

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n. 3285

Palermo, 16.01.2023

Oggetto: Aggiornamento n. 76 del Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della Regione Sicilia- Modifica

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 la documentazione pervenuta a supporto dei farmaci candidati all'inserimento nel PTORS ed effettuato il controllo circa la valenza economica ed organizzativa degli stessi ai sensi del D.A. 1733/19 art. 2, si stabilisce quanto segue:

| ATC | Principio attivo | |
|---------|------------------|--|
| H02AB09 | Idrocortisone | A parziale modifica di quanto stabilito con la nota prot. n. 52761 del 28/11/2022 - Aggiornamento n. 76 del PTORS si stabilisce che la prescrizione del p.a. idrocortisone per l'indicazione "trattamento dell'iperplasia surrenalica congenita negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e negli adulti" è limitata ai Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/22 identificati con il codice RCG020 su PT regionale allegato alla presente. Distribuzione Diretta per i primi due mesi di terapia dal Centro Prescrittore e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento. Si specifica altresì che la prescrizione del p.a. idrocortisone per l'indicazione <i>terapia sostitutiva dell'insufficienza surrenalica negli adulti</i> è limitata alle UU.OO. di Endocrinologia di cui al DDG 820/21 delle Aziende Sanitarie Pubbliche ed accreditate su PT in allegato. |

Si ribadisce che, ai sensi di quanto disposto nell'allegato al DA 1611 del 25 luglio 2019, l'inserimento in PTORS dei suddetti medicinali è subordinato all'assegnazione del Codice Identificativo Gara (CIG) da parte della Centrale Unica di Committenza.

Si dispone altresì che per i farmaci erogati in DPC l'inserimento in PTORS è subordinato all'assegnazione del CIG dall'ASP Capofila.

Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

**Piano Terapeutico per la prescrizione di idrocortisone in formulazione orale per
l'insufficienza surrenalica**

(Prescrizione da parte dei Centri di cui al DDG 820/21)

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa _____

Nome e Cognome dell'assistita/o _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Nata/o a _____ il ___ / ___ / ___

Indirizzo _____ Tel. _____

ASP di residenza _____ Prov. _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco:

- terapia sostitutiva dell'insufficienza surrenalica nei neonati, nei bambini e negli adolescenti (dalla nascita a < 18 anni);
- terapia sostitutiva dell'insufficienza surrenalica negli adulti.

Parametri Clinici _____

Farmaco prescritto _____

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____

Data ___ / ___ / ___

Timbro e firma
del Medico prescrittore

La durata massima del piano terapeutico è di 6 mesi

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di idrocortisone in