

Segreteria Aiop Sicilia

Da: Segreteria Aiop Sicilia <segreteria.aiopsicilia@gmail.com>
Inviato: martedì 26 febbraio 2019 18:29
A: Montalbano Silvana (gmail) (montalbano.aiopsicilia@gmail.com)
Oggetto: Prot. n. 87 - nota prot. 17449 del 26/02/2019 - Aggiornamento n. 36 del Prontuario
Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della regione Sicilia
Allegati: 17449.pdf

Prot. n. 87/2019

Ai Titolari delle Case di Cura
Ai Direttori Sanitari

LORO SEDI

Vi rimettiamo, in allegato, la nota di cui in oggetto.
Cordiali saluti

Dott. Silvana Montalbano

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n. 1746 P

Palermo, 26.02.2019

Oggetto: Aggiornamento n. 36 del Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della Regione Sicilia

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie

All'AIOP

A Federfarma Sicilia

e p.c. Al Referente Tecnico della C.U.C.

LORO SEDI

Nelle more della predisposizione del provvedimento di aggiornamento del PTORS, dopo aver esaminato i pareri forniti dalla Commissione Regionale per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale nella seduta del 20/02/2019 ed effettuato il controllo circa la valenza economica ed organizzativa degli stessi, ai sensi del D.A. 518/18 art. 2, si stabilisce quanto segue:

ATC	Principio attivo	
D11AH05	Dimetilfumarato	Inserito in PTORS per il trattamento della psoriasi a placche da moderata a severa negli adulti che necessitano di terapia farmacologica sistemica. Prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
L01BC52	5 fluorouracile + acido salicilico	Inserito in PTORS per il trattamento topico di cheratosi attiniche ipercheratosiche leggermente rilevabili al tatto e/o moderatamente spesse (grado I/II) in pazienti adulti immunocompetenti. Prescrizione su apposito PT (allegato alla presente) limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta da parte delle AA.SS.PP, dopo visita ambulatoriale (erogando un numero di confezioni che permettano di garantire l'intero ciclo di trattamento previsto). Qualora non sia possibile effettuare il primo ciclo di distribuzione dopo visita ambulatoriale, lo specialista avrà cura di consegnare al paziente, unitamente al PT, la prescrizione SSN o il promemoria della ricetta dematerializzata, con i quali il paziente potrà recarsi presso la farmacia convenzionata per il ritiro del farmaco.
L04AC16	Guselkumab	Inserito in PTORS per il trattamento della psoriasi a placche da moderata a grave in pazienti adulti che sono candidati ad una terapia sistemica. Prescrizione su piano cartaceo AIFA (allegato alla presente) limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
L04AB04	Adalimumab	Approvate le seguenti indicazioni terapeutiche:

ATC	Principio attivo	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idrosadenite Suppurativa (acne inversa) attiva di grado da moderato a severo in adulti e adolescenti dai 12 anni di età con una risposta inadeguata alla terapia sistemica convenzionale per l'HS. Prescrizione limitata ai Centri di cui all'allegato 4 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Dispensazione diretta da parte del Centro Prescrittore; ▪ Malattia di Crohn attiva di grado da moderato a severo nei pazienti pediatrici (dai 6 anni di età) che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale, inclusa la terapia nutrizionale primaria e a una terapia a base di un corticosteroide e/o ad un immunomodulatore, o che sono intolleranti o hanno controindicazioni a tali terapie. Prescrizione da parte dei Centri di cui al D.A. 1439/12. Dispensazione dal Centro Prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP per il prosieguo della terapia; ▪ Uveite anteriore pediatrica cronica non infettiva nei pazienti da 2 anni di età che hanno avuto una risposta inadeguata o sono intolleranti alla terapia convenzionale o per i quali la terapia convenzionale non è appropriata. Prescrizione da parte delle UU.OO. di Oculistica o dei Centri di reumatologia e dermatologia di cui all'allegato 4 del D.A. 1766/14 o dai Centri afferenti alla Rete MICI di cui al D.A. 1439/12, già autorizzati per il trattamento dell'uveite nei pazienti adulti. Eventuali ulteriori candidature, ai sensi del D.A. 314/16, devono essere corredate da un protocollo di gestione comune della patologia con specifica indicazione in merito all'U.O. da abilitare alla prescrizione. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
V04CD01	Metirapone	<p>Inserito in PTORS come test diagnostico per la carenza di ACTH e nella diagnosi differenziale della sindrome di Cushing ACTH-dipendente e per la gestione dei pazienti con sindrome di Cushing endogena.</p> <p>Prescrizione limitata alle UU.OO. di Endocrinologia dei Policlinici di Catania, Messina e Palermo, all'ARNAS Garibaldi di Catania e alla AOOR Villa Sofia Cervello di Palermo. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore. Presa in carico dei pazienti con prescrizione proveniente da strutture fuori regione.</p>
J02AB02	Ketoconazolo	<p>Inserito in PTORS per il trattamento della sindrome di Cushing endogena in adulti e adolescenti di età superiore ai 12 anni. Prescrizione limitata alle UU.OO. di Endocrinologia dei Policlinici di Catania, Messina e Palermo, all'ARNAS Garibaldi di Catania e alla AOOR Villa Sofia Cervello di Palermo. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore. Presa in carico dei pazienti con prescrizione proveniente da strutture fuori regione.</p>
N02AA59	Ibuprofene + codeina	<p>Inserito in PTORS per il trattamento sintomatico del dolore da lieve a moderato negli adulti se non adeguatamente alleviato dagli altri antidolorifici quali paracetamolo o ibuprofene. Prescrizione ai sensi della Nota AIFA 66.</p>
N01BB04	Prilocaina cloridrato	<p>Inserito in PTORS per l'induzione dell'anestesia spinale nel</p>



ATC	Principio attivo	
		caso di interventi chirurgici di breve durata.

Ai sensi della nota prot. n. 24392 del 19 marzo 2015 recante: "Notifica delle decisioni della Commissione PTORS – Riunione del 06/03/2015", il principio attivo adalimumab biosimilare (s.m. Hyrimoz) è automaticamente inserito in PTORS. Si evidenzia altresì che l'estensione delle indicazioni terapeutiche del p.a. adalimumab è valida anche per i rispettivi biosimilari.

In riferimento al p.a. immunoglobulina umana normale + ialuronidasi umana ricombinante (Hyqvia), si specifica che la dispensazione deve avvenire in forma diretta, secondo quanto previsto dalla circolare n. 62430 del 05/08/2014.

Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca



REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DEI MEDICINALI SOGGETTI
A NOTA AIFA 95

Azienda Sanitaria/ _____	
Unità Operativa _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____	Data di nascita _____
Indirizzo _____	Tel _____
ASP di residenza _____	Prov _____ Regione _____

La prescrizione è a carico del SSR per la cheratosi attinica limitata ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero ≥ 6 .

localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto

diclofenac 3% in ialuronato di sodio¹ imiquimod 3.75%

ingenolo mebutato² 5-fluorouracile/acido salicilico³

localizzazioni al tronco e/o alle estremità

diclofenac 3% in ialuronato di sodio¹ ingenolo mebutato²

¹ non devono essere applicati più di 8 grammi al giorno

² ogni singolo trattamento può interessare al massimo 2 superfici non contigue ognuna di dimensioni fino a 25 cm²

³ esclusivamente per lesioni di grado I/II localizzate al viso e/o cuoi capelluto calvo

Specialità medicinale prescritta _____

Posologia _____

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Annotazioni _____

Data successivo controllo _____

Data _____

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Durata _____

Il Piano Terapeutico, ai fini della prescrizione a carico del SSN, deve essere redatto dagli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata

Prescrizione

Farmaco prescritto (principio attivo)	dose (mg)	frequenza (settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
Adalimumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etanercept			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guselkumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infliximab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ixekizumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secukinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustekinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si rimanda ai singoli RCP per ulteriori informazioni circa l'uso corretto dei medicinali

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

NOTA BENE: La validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i 12 mesi dalla data di compilazione.
Per i pazienti già in trattamento, la scheda di prescrizione cartacea dovrà essere redatta all'atto della prima visita specialistica utile.

Data _____

Timbro e Firma del Medico

18A06584

