

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 838 DEL 18/05/2023

O G G E T T O

AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DI UN FARMACO INDISPENSABILE E INSOSTITUIBILE PER LA PAZIENTE M.N. AFFETTA DA IPOGONADISMO IPERGONADOTROPO.

Proponente: UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Anno Proposta: 2023

Numero Proposta: 873/23

Il Direttore della U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale riferisce:

“Con relazione del 03.10.2021 il Dott. Marchioretto Vladimiro, medico di medicina generale dell’Azienda ULSS 8 Berica, ha certificato la necessità per la paziente M.N., residente nella AULSS 8 Berica ed affetta da ipogonadismo ipergonadotropo da esiti di linfoma anaplastico a grandi cellule T, della fornitura del seguente farmaco:

- KLAIRA*28CPR RIV (038900015), 1 cp/die;

Lo stesso medico dichiara che la suddetta terapia ormonale sostitutiva è da considerarsi indispensabile e insostituibile per una vita dignitosa della paziente.

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 864 del 30 giugno 2020 “DPCM 12 gennaio 2017; ridefinizione di percorsi prescrittivi e autorizzativi per l’erogazione di trattamenti indispensabili e insostituibili riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza” prevede l’erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di farmaci e prodotti non a carico del SSN in casi eccezionali e a seguito di una valutazione clinica che ne attesti, per singolo caso, l’indispensabilità e l’insostituibilità. Tale erogazione deve essere effettuata attraverso il canale della distribuzione diretta ospedaliera o distrettuale. Nello specifico, relativamente ai farmaci, la suddetta Deliberazione richiama l’orientamento della Corte di Cassazione (Cass. Civ. Sez. lavoro, 03-10-1996, n. 8661 e altre) per il quale il Prontuario dei farmaci può non essere applicato nel momento in cui il farmaco, ancorché non ricompreso nel Prontuario stesso, risulta per il paziente indispensabile e insostituibile per il trattamento; in questi casi specifici il trattamento può quindi essere erogato a carico del SSN, prevalendo il diritto alla tutela della salute sul criterio di economicità.

Per quanto sopra esposto e verificata la ridotta tollerabilità delle precedenti terapie, si ritiene di dover fornire il farmaco richiesto a carico del SSN.”

Il medesimo Direttore ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitario hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

D E L I B E R A

1. di autorizzare la fornitura a favore della paziente M.N. affetta da ipogonadismo ipergonadotropo del seguente farmaco:
 - KLAIRA*28CPR RIV (038900015), 1 cp/die;
2. di dare atto che la presente deliberazione comporterà una spesa annuale di:
 - 150 euro (IVA 10% inclusa) da attribuire al bilancio sanitario anno 2023 sul conto 54.02.110 “Medicinali con AIC”;
3. di prescrivere che il presente atto sia pubblicato integralmente all’Albo on line dell’Azienda ULSS.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Fabrizio Garbin)

Il Direttore Sanitario
(dr.ssa Romina Cazzaro)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Maria Giuseppina Bonavina)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI
