora l'aderenza alla terapia garantendo la disponibilità di farmaci necessari, previene l'accesso al PS per indisponibilità del farmaco in continuità assistenziale H-T. Il progetto prevede una prima fase di disponibilità di reparto (EBPM, Antibiotici), così da consentire la cessione più semplice del trattamento in continuità assistenziale. La Presente Progettualità individua le tipologie di farmaci la cui disponibilità è importante nel trattamento delle patologie di nuovo riscontro in PS, alcune delle quali sono subordinate all'attivazione di percorsi assistenziali dedicati che verranno definiti nel secondo step della conduzione progettuale. La progettualità è corredata da un'indicazione di corretto utilizzo dei farmaci in dimissione da PS e riassume nel paragrafo dedicato indicazioni di utilizzo di alcune molecole la cui prescrizione non dovrebbe essere fatta in PS poiché la scelta terapeutica dovrebbe essere effettuata nel setting territoriale di cura.

Elementi chiave del progetto

1. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ*:

Attività	Medico di Pronto Soccorso	Farmacista Ospedaliero	Infermiere/Staff PS
Prescrizione Farmaci	Prescrive e compila la lettera di dimissione con		
Fornitura dei farmaci in continuità assistenziale	terapia completa (farmaci, dosaggi, posologia). Identifica i farmaci da		Verifica la prescrizione e dopo avere effettuato la terapia cede la medesima confezione per la continuità assistenziale
Verifica e firma modulistica	garantire in forma diretta Verifica e firma la scheda farmaci ceduti in continuità Fornisce indicazioni iniziali.		
Registrazione dei Farmaci		Registra la cessione e la verifica.	
Counseling al Paziente (Terapia)			Aiuta il paziente a comprendere la terapia e la sua importanza.
Gestione Appuntamenti			Condivide la pianificazione degli appuntamenti successivi (es. controllo medico, prelievi).

*la presente matrice rappresenta la modalità operativa di garanzia della continuità assistenziale effettuata prima della dimissione. Sarà possibile adottare la progettualità anche con l'erogazione attraverso la farmacia fermo restando la necessità di raggiungere il 100% delle necessità di trattamenti emergenti.

2. FLUSSO OPERATIVO:

Fase A – Valutazione clinica in PS

1. Diagnosi e scelta terapeutica.
 2. Decisione di dimissione con terapia farmacologica da proseguire a domicilio (con ausilio e avallo di eventuali specialisti presenti).
-

Fase B – Prescrizione alla dimissione

La prescrizione deve:

- Essere chiara e completa (principi attivi, dosaggi, durata, modalità di assunzione).
 - Utilizzare il **Prontuario alla Dimissione** della struttura per uniformare le scelte terapeutiche.
 - Se possibile, redatta digitalmente per facilitare la tracciabilità.
-

Fase C – Erogazione al paziente

La cessione del farmaco può avvenire **prima dell'uscita dal PS**

Il paziente deve essere fornito di:

- farmaci necessari per il primo periodo (sufficienti per coprire fino alla visita di controllo o al medico curante),
 - foglio di terapia con istruzioni e informazioni utili.
-

BENEFICI ATTESI

- ✓ Riduzione delle lacune terapeutiche dopo la dimissione
 - ✓ Migliore aderenza alla terapia
 - ✓ Riduzione di ritorni al PS per mancata disponibilità di farmaci
 - ✓ Migliore integrazione con le strutture territoriali e Migliore soddisfazione del paziente
 - ✓ Compliance con le normative regionali e nazionali
-

CONSIGLI PRATICI PER L'EROGAZIONE

- ✓ Assicurarsi che la lettera di dimissione sia **chiara, leggibile e completa**,
- ✓ Per farmaci soggetti a prescrizioni speciali (registro AIFA o piani terapeutici), verificare che la modulistica sia corretta e consegnata al paziente

LISTA 1- FARMACI ESSENZIALI IN DIMISSIONE DAL PS NELLA REGIONE LAZIO

Queste categorie riflettono i farmaci necessari per gestire condizioni cliniche comuni al momento della dimissione in attesa del successivo accesso in regime ambulatoriale o domiciliare.

