



CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO DI DIRIGENTE FARMACIA - DISCIPLINA: FARMACIA OSPEDALIERA

In data 05.08.2019 la Commissione esaminatrice ha proposto ai candidati le seguenti prove scritte e prove pratiche:

PROVA SCRITTA N. 1

- A) Nuovi farmaci biotecnologici per l'asma grave: Meccanismo d'azione, Indicazioni registrate
- B) Teduglutide: Meccanismo d'azione, Indicazioni registrate, Modalità prescrittive nella Regione Emilia Romagna

PROVA SCRITTA N. 2

- A) PARP inibitori: Meccanismo d'azione, Criteri d'impiego, Modalità prescrittive
- B) Ceftazidima / avibactam : Meccanismo d'azione, Indicazioni registrate, Modalità prescrittive nella Regione Emilia Romagna.

PROVA SCRITTA N. 3 **(PROVA SORTEGGIATA)**

- A) Ceftolozano / Tazobactam: Meccanismo d'azione e spettro di attività microbiologica , Indicazioni d'impiego registrate, Modalità prescrittive nella Regione Emilia Romagna
- B) Vedolizumab nella Colite Ulcerosa: Meccanismo d'azione, Posto in terapia secondo le linee guida della Regione Emilia Romagna , Modalità prescrittive.

La Commissione ha individuato i seguenti criteri di valutazione della prova scritta:

- *aderenza della trattazione alla domanda*
- *chiarezza e correttezza espositiva*
- *capacità di sintesi nella risposta*
- *corretta identificazione degli item individuati.*

PROVA PRATICA N. 1 -

Il candidato identifichi, nella pratica, le criticità relative alla corretta erogazione del farmaco prescritto con riferimento alla normativa vigente, nazionale e regionale, ed alla appropriatezza prescrittiva: CLOZAPINA

1



Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco



**Piano Terapeutico per la prescrizione della Clozapina
nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti seguiti dai servizi* psichiatrici e di salute mentale e nel
trattamento dei disturbi comportamentali e psicosi nei pazienti con Morbo di Parkinson**

Centro prescrittore MEDICINA INTERNA
 Medico prescrittore (nome e cognome) BIANCHI MARCO
 Tel. 0541/705000 e-mail bianchi.marco@auslromagna.it

Paziente (nome e cognome) ROSSI ELISA
 Data di nascita 22/8/1986 sesso M F
 Codice fiscale RSSELS86P58D801X
 Residente a RIINI in via PINCO 1 Tel. 0541/38265
 Regione ER
 ASL di residenza M4 Prov. RN
 Medico di Medicina Generale VERDI SIMONE

Diagnosi
 Paziente schizofrenico resistente al trattamento
 Pazienti schizofrenico che presenta reazioni avverse gravi di tipo neurologico non trattabile con gli altri farmaci antipsicotici, compresi gli antipsicotici atipici
 disturbi psicotici in corso di Malattia di Parkinson, dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica.

Prescrizione
 Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria? SI NO
 Eventuale data di controllo prevista : giorno _____ mese _____ anno _____
 Dose/die: 400 MG Durata prevista del trattamento: 6 MESI
 prima prescrizione prosecuzione del trattamento

Conta ematologica		Azioni necessarie
Leucociti/mm ³ (f/l)	Granulociti neutrofili/mm ³ (f/l)	
≥3500 (≥3,5x10 ⁹)	≥2000 (≥2,0x10 ⁹)	Proseguire trattamento con clozapina
3000-3500 (3,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	1500-2000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)	Proseguire trattamento con clozapina, emocromo due volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori
<3000 (<3,0x10 ⁹)	<1500 (<1,5x10 ⁹)	Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali infezioni. Non risporre il paziente al farmaco

EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI	Forma farmaceutica	dosaggio	posologia e orari				
			8... ...	12... ...	20...	al bisogno°
PAROXETINA	CP	20MG	1	1	1		

° terapia al bisogno subordinata alla verifica dei seguenti sintomi/problemi comportamentali _____

In caso di erogazione diretta la quantità di farmaco erogato non deve superare le quattro settimane di terapia, per il tempo di validità del piano

Validità del Piano Terapeutico
 giorno 31 mese 12 anno 2019

*La prescrizione della Clozapina è a carico del SSR quando prescritta da Centri autorizzati dalla Regione Emilia-Romagna (DGR 781/2011 e succ. agg. (<http://www.salute.it/ssr/aree/assistenza-farmaceutica/centri-piano-terapeutico>))

Data 1/7/2019

Timbro e firma del medico prescrittore

PROVA PRATICA N. 2
(PROVA SORTEGGIATA)

Il candidato identifichi, nella pratica, le criticità relative alla corretta erogazione del farmaco prescritto con riferimento alla normativa vigente, nazionale e regionale, ed alla appropriatezza prescrittiva: INSULINA DEGLUDEC

2

Regione Emilia-Romagna



Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI:
 INSULINA DEGLUDEC e INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE

Unità Operativa	ENDOCRINOLOGIA		
Medico prescrittore (nome e cognome)	VERDI GIOVANNI		
Tel.	0541705000	e-mail	giovanni.verdi@auslromagna.it

Paziente (nome e cognome o iniziali)	ROSSI MAURO	Data di nascita	15/3/75
Codice Fiscale	RSSMRA75D55P801Y		
Residente a	RIHINI	Prov.	RN Via PINCO n. 2
Tel.	054176325	AUSL di residenza	114 Regione ER
Medico di Medicina generale	BIANCHI MAURO		

Ai fini della rimborsabilità, come da Determina AIFA, la prescrizione dovrà avvenire a cura delle Strutture Diabetologiche (incluse le diabetologie pediatriche) ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate (specialisti in Medicina interna, Endocrinologia, Geriatria) utilizzando il Piano Terapeutico regionale; l'erogazione è limitata alla distribuzione diretta.

