

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



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

Prot. n. 34937

Palermo 19.04.2016

Oggetto: D.A. n. 540/14 “Misure volte a promuovere l’utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia” – prescrizione insulina degludec

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

Com’è noto con il D.A. n. 540/14 sono state determinate misure volte a promuovere l’utilizzo dei farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia.

Pertanto, al fine di semplificare le modalità prescrittive, nel caso di prescrizione ad un paziente *naive* di insulina degludec (unica soggetta a piano terapeutico) appartenente alla categoria ATC A10AE, i Medici potranno compilare unicamente il modello di piano terapeutico, opportunamente modificato e allegato alla presente nota, comprensivo del campo relativo alla motivazione a supporto della scelta della terapia a maggiore costo, in alternativa alla compilazione del piano terapeutico e della scheda allegata al D.A. n. 540/14.

Il suddetto modello di piano terapeutico modificato deve essere allegato alla ricetta SSN ai fini della dispensazione.

Il Farmacista all’atto della dispensazione del medicinale, laddove il piano terapeutico riporti biffata la dicitura “*prima prescrizione*” (*paziente naive*), avrà cura di verificare l’avvenuta compilazione del campo “*prescrizione di terapia a maggior costo*”.

Relativamente alla verifica del costo-terapia, si precisa che lo stesso deve essere calcolato confrontando i costi/DDD.

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.

Il Dirigente del CRFV

Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile dell’U.O. 7.2

Dr.ssa Claudia La Cava

Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale

Dr. Gaetano Chiaro



PIANO TERAPEUTICO TRESIBA  
(*insulina degludec*)

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (specialisti in Endocrinologia, Medicina Interna, Geriatria) ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASP ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_  
Unità Operativa del medico prescrittore \_\_\_\_\_  
Cognome e nome del medico prescrittore \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Cognome e nome dell'assistito \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Sesso M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
ASP di residenza \_\_\_\_\_  
Cognome e nome del medico curante \_\_\_\_\_

**Indicazioni terapeutiche a carico del SSN**

1. Pazienti adulti con Diabete tipo 1, in associazione a insulina ad azione rapida
2. Pazienti adulti con Diabete tipo 2,
  - In associazione ad altri ipoglicemizzanti per i quali sia rimborsata l'associazione ad insulina
  - In associazione a insulina ad azione rapida

**Farmaco, dose e durata del trattamento**

Nome commerciale e dosaggio \_\_\_\_\_

Revisione prevista del piano terapeutico non oltre 12 mesi.

Inizio trattamento

Motivazione (ai sensi del D.A. 540/14): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prosecuzione della cura

Data valutazione \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Durata \_\_\_\_\_

Confezioni totali \_\_\_\_\_

Valido per n. \_\_\_\_\_ confezioni

Timbro e firma del medico prescrittore