



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

Prot. 43112

del 09/10/2020

Oggetto: Introduzione Piano Terapeutico per la prescrizione di *adrenalina autoiniezzabile*

Ai Direttori Generali delle Aziende
Sanitarie
Ai Responsabili dei Servizi di Farmacia
delle Aziende Sanitarie

Ai Referenti per l'Appropriatezza
prescrittiva di cui al D.D.G. n. 48/2020
LORO SEDI

Gli autoiniezioni di *adrenalina* sono indicati nel trattamento di emergenza di reazioni allergiche gravi (anaflassi), causate da punture o morsi di insetti, alimenti, farmaci e da altri allergeni, così come da anaflassi idiopatica o indotta da sforzo.

Nelle schede tecniche dei medicinali a base di *adrenalina* autoiniezzabile è specificato che, per ottimizzare efficacia e sicurezza, l'*adrenalina* deve essere somministrata per via intramuscolare nel muscolo vasto-laterale della coscia. La dose può essere ripetuta dopo 5 – 15 minuti in assenza di un miglioramento dal punto di vista clinico o in caso di peggioramento.

Al fine di consentire la prescrizione nel pieno rispetto delle condizioni autorizzate dall'Agencia Italiana del Farmaco e riportate nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP), viene introdotto un modello di Piano Terapeutico (PT) per la prescrizione di *adrenalina* autoiniezzabile a pazienti a rischio accertato di shock anafilattico.

Si chiarisce che il nuovo modello di PT, in allegato, dovrà essere utilizzato, in via esclusiva, a far data dal **2 novembre 2020**. A riguardo si precisa che le prescrizioni effettuate su modelli di PT redatti in data antecedente a quella sopra riportata potranno essere esitate fino alla naturale scadenza degli stessi.

Si esortano le SS.LL. a dare ampia diffusione del presente documento a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di prescrizione e dispensazione del citato farmaco.

La presente nota, completa dell'allegato, è scaricabile dal sito istituzionale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana alla Sezione *Farmaceutica-Appropriatezza d'uso dei farmaci*.

Si chiede di dare ampia diffusione della presente a tutti gli operatori.

Il Dirigente del CRFV

Dr. Claudia Minore

Il Responsabile del Servizio

Dr. Pasquale Cananzi

Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca



ASSESSORATO DELLA SALUTE

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI ADRENALINA
AUTONIETTABILE PER IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON RISCHIO
ACCERTATO DI SHOCK ANAFILATTICO

Azienda Sanitaria _____	U.O. _____
Nome e Cognome dell'assistito/a _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____	
Nato/a _____ il ____ / ____ / ____	
Indirizzo _____	Tel. _____
ASP di residenza _____	Prov. _____

Si certifica che l'assistito/a è affetto da allergia e presenta un rischio accertato di shock anafilattico da:

alimenti farmaci veleno imenotteri inalanti altro (specificare) _____
Sulla base dei seguenti dati anamnestici: _____

Farmaco prescritto: adrenalina auto iniettabile monodose

- iniettore da 150 mcg 1 iniettore 2 iniettori
 iniettore da 300 mcg 1 iniettore 2 iniettori

Il medico prescrittore istruirà sulla modalità di somministrazione e su eventuali effetti collaterali

La prescrizione di 2 iniettori è consigliata nelle seguenti categorie a rischio. Specificare:

- soggetti affetti da allergia alimentare responsabile della pregressi anafilassi e concomitante asma grave o moderata instabile
 soggetti affetti da mastocitosi o che presentino in condizioni basali elevati valori di triptasi sierica
 mancanza di accesso rapido a Strutture Sanitarie per problemi logistici o per non conoscenza e comprensione della lingua italiana
 soggetti che, in pregressi episodi di anafilassi, hanno necessitato durante il trasporto all'ospedale di due somministrazioni di adrenalina : anafilassi bifasica
 soggetti con pregressi anafilassi quasi fatale (intubazione, ricovero in rianimazione)
 soggetti obesi

(Position Paper: *Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology, 2014*)

Validità massima: 1 anno

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma del Medico prescrittore