



**RICHIESTA di RICONOSCIMENTO
di CENTRO AUTORIZZATO alla DIAGNOSI e PRESCRIZIONE di FARMACI**

Inserire nella carta intestata dell'AULSS/AO/IRCSS (o del Presidio Ospedaliero priv.accr.)

AREA SANITÀ E SOCIALE
DIREZIONE FARMACEUTICO – PROTESICA – DISPOSITIVI MEDICI REGIONALE
Dorsoduro, 3493 - Rio Novo
30123 Venezia
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Oggetto: richiesta di riconoscimento di Centro autorizzato alla prescrizione.
(Come da vostra richiesta prot. n. _____ del _____ o in riferimento al vostro Decreto/DGR di identificazione Centri autorizzati n. _____ del _____, quando applicabile)

Farmaco _____

Indicazione terapeutica _____

Tipo di richiesta

- PRIMA AUTORIZZAZIONE
- INTEGRAZIONE DI CENTRI GIÀ PRESENTI NELLA MEDESIMA AZIENDA SANITARIA della seguente struttura

STRUTTURA

(Per le strutture pubbliche indicare la denominazione della UOS/UOSD/UOC come indicato nell'atto aziendale vigente, per le strutture private accreditate denominazione di funzioni/ attività o disciplina ambulatoriale come descritti nelle schede ospedaliere vigenti)

Unità Operativa _____

Servizio _____

Ambulatorio _____

Altro _____

Ubicata c/o _____

(Indicare se Presidio Ospedaliero, Azienda Ospedaliera, IRCSS, Casa di Cura o altro)

Qualora venga fatta richiesta per più di un centro ripetere per ogni Centro le informazioni richieste nel precedente riquadro.

Motivazioni a supporto della richiesta:



Ad integrazione di quanto sopra si indica:

1. Elenco dei Centri già autorizzati alla prescrizione presenti all'interno della Azienda ULSS proponente (se applicabile) _____

2. Indicazione del/dei Centro/i autorizzato/i presso ULSS limitrofe più vicino/i alla struttura richiedente (se applicabile)

3. Stima del numero di pazienti affetti dalla patologia in esame potenzialmente eleggibili al trattamento che verrebbero indirizzati al Centro di cui si richiede l'autorizzazione alla prescrizione _____

4. Numero di pazienti affetti dalla patologia in esame e residenti nell'Azienda Ulss in trattamento presso altri centri della Regione Veneto già autorizzati (specificare) o presso Centri extra Regione che potranno essere presi in carico dal centro di cui si richiede l'autorizzazione _____

5. Descrizione delle risorse umane, strumentali e laboratoristiche disponibili _____

6. Descrizione delle specifiche competenze, consolidata esperienza ed elevata qualificazione del personale della U.O. proposta _____

7. Descrizione della rispondenza agli specifici criteri individuati dalla Regione con la nota o il Decreto/DGR di identificazione Centri autorizzati di cui all'oggetto (se applicabile) _____



Parere espresso dalla CTA competente in data _____ in merito alla richiesta in oggetto

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE

Allegare il parere della CTA riportante le motivazioni

Per i soli Centri Privati non accreditati per i farmaci in nota AIFA 74

Parere espresso dalla Cabina di Regia- ex DGR n.839/2022, in data _____ in merito alla richiesta in oggetto

- FAVOREVOLE

Allegare il parere della Cabina di Regia riportante le motivazioni

Eventuali ulteriori osservazioni _____

Data _____

II DIRETTORE GENERALE AZIENDA ULSS/AO/IOV

oppure

II LEGALE RAPPRESENTANTE



Note per la compilazione:

Le richieste di riconoscimento di Centri specialistici autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a limitazione, devono rispettare le condizioni di seguito riportate:

1. pervenire secondo la modulistica sopra riportata, compilata accuratamente in ogni sua parte salvo i casi in cui sussistano, per taluni medicinali, specifici provvedimenti regionali che prevedano percorsi aggiuntivi o alternativi per l'invio di tali richieste;
2. il modulo dev'essere predisposto per ciascun farmaco, o classe di farmaci, per i quali si intende fare la richiesta;
3. **a.** indicare ed allegare, come previsto dalla modulistica, il parere della Commissione Terapeutica Aziendale (CTA) competente sia esso di esito positivo che negativo; il parere costituirà uno degli elementi, necessari ma non vincolanti, di valutazione della Commissione Tecnica Regionale Farmaci;
b. qualora la domanda riguardi centri privati non accreditati per la prescrizione di farmaci in Nota AIFA 74, indicare ed allegare, come previsto dalla modulistica, anche il parere positivo della Cabina di regia ex DGR n.839/2022;
4. **a.** qualora la domanda di riconoscimento riguardi Unità Operative / Ambulatori di strutture pubbliche, le richieste dovranno pervenire a firma del Direttore Generale dell'Azienda ULSS/AO/IOV proponente, acquisito il parere della Commissione Terapeutica Aziendale;
b. qualora la domanda di riconoscimento riguardi Unità Operative/Ambulatori di strutture private-accreditate, le richieste dovranno pervenire a firma del Direttore Generale della Azienda ULSS territorialmente competente, acquisito il parere della Commissione Terapeutica Aziendale;
c. qualora la domanda di riconoscimento riguardi Unità operative/ Ambulatori appartenenti alla Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" di Abano Terme, Casa di Cura "Ospedale P. Pederzoli" di Peschiera del Garda ed Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar, ai quali le DGR n. 614/2019 e n. 118/2023 hanno riconosciuto la funzione di "presidio ospedaliero"– le richieste dovranno pervenire a firma del Legale rappresentante della struttura e dovranno essere corredate del parere della CTA/CTS dell'ULSS territorialmente competente.