Classe terapeutica	Principio attivo / Farmaco	Durata indicativa	Principali indicazioni e note
Analgesico/antipiretico	PARACETAMOLO** IBUPROFENE/DICLOFENAC/ KETOPROFENE KETOROLAC	3-5 giorni	Dolori postraumatici, neoplastici*
Antibiotici	AMOXICILLINA AZITROMICINA CEFIXIMA DOXICICLINA METRONIDAZOLO NITROFURANTOINA SULFAMETOSSAZOLO-TRIMETOPRIM	5-7 giorni	Come da lista AWaRe
Antivirali	ACYCLOVIR RITONAVIR* OSELTAMIVIR**	7 gg	Terapia profilassi post espositiva
Antimicotici	FLUCONAZOLO	Ciclo di terapia	
Antipertensivo	RAMIPRIL IRBESARTAN AMLODIPINA DOXAZOSINA	Terapia cronica	Gestione IAS di nuovo riscontro in attesa di definizione
Antiarritmici	ATENOLOLO BISOPROLOLO FLECAINIDE AMIODARONE PROPafenone	Terapia cronica	Angina pectoris, aritmie cardiache,
Broncodilatatore*	FLUTICASONE/VILANTEROLO	Secondo esigenza	Asma
Antistaminico	CETIRIZINA	5-7 giorni	se indicato
Corticosteroide	BETAMETASONE	3-7 giorni	se indicato
NAO*	APIXABAN EDOXABAN RIVAROXABAN DABIGATRAN	Terapia cronica	prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nella fibrillazione atriale non valvolare, e il trattamento e la prevenzione della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP)
Ippoglicemizzanti orali*	METFORMINA LINAGLIPTIN	Terapia cronica	Trattamento del Diabete di Tipo 2

Classe terapeutica	Principio attivo / Farmaco	Durata indicativa	Principali indicazioni e note
SGLT2*	EMPAGLIFOZIN DAPAGLIFOZIN	Terapia cronica	trattamento e la prevenzione dello scompenso cardiaco Trattamento della malattia renale cronica trattamento del diabete
EBPM E FONDAPARINUX	ENOXAPARINA FONDAPARINUX	Max 10 gg enoxaparina Max 45 gg Fondaparinux	Trattamento e prevenzione TEV e TVP e nella profilassi trombotica in pazienti chirurgici, oncologici (a rischio) o immobilizzati Trombosi venosa superficiale
DIURETICI	FUROSEMIDE SPIRONOLATTONE	Secondo esigenza	Ipertensione arteriosa, l'edema dovuto a insufficienza cardiaca, renale o epatica, e condizioni di ritenzione idrosalina o ipervolemia
ANTIPSICOTICI*	QUETIAPINA ARIPIRAZOLO	-----	Su v. psichiatrico e con percorso terapeutico definito
ANTIEPILETTICI* STABILIZZANTI UMORE E DOLORE NEUROPATICO*	LEVETIRACETAM ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO SODIO VALPROATO CHRONO GABAPENTIN CARBAMAZEPINA	-----	Su v. neurologico e con percorso terapeutico definito
Antigottosi	COLCHICINA	Ciclo di terapia	Attacco acuto di artrite gottosa. Trattamento profilattico dell'artrite gottosa ricorrente. Trattamento della pericardite acuta e della pericardite ricorrente.
Antiemetico**	METOCLOPRAMIDE	Fino a 3 volte al giorno	Trattamento sintomatico di nausea e vomito.
Integratori Minerali	KCL RETARD		

*Farmaci da attivare solo a seguito di indicazioni di *follow up* in PDTA con MMG e/o specialista

** fascia C, è erogabile esclusivamente previa sussistenza di una raccomandazione d'uso vincolante, in stretta correlazione con la specifica condizione clinica emergente.

**CONSIDERAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN DIMISSIONE DA PRONTO SOCCORSO IN
APPLICAZIONE DELLE INDICAZIONI DI NOTE AIFA E INDIRIZZI REGIONALI**

Classe terapeutica	Principio attivo / Farmaco	Durata indicativa	Principali indicazioni e note
Antiulcera	LANSOPRAZOLO ESOMEPRAZOLO OMEPRAZOLO PANTOPRAZOLO	Non erogabile in dimissione da PS	Non sono da utilizzare nell'emergenza in nota 1/48. Nelle dispepsie, acidità, nel reflusso sono farmaci di seconda scelta. La prescrizione è del MMG/specialista ambulatoriale
Acidi biliari	ACIDO URSODESOSSICOLICO	Non erogabile in dimissione da PS	Non necessario nel trattamento di condizioni emergenti, il suo utilizzo nelle dispepsie e nei calcoli va attentamente valutato.
Antinfiammatori	MESALAZINA	Non erogabile in dimissione da PS	Non necessario per il trattamento in condizioni emergenti in assenza di MICI e M. Crohn. La prescrizione deve essere fatta in concomitanza alla diagnosi
Antianginosi	RANOLAZINA	Non erogabile in dimissione da PS	Trattamento di seconda linea in <i>add on</i> a terapie di fondo, il farmaco non deve essere erogato in dimissione da PS
Antigottosi	ALLOPURINOLO	Non erogabile in dimissione da PS	Farmaco controindicato in fase acuta

SCHEMI DI TERAPIA ANTIBIOTICA
estratti dal manuale
antibiotici **AWaRe**
(**Access**, **Watch**, **Reserve**)

Appropriatezza e sostenibilità nell'approccio al paziente infetto in PS e de-escalation in dimissione

Dr. Giulio Maria Ricciuto

Direttore UOC PS e Medicina d'Urgenza

Ospedale GB Grassi

Dr.ssa Maria Elena Quacquarelli

Dirigente Medico UOC PS e Medicina d'Urgenza

Ospedale GB Grassi

Sommario

1. Introduzione	5
1.1. Descrizione della classificazione degli antibiotici utilizzati negli schemi di terapia	6
1.2. In fase di descrizione scegli	6
1.3. Considera che le attività fondamentali per un uso appropriato della terapia antibiotica sono	6
1.3.1. Terapia Empirica Ragionata	6
1.3.2. Rivalutazione della prescrizione della terapia antibiotica	7
1.3.3. Rimodulazione della dose in caso di disfunzione d'organo	7
1.3.4. Passaggio dalla terapia endovenosa ad orale (SWITCH -THERAPY)	7
1.3.5. Infezioni comuni osservate in assistenza sanitaria di base e opzioni antibiotiche raccomandate nell'AWaRe book	8
2. Assistenza sanitaria di base	10
2.1. Bronchite	11
2.2. Otite media acuta	13
2.3. Faringite	17
2.4. Sinusite acuta	21
2.5. Infezioni dentali e del cavo orale	25
2.6. Linfadenite batterica acuta localizzata	29
2.7. Congiuntivite	32
2.8. Polmonite acquisita in comunità	35
2.9. Riacutizzazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	39
2.10. Diarrea infettiva acuta e gastroenterite	41
2.11. Febbre tifoide	45
2.12. Impetigine / erisipela / cellulite	48
2.13. Infezioni da ustioni e ferite	51
2.14. Infezioni da ferite o morso	54
2.15. Infezione urogenitale da clamidia	57
2.16. Infezione gonococcica	59
2.17. Sifilide	63
2.18. Tricomoniasi	66
2.19. Infezione delle vie urinarie inferiori	68
3. Struttura Ospedaliera	72
3.1. Sepsì e shock settico	73
3.2. Sepsì nei bambini e nei neonati	78

