



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 7 – Farmaceutica

Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. n. 45226

del 31/5/17

Oggetto: Disposizioni inerenti la prescrizione dei medicinali per il trattamento dell'Ipertensione Arteriosa Polmonare (IPA)

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie

LORO SEDI

Al fine di uniformare la modulistica adottata per la prescrizione a carico del SSN dei medicinali per il trattamento dell'Ipertensione Arteriosa Polmonare, si allega alla presente il modello di Piano Terapeutico che **dovrà essere utilizzato, in via esclusiva, a far data dal primo luglio pv.**

A riguardo si precisa che le prescrizioni effettuate in data antecedente a quella sopra riportata potranno essere esitate anche successivamente alla stessa.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, come peraltro ribadito dal codice deontologico, i clinici avranno cura di privilegiare gli schemi terapeutici che, a parità di indicazione, efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano un minor costo per il SSN.

Pertanto, si esortano le SS.LL. a dare ampia diffusione del presente documento agli operatori sanitari operanti nei Centri abilitati alla prescrizione di tali medicinali di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11 e s.m.i., sensibilizzandoli a prediligere, **a parità di indicazione terapeutica, i medicinali a minor costo.**

Si evidenzia altresì che la prescrizione ed erogazione a carico del SSN dei medicinali per il trattamento dell'IPA è **vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato.**

Ai fini dell'erogazione a carico del SSR delle prescrizioni redatte da strutture extraregionali, poi, si ribadisce quanto previsto dal D.A. del 22 maggio 2012 recante "Disposizioni in merito alle prescrizioni di farmaci per la cura dell'ipertensione polmonare arteriosa": "Ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, qualora la struttura regionale scelta dall'assistito decida di convalidare la prescrizione effettuata da una struttura extraregionale, dovrà sottoporre il paziente al cateterismo cardiaco e accludere copia del referto alla propria prescrizione, oppure potrà accludere copia del referto dell'esame effettuato dall'assistito medesimo presso altra struttura".

I Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno attivare specifici controlli volti a verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza a quanto sopra rappresentato.

La presente nota, completa del relativo allegato, è scaricabile dal sito istituzionale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana.

Il Dirigente del CRFV

Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile dell'U.O. 7.1

Dr.ssa Claudia La Cava

Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Antonio Leo Presti

Il Dirigente Generale

Avv. Ignazio Tozzo



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO

FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA POLMONARE (IPA)

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/Struttura privata accreditata <sup>(1)</sup> _____
Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____
Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____
ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____

**Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco (specificare la classe NYHA del paziente)<sup>(2)</sup>:**

**Farmaco prescritto<sup>(3)</sup>:**

**Inibitori selettivi della 5-fosfodieterasi**

sildenafil  tadalafil

**Antagonisti Recettoriali dell'Endotelina**

ambrisentan  bosentan  macitentan

**Prostanoidi**

epoprostenolo  iloprost  treprostini

**Stimolanti della guanilato ciclastasi solubile**

riociguat

Dosaggio e posologia: \_\_\_\_\_

prima prescrizione  prosecuzione del trattamento

Durata prevista del trattamento: \_\_\_\_\_

Data successivo controllo: \_\_\_\_\_

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

**Copia valida per N. \_\_\_\_\_ confezioni**

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

(2) L'indicazione della classe NYHA è indispensabile ai fini della rimborsabilità

(3) La prescrizione delle associazioni di farmaci, comunque appartenenti a categorie farmacologiche diverse, deve avvenire nel rispetto di quanto autorizzato in scheda tecnica.