

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
Servizio 7 Farmaceutica  
Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. N. 43284

Palermo 25/9/15

Oggetto: Farmaci soggetti a Nota AIFA 85 – nuovo modello di Piano Terapeutico

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie  
della Regione Siciliana

Agli Ordini Provinciali dei Medici

A Federfarma

Ad Assofarm  
LORO SEDI

Al fine di garantire l'appropriatezza, di semplificare le modalità prescrittive e di agevolare il monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci soggetti a nota AIFA 85, i Medici dei Centri UVA identificati con il DDG del 19 maggio 2014, pubblicato sulla GURS 6 giugno 2014 n. 23, dovranno compilare unicamente il modello di piano terapeutico allegato alla presente nota.

Ai fini della dispensazione il suddetto modello di piano terapeutico deve essere allegato alla ricetta SSN. A far data dal **26 ottobre p.v.** non dovranno essere utilizzati Piani terapeutici difformi dal modello in allegato.

Si richiama, altresì, particolare attenzione in riferimento alle prescrizioni di rivastigmina ed in particolare ad eventuali *switch* non adeguatamente motivati verso formulazioni transdermiche a dosaggio più alto (ancora coperta da brevetto) e pertanto a costo maggiore.

È fatto obbligo alle Aziende Sanitarie di vigilare sull'applicazione di quanto disposto all'atto dei controlli sulle prescrizioni relative ai medicinali soggetti a piano terapeutico.

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

Si chiede di dare ampia diffusione della presente nota a tutti i Sanitari interessati.

I Dirigenti del CRFV  
Dr. Pasquale Cananzi  
Dr. Alessandro Oteri  
Dr.ssa Daniela C. Vitale

Il Responsabile dell'U.O. 7.2  
Dr.ssa Claudia La Cava

Il Dirigente Generale  
Dr. Gaetano Chiaro

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO  
FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 85

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata

Nome e Cognome dell'assistito \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
ASP di residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
Rif. N. <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: Codice ICD-9:331.0. In atto MMSE>10.

Formulata dall'UVA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

riconosciuta con il D.D.G. del 19 maggio 2014 GURS 6 giugno 2014 n. 23

Farmaco prescritto (indicare il principio attivo) \_\_\_\_\_

NOTA AIFA 85

Dosaggio \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista della terapia \_\_\_\_\_

Numero confezioni per P.T. \_\_\_\_\_

Annotazioni \_\_\_\_\_

Prima prescrizione  Prosecuzione del trattamento

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

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

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

(1) Numero di riferimento della cartella clinica