Criteri di eleggibilità	
<input checked="" type="checkbox"/> diabete mellito di tipo 1*	<input type="checkbox"/> diabete mellito di tipo 2**
Precedente trattamento con insulina basale (specificare quale) <input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
e presenza di almeno una delle seguenti condizioni:	
<input type="checkbox"/> assenza di un controllo glicemico adeguato nelle 24 h con il trattamento insulinico multiniettivo <u>comprendente un'altra insulina basale;</u>	
<input type="checkbox"/> presenza di ipoglicemie notturne in corso di trattamento con altra insulina basale;	
<input type="checkbox"/> necessità di flessibilità di orario nella somministrazione della insulina basale e capacità di gestire tale flessibilità .	

Dose e durata del trattamento	
<input checked="" type="checkbox"/> Insulina degludec 100 U/ml FlexPen da 3 ml	<input type="checkbox"/> Insulina degludec (100 U/ml) + liraglutide (3,6 mg/ml) in penna preriempita da 3 ml
Dose/die: <u>18 U</u>	Durata prevista del trattamento: <u>12 MESI</u> N. conf. _____
<input type="checkbox"/> inizio trattamento	<input checked="" type="checkbox"/> prosecuzione della cura
Farmaci associati:	
<input type="checkbox"/> insulina rapida <input type="checkbox"/> ipoglicemizzante/i orali (specificare quali)	
<input checked="" type="checkbox"/> DPP-4 inibitore (sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin, alogliptin)* <small>barrare il principio attivo</small>	<input checked="" type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> con MTF
<input type="checkbox"/> GLP-1 analogo (lixisenatide, liraglutide, dulaglutide)*** <small>barrare il principio attivo</small>	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> con MTF

Data 10/5/2019

timbro e firma del Medico prescrittore

* l'uso deve avvenire in associazione con una insulina rapida

** nel DM2 insulina degludec è rimborsata SSN:

- quando prescritta in associazione con ipoglicemizzanti per cui è rimborsata l'associazione con una insulina basale o in associazione con una insulina rapida
- in associazione precostituita con liraglutide inadeguatamente controllati dalla precedente linea di terapia con l'insulina basale ed altri ipoglicemizzanti diversi dall'insulina.

*la associazione estemporanea con i DPP-4 inibitori è prevista solo per insulina degludec

***il checkbox NON deve essere barrato in caso di prescrizione della associazione PRECOSTITUITA insulina degludec/liraglutide, mentre vanno indicati gli eventuali ulteriori farmaci associati

PROVA PRATICA N. 3

Il candidato identifichi, **nella pratica**, le criticità relative alla corretta erogazione del farmaco prescritto con riferimento alla normativa vigente, nazionale e regionale, ed alla appropriatezza prescrittiva: PERAMPANEL

3

Regione Emilia-Romagna

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione del farmaco perampanel

Validità del Piano terapeutico: 6 mesi



Centro prescrittore	MEDICINA INTERNA		
Medico prescrittore	ROSSI LUCA		
Tel.	0541/705000	Mail	luca.rossi@assessoratoemilia.it

Paziente (nome e cognome)	VERDI SIBONE		
Sesso:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso(kg)	43
Data di Nascita	10/12/2009	Comune di nascita	RIMINI
Residenza	RIMINI	C.F.	VRD SHN09X55P80IT
Tel.	0541/55738	Regione	ER
ASL Residenza	114	Prov.	RN
MMG o PLS	BIANCHI KAMIA		

Il farmaco è rimborsato dal SSR se prescritto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria infantile e Pediatria che operano nelle Aziende Sanitarie. Perampanel rappresenta una ulteriore opzione da utilizzarsi nell'ambito del trattamento aggiuntivo ad altri antiepilettici per i pazienti, a partire dai 12 anni di età, affetti da:

- epilessia con crisi parziali, con o senza generalizzazione secondaria, refrattaria alla terapia di mantenimento con la associazione di almeno 2 antiepilettici (criteri di eleggibilità dei principali studi registrativi che hanno valutato efficacia e sicurezza del farmaco);
- epilessia generalizzata idiopatica con crisi tonico-cloniche generalizzate primarie, refrattaria ad 1 trattamento.

La erogazione è limitata alla Distribuzione diretta.

Criteri di eleggibilità:

FARMACO PRESCRITTO: FYCOMPA 4 MG

Diagnosi di:

- epilessia con crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria
- epilessia generalizzata idiopatica con crisi primariamente generalizzate tonico-cloniche

Refrattarietà alla terapia con altri antiepilettici

Antiepilettici con cui il paziente è attualmente in trattamento:

CARBAMAZEPINA

Data 15/7/19

Timbro e Firma del Medico

La Commissione ha individuato il seguente criterio di valutazione della prova pratica:

- individuazione corretta delle criticità presenti nel piano terapeutico oggetto della prova, connesse alla dispensazione dei farmaci.