



U.O. C. DI FARMACIA
 Responsabile: Dott.ssa Concetta La Seta
 Tel. 091.6556212 – Fax 6207

Palermo, lì 16/01/2026

**Al Responsabile
 del Settore Provveditorato**

Oggetto: richiesta acquisto del farmaco Picibanil fiale da 0,1 mg (farmaco estero)

Premesso :

- Che la specialità medicinale Picibanil fiale da 0,1 mg (farmaco non registrato in Italia), fa parte dell'elenco dei farmaci non aggiudicati in Gara Regionale CUC e per il quale non è presente alcun contratto valido;
- che con nota dell'U.O. di Chirurgia Pediatrica (che si allega in copia) ha richiesto l'acquisto del farmaco in oggetto, necessario per la cura di pazienti affetti da alformazione linfatica (linfangioma).

Per quanto sopra, si richiede di attivare le procedure amministrative per l'acquisto del farmaco in oggetto, secondo quanto riportato nel seguente prospetto:

FORNITORE	Farmaceutica Internazionale/Ottapharm /Unipharm
CODICE ARTICOLO INTERNO	DA DEFINIRE
SPECIALITA' MEDICINALE	picibanil
PRINCIPIO ATTIVO	Picibanil OK-432
FORMULAZIONE	Fiale
FABBISOGNO PRESUNTO ANNUO	N°10 fiale
CONTO DI COSTO	5.01.01.02.0101 (medicinali senza AIC 101-16)

Tanto per gli opportuni provvedimenti.

Il Dirigente Farmacista

Dott. Q. Motta



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro, n. 129 – 90127 Palermo
CF e P. IVA: 05841790826

Prot. n°

Oggetto: richiesta di acquisto di farmaci all'estero

Palermo, 10.12.2025

Al Direttore U.O.C Farmacia
Dr.ssa Concetta La Seta
SEDE

Il sottoscritto medico Prof./Dr. MARIA RITA DI PACE Unità Operativa CHIRURGIA PEDIATRICA (COD. 11.01), richiede l'acquisto all'estero del seguente farmaco:

Principio attivo _____ OK432 (fraz. Streptococcica) _____ Nome commerciale _____ PICIBANIL _____

Forma farmaceutica _____ FIALE _____ Dosaggio _____ 0,1 mg _____ nella quantità di n° _____ 10 FIALE _____

da utilizzare alla seguente posologia _____ 0,1-0,2 mg/procedura _____

per il trattamento di circa n° _____ 10 _____ pazienti non ancora individuati affetti da _____ MALFORMAZIONE

LINFATICA (LINFANGIOMA) _____ dei quali successivamente, a richiesta,

potranno essere immediatamente forniti i dati anagrafici e ASL di appartenenza.

Tale farmaco non è sostituibile con altri farmaci registrati in Italia in quanto _____ NON ESISTONO FARMACI

ANALOGHI PER PRINCIPIO ATTIVO E MODALITA' DI AZIONE _____

Il suddetto farmaco sarà dispensato, per un trattamento terapeutico non superiore a novanta giorni, mediante:

☐ degenza ordinaria per giorni _____ 2-3 _____

☐ ambulatorialmente (singola somministrazione)

☐ day hospital per accessi n° _____ 1-2 _____

telefono int. _____ 5471 _____

Il Medico Richiedente (firma e timbro)

Prof. Maria Rita Di Pace
U.O. Ch. Ped. May 8035
Ord. Medici PA n. 10042

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO DI FARMACIA

Prot. n° del

Alla Dirigenza Medica

Importo presunto di fornitura € _____

Il Direttore di Farmacia

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE OSPEDALIERA

Prot. n° del

Al Servizio di Farmacia

Il _____ approvato _____ richiesta di documentazione scientifica da inoltrare a cura del richiedente non approvato per i seguenti motivi: _____

Il Dirigente Medico



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
Sede legale: Via del Vespro, n. 129 – 90127 Palermo
CF e P. IVA: 05841790826

AL MINISTERO DELLA SALUTE

USMAF-SANS.....

UNITA' TERRITORIALE

Oggetto: **Richiesta di importazione di medicinale ai sensi del D.M. 11/02/1997.**

Il sottoscritto medico Prof. Maria Rita Di Pace

residente in Palermo in via Leonardo da Vinci 145

operante presso l'Unità Operativa di CHIRURGIA PEDIATRICA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone"
Palermo

Iscritto nell'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di Palermo al n° 10.082

chiede di importare il medicinale (contenente il/i seguente/i principio/i): **OK432 (fraz. streptococcica)**

nome commerciale: **Picibanil**

forma farmaceutica: **fiale mg 0,1 (1KE)**

nella quantità di numero **2 confezioni contenenti 5 fiale** di farmaco cadauna.

Prodotto dalla ditta: **Chugai**

Precisa che tale farmaco è regolarmente registrato nel Paese di provenienza: **Giappone**
per il trattamento di: Lymphangioma (linfangioma)

Tale farmaco è indispensabile per la cura

✓ di pazienti, non ancora individuati, afferenti alla AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo, affetti da linfangioma macrocistico in età pediatrica.

Motivazione per la scorta: le malformazioni linfatiche sono anomalie vascolari che possono avere un comportamento infiltrante; se localizzato in guance, lingua e pavimento della bocca non è trattabile chirurgicamente, qualora trattato chirurgicamente spesso recidiva. Questi piccoli pazienti afferiscono AOU Policlinico "P. Giaccone" in tempi e numerosità imprevedibile, il trattamento sclerosante con OK432 deve essere utilizzabile nel minor tempo possibile.

DICHIARA ALTRESÌ CHE IL FARMACO:

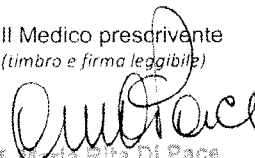
- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia;
- ~~non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;~~
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà;
- le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante (ovvero in cartella clinica ospedaliera) per la durata prevista dalla normativa vigente;

Particolari condizioni di conservazione del farmaco: temperatura 2-8°C, non congelare.

Altro: ===

Palermo, 26.11.2025

Il Medico prescrivente
(timbro e firma leggibile)


Prof. Maria Rita Di Pace
U.O. Ch. Ped. Matr. 8032
Ord. Medici PA n. 10042

Visto

Il Responsabile della Farmacia
(timbro e firma leggibile)