3.3.	Meningite batterica	81
3.4.	Polmonite acquisita in comunità.....	85
3.5.	Polmonite nosocomiale	89
3.6.	Colecistite Acuta & Colangite	92
3.7.	Ascesso epatico e ascesso epatico piogenico	98
3.8.	Appendicite acuta	107
3.9.	Diverticolite acuta.....	113
3.10.	Infezione da Clostridioides difficile (CDI).....	116
3.11.	Infezione delle vie urinarie superiori	119
3.12.	Osteomielite batterica acuta.....	123
3.13.	Artrite settica	127
3.14.	Fascite necrotizzante	131
3.15.	Piomiosite - Infezione della cute e dei tessuti molli.....	134
3.16.	Neutropenia febbrile.....	137
3.17.	Profilassi chirurgica	141
4.	Antibiotici di riserva.....	146
4.1.	Cefiderocol	147
4.2.	Ceftazidima+Avibactam.....	148
4.3.	Fosfomicina.....	149
4.4.	Linezolid.....	150
4.5.	Meropenem+Vaborbactam.....	151
4.6.	Plazomicina	152
4.7.	Polimixina B e Colistina (Polimixina E).....	153
5.	Guida al dosaggio.....	155
5.1.	Adulti.....	156
5.2.	Bambini	161

1. Introduzione

Copia

1.1. Descrizione della classificazione degli antibiotici utilizzati negli schemi di terapia

Gli antibiotici **Access** hanno uno spettro di attività ristretto, basso costo, un buon profilo di sicurezza e un potenziale di resistenza generalmente basso. Sono raccomandati come opzioni di trattamento empirico di prima o seconda scelta per le infezioni comuni (vedere il Box 2.1 per l'obiettivo OMS relativo al loro utilizzo).

Gli antibiotici **Watch** sono antibiotici ad ampio spettro, generalmente più costosi e sono raccomandati solo come opzioni di prima scelta per i pazienti con manifestazioni cliniche più gravi o per infezioni in cui è più probabile che i patogeni siano resistenti agli antibiotici Access, come le infezioni delle alte vie urinarie (IVU).

Gli antibiotici **Reserve** sono antibiotici di ultima scelta usati per trattare le infezioni multifarmaco-resistenti

In fase di prescrizione scegli:

1. L'antibiotico giusto
2. Al momento giusto
3. Al dosaggio giusto
4. Attraverso la giusta via di somministrazione
5. Solo per il tempo necessario

1.2. Considera che le attività fondamentali per un uso appropriato della terapia antibiotica sono

1.2.1. Terapia Empirica Ragionata

In attesa che si individui, se necessario, il patogeno responsabile e dunque l'antibiotico più appropriato, la terapia empirica può essere considerata come la migliore terapia e deve essere impostata considerando:

- A. La suscettibilità agli antibiotici dei probabili agenti eziologici coinvolti e/o maggiormente isolati nel contesto locale;
- B. Caratteristiche cliniche del paziente (come provenienza da strutture di lungodegenza, precedente ospedalizzazione, età, comorbidità), tollerabilità e possibili reazioni avverse al farmaco;

C. Precedenti terapie antibiotiche

La prescrizione per alcune delle molecole del gruppo Watch prevede l'utilizzo della scheda di prescrizione
Per gli antibiotici Reserve valutare la consulenza infettivologica

1.2.2. Rivalutazione della prescrizione della terapia antibiotica inizialmente impostata

É importante la revisione della prescrizione antibiotica iniziale, generalmente entro 48-72 ore, secondo l'andamento della sintomatologia e/o qualora siano disponibili gli esami colturali e i risultati degli accertamenti radiografici e clinici.

In questa fase è possibile:

- Continuare con la terapia iniziale
- Modificare la terapia antibiotica verso un antibiotico a spettro più ristretto (de-escalation). L'obiettivo principale della de-escalation è ridurre la copertura dello spettro d'azione antimicrobico sulla base delle evidenze cliniche e dei risultati colturali permettendo di:
 - ridurre la proliferazione dei batteri resistenti
 - avere certezza che il trattamento sia efficace contro il patogeno responsabile, massimizzando le possibilità di guarigione del paziente.
 - ridurre gli effetti collaterali ed i costi dal momento che la terapia mirata riduce anche i potenziali effetti collaterali e i costi associati all'uso di farmaci ad ampio spettro.

Va notato che gli anaerobi sono difficili da coltivare e la copertura anaerobica di solito deve essere continuata anche se non vengono rilevati anaerobi nei campioni microbiologici.

