



**REGIONE PUGLIA**  
**ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE**  
**SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE PREVENZIONE - UFFICIO 3**

PROT 7649 A.T.P./3

BARI 18 MAG. 2006

Sigg. Direttori Generali Aziende usl  
Sigg. Amministratori degli IRRCS  
Sigg. Presidenti degli Ordini dei Medici  
Alle Segreterie regionali delle OO.SS.

LORO SEDI

Oggetto: piano terapeutico.

Pervengono a questo Settore richieste tese a meglio precisare quanto disposto con DGR n. 362 del 15/3/05 "Determinazione Agenzia Italiana del Farmaco del 29 ottobre 2004 e successive determinazioni, note AIFA. - Revisione note CUF."

Per quanto sopra si forniscono ulteriori precisazioni:

- la rimborsabilità dei medicinali, inclusi nelle note soggette alla definizione di una diagnosi e di un piano terapeutico, avviene predisponendo obbligatoriamente una scheda, che ad ogni buon fine si allega, di diagnosi e piano terapeutico in triplice copia, così come già previsto dal provvedimento giuntale n. 1412/01. Pertanto, i medici ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali interni che operano nelle strutture pubbliche, che effettuano la diagnosi e la prescrizione, sono vincolati alla trasmissione di copia del piano terapeutico sia al medico di base dell'assistito e sia al Servizio Farmaceutico territoriale della Azienda usl di residenza del paziente.
- Le citate copie dovranno essere conservate, sia presso il centro prescrittore che presso lo studio del medico di base, per almeno 12 mesi dalla data di elaborazione.
- Il piano terapeutico non può avere durata superiore ai 12 mesi.
- Nel caso di medico ospedaliero e/o specialista ambulatoriale interno operanti nelle strutture pubbliche ubicate in altra Regione, sarà cura dell'assistito far recapitare la copia del piano terapeutico sia al medico di base e sia al Servizio Farmaceutico territorialmente competente.

Il Dirigente  
(Dr. Piero Leoci)

Il Dirigente del Settore ATP  
(Silvia PAPINI)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO (1)

PAZIENTE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Età \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso M  F   
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Numero di Tessera sanitaria dell'assistito \_\_\_\_\_  
 ASL di appartenenza dell'assistito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

DIAGNOSI Formulata in data \_\_\_\_\_  
 Medico specialista  Dr/Prof. \_\_\_\_\_  
 Centro \_\_\_\_\_  
 Reparto  \_\_\_\_\_  
 Day - hospital  \_\_\_\_\_  
 Ambulatorio  \_\_\_\_\_  
 Altro  \_\_\_\_\_

PROGRAMMA TERAPEUTICO :  
 Farmaco/i prescritto/i ( Specialità) \_\_\_\_\_  
 Nota AIFA \_\_\_\_\_  
 Posologia \_\_\_\_\_  
 Durata prevista del trattamento (2) \_\_\_\_\_  
 Prima prescrizione  Prosecuzione della Cura   
 Data \_\_\_\_\_  
 Timbro e firma del medico prescrittore (3) \_\_\_\_\_ Timbro del Centro \_\_\_\_\_



1. Da redigere in triplice copia ed inviare al servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante dell'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
2. Non oltre 1 anno. In caso di prosecuzione della terapia redigere una nuova scheda.
3. I dati identificativi del medico risultano indispensabili, al fine da poter inviare eventuali comunicazioni.

Il presente allegato è composto da Numero 01 pagine  
 Il Dirigente Dell'Ufficio  
 Dr Enrico Manno

**Il Dirigente di Settore**  
 (Silvia PAPINI)



9