

Segreteria Aiop Sicilia

Da: Segreteria AIOP Sicilia [segreteria@aiopsicilia.it]
Inviato: mercoledì 14 febbraio 2018 14:25
A: Montalbano Silvana (aiop) (montalbano@aiopsicilia.it)
Oggetto: Prot. 82 - nota prot. 12779 del 14/02/2018 - Piano Terapeutico Teriparatide - MODIFICA
Allegati: 12779.pdf



12779.pdf (1 MB)

Prot. n. 82

Ai Direttori Sanitari
Loro Sedi

Facendo seguito al ns. prot.72 del 12-02-2018, si invia in allegato la nota di cui all'oggetto.
Cordiali saluti.
La segreteria

Se intendi cancellarti da questa newsletter invia una email alla casella di posta elettronica segreteria@aiopsicilia.it indicando in oggetto la dicitura "Cancellami dalla newsletter"

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n. 12779

del 14.02.2018

Oggetto: Piano Terapeutico Teriparatide - modifica

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie
Agli Ordini Provinciali dei Medici
All'AIOP
A Federfarma Sicilia
Ad Assofarm
LORO SEDI

Con la circolare n. 7 del 9 febbraio u.s., al fine di armonizzare i modelli di Piano Terapeutico (PT) per la prescrizione di teriparatide sul territorio regionale, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e facilitare il monitoraggio delle prescrizioni, è stato introdotto un PT per la prescrizione di tale farmaco, in ottemperanza a quanto disposto dalla nota AIFA 79.

In particolare, la prescrizione del suddetto farmaco a carico del SSN è riservata alla prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore, con almeno una delle seguenti condizioni:

- a) almeno 3 fratture
- b) almeno 1 frattura e T-score colonna o femore ≤ -4
- c) almeno 1 frattura e trattamento per più di 12 mesi con prednisone o equivalenti al dosaggio di almeno 5 mg/die
- d) nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento in nota 79 da almeno 1 anno

A parziale rettifica del PT allegato alla citata circolare, in riferimento al punto c) sopra descritto, riportante un'indicazione difforme rispetto a quanto indicato nella nota AIFA 79, si allega alla presente il Piano Terapeutico opportunamente modificato. Resta fermo quant'altro disposto con la circolare n. 7 del 9 febbraio 2018.

La presente nota ed il relativo allegato sono scaricabili dal sito istituzionale dell'Assessorato della Salute, al link "Appropriatezza d'uso dei farmaci".

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

Il Dirigente del CRFV
Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile dell'U.O. 7.1
Dr. ssa Claudia La Cavera

Il Responsabile del Servizio 7
Dr. Antonio Lo Presti



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di teriparatide

Azienda Sanitaria _____ Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ tel _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data nascita _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Regione _____

Indirizzo _____ tel _____

ASP di residenza _____ Medico di Medicina Generale _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____ età menopausa: _____

La prescrizione di teriparatide è a carico del SSN per le seguenti indicazioni:
prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore, con almeno una delle seguenti condizioni:

soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della nota 79, che si presentano cumulativamente con 3 o più pregresse fratture vertebrali o di femore.

soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della nota 79, che si presentano con 1 o più fratture vertebrali o di femore e T-score colonna o femore ≤ -4

soggetti in trattamento da più di 12 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che si presentano con 1 o più fratture vertebrali o di femore.

soggetti che incorrono in una nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento con uno degli altri farmaci della nota 79 da almeno un anno.

Spazio dedicato al MMG (da compilare esclusivamente in caso di nuova frattura in corso di trattamento in nota 79 da almeno 1 anno)

dall'analisi della scheda sanitaria individuale del paziente si rileva che per almeno un anno è stata effettuato un trattamento con:
 alendronato alendronato+vit.D3 risedronat raloxifene ibandronato ranelato di stronzio

data / / Timbro e firma del Medico di Medicina Generale

Prima prescrizione (primi 6 mesi di trattamento)
 Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 12 mesi)
 Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 18 mesi)
 Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 24 mesi)

Dose _____ Durata della terapia _____ Scala analogica del dolore (VAS-dolore): punteggio _____

Copia valida per N.1 confezione

Data valutazione _____ Timbro e firma del medico prescrittore

FOLLOW UP DOPO 6 12 18 MESI DI TERAPIA (durata massima della terapia 24 mesi)

data _____ si conferma la terapia in corso ? si no

Eventuale motivo della sospensione: _____

Parametri: PTH _____ calcio _____ fosforo _____ calciuria _____ acido urico _____

fosfatasi alcalina _____

Eventuali effetti collaterali * _____

Nuove fratture negli ultimi 6 mesi si no

Comparsa di complicanze scheletriche benigne o maligne si no

Copia valida per N.1 confezione

Scala analogica del dolore (VAS-dolore): punteggio _____

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore

** In caso di comparsa di reazioni avverse riportare il codice della scheda di segnalazione ADR Ministeriale come Normativa vigente*

Ai fini di un appropriato utilizzo e del monitoraggio della sicurezza d'impiego del medicinale si rimanda a quanto riportato nei punti 4.4, 4.5 e 4.6 del RCP