1.2.3. Rimodulazione della dose in caso di disfunzione d'organo

In caso di compromissione d'organo il dosaggio della terapia dovrà essere adeguato seguendo le indicazioni previste nella scheda tecnica del farmaco o dei farmaci somministrati

1.2.4. Passaggio dalla terapia endovenosa ad orale (SWITCH -THERAPY)

La semplificazione della terapia, quando possibile, deve essere sempre perseguita poiché da ciò derivano importanti vantaggi, come la:

- la rimozione degli accessi venosi a permanenza

- minori reazioni avverse al farmaco
- riduzione del rischio di insorgenza di ICA
- contenimento dei costi del trattamento/della degenza

Generalmente si ritiene possibile considerare il passaggio dalla terapia endovenosa a quella orale nei seguenti casi:

- il paziente è migliorato clinicamente ed è stabile dal punto di vista emodinamico
- il paziente è apiretico dal 24-48 ore
- i dati ematochimici tendono alla norma (PCR, conta leucocitaria/neutrofili, procalcitonina)
- il paziente è in grado di deglutire e di tollerare i liquidi

1.3. Infezioni comuni osservate in assistenza sanitaria di base e opzioni antibiotiche raccomandate nell'AWaRe book

Importante Laddove sia raccomandato più di un antibiotico per il trattamento di un'infezione, gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come opzioni di trattamento uguali, salvo indicazione contraria.

Infezione	Access / Watch	Opzione antibiotica di prima scelta (quando è indicato un Antibiotico ^a)
Bronchite	Nessun antibiotico	Nessun antibiotico
Polmonite acquisita in comunità (casi lievi)	Access	Amoxicillina OPPURE Fenossimetilpenicillina
Riacutizzazioni di broncopneumopatia CRONICA OSTRUTTIVA	Access	Amoxicillina (per la maggioranza dei casi lievi la prima scelta è il trattamento sintomatico e gli antibiotici non sono necessari)
Infezioni dentali	Access	Amoxicillina OPPURE Fenossimetilpenicillina (per la maggioranza dei casi la prima scelta è un intervento odontoiatrico e gli antibiotici non sono necessari)
Diarrea infettiva^b	Nessun antibiotico oppure Watch	La maggior parte dei casi lievi di diarrea non emorragica è a eziologia virale e gli antibiotici non sono necessari. Per diarrea/dissenteria emorragica acuta

		grave – Ciprofloxacina
Otite media	Access	Amoxicillina (per la maggioranza dei casi lievi la prima scelta è il trattamento sintomatico e gli antibiotici non sono necessari)
Faringite	Access	Amoxicillina OPPURE Fenossimettilpenicillina (per la maggioranza dei casi lievi la prima scelta è il trattamento sintomatico e gli antibiotici non sono necessari)
Sinusite	Access	Amoxicillina OPPURE Amoxicillina+acido clavulanico (per la maggioranza dei casi lievi la prima scelta è il trattamento sintomatico e gli antibiotici non sono necessari)
Infezioni della cute e dei tessuti molli (casi lievi)^c	Access	Amoxicillina+acido clavulanico OPPURE Cefalexina OPPURE Cloxacillina
Infezioni delle vie urinarie (inferiori)	Access	Amoxicillina+acido clavulanico OPPURE Nitrofurantoina OPPURE Sulfametossazolo+trimetoprim OPPURE Trimetoprim

^a La decisione di trattare si basa sulla valutazione del paziente e su un insieme minimo di criteri per iniziare il trattamento antibiotico descritti nei capitoli relativi a ciascuna infezione.

^b Sono riportate solo le opzioni di antibiotici per via orale.

^c Cloxacillina e cefalexina hanno uno spettro più ristretto di attività antibatterica rispetto alla combinazione amoxicillina+acido clavulanico con buona efficacia nelle infezioni lievi della cute e dei tessuti molli. Pertanto, dal punto di vista della stewardship antibiotica, questi due antibiotici sono le opzioni preferite quando possibile.

Legenda: gli antibiotici ACCESS sono indicati in verde, gli antibiotici WATCH in giallo e gli antibiotici RESERVE in rosso.

(LOGO ASL)

U.O.C. PRONTO SOCCORSO E
 MEDICINA D'URGENZA
 OSPEDALE _____



ANTIBIOTICI
MODULO DI RICHIESTA FARMACI IN DIMISSIONE
SECONDO CLASSIFICAZIONE AWARE



ANTIBIOTICO WATCH IN DIMISSIONE

DIAGNOSI DI DIMISSIONE

INDICAZIONE TERAPEUTICA

MICROORGANISMO ISOLATO

 SI

 NO

SPECIFICA METODICA _____
 MICROBIOLOGICO (FILMARRAY, COLTURALE, POCT)

ATTESA REFERTO ESAME

ALTRE MOTIVAZIONI A SUPPORTO SCELTA TERAPEUTICA

DOSAGGIO E DURATA DEL TRATTAMENTO PRESCRITTO

TEMPO DI RIVALUTAZIONE CONSIGLIATO SI - NO

Se si : A QUANTE ORE _____

PRESSO QUALE STRUTTURA/FIGURA _____

ALLEGARE COPIA REFERTO METODICA USATA + ANTIBIOGRAMMA
ED EVENTUALE VIDEAT INFETTIVOLOGICO

Data

timbro e firma

(LOGO ASL)

**PRONTO SOCCORSO/OSSERVAZIONE
BREVE
OSPEDALE**



**MODULO DI RICHIESTA DEI FARMACI AI PAZIENTI IN DIMISSIONE
(ESCLUSIVAMENTE PER NUOVO TRATTAMENTO)**

Data Prescrizione _____

DATI PAZIENTE:

NOME

COGNOME

.....
CODICE FISCALE.....
CITTADINANZA.....
ASL APPARTENENZA...../...../.....
DATA NASCITA.....
COMUNE DI NASCITA.....
COMUNE DI RESIDENZA

FARMACO (P.A.) (Solo farmaci di fascia A disponibili in Struttura)	QUANTITA' CONSEGNA (spazio riservato alla farmacia)	NOTA AIFA

**P.T. redatto a cura dello specialista:
(N.B. campo obbligatorio, se necessario – secondo indicazioni AIFA)**

Nome:.....

Cognome:.....

Specialità:.....

Link Note AIFA: <https://www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa>Link Elenco Registri di Monitoraggio: <https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1>

Il Dirigente Medico
(Firma e timbro)

Il Dirigente Farmacista

Il Ricevente


MODULO DI RENDICONTAZIONE MENSILE
Monitoraggio Accessi Pronto Soccorso e Continuità Farmaceutica (Anno 2026)
STRUTTURA SANITARIA: _____

CODICE STRUTTURA (HSP): _____ **ASL DI RIFERIMENTO:** _____

PERIODO DI RENDICONTAZIONE: Mese di _____ Anno 2026

1. ESITO DIMISSIONI E GESTIONE FARMACOTERAPICA
Monitoraggio ai fini della continuità assistenziale ospedale-territorio.

ESITO ALLA DIMISSIONE	NUMERO PAZIENTI	% SU TOTALE
-----------------------	-----------------	-------------

DIMESSI CON FARMACI (Distribuzione Diretta)
DIMESSI SENZA FARMACI (Solo Prescrizione su ricettario)
DIMESSI SENZA NECESSITÀ DI TERAPIA
TRASFERITI / RICOVERATI

TOTALE GENERALE		100%
------------------------	--	-------------

2. DETTAGLIO DISTRIBUZIONE DIRETTA (ESTRAZIONE FILE F)
Indicare le principali categorie di farmaci erogate direttamente al paziente al momento della dimissione dal PS.

CATEGORIA FARMACOLOGICA	N. CONFEZIONI	VALORE ECONOMICO (€)
-------------------------	---------------	----------------------

Anticoagulanti / Eparine

Antibiotici (Primo Ciclo)

Data

Firma del Farmacista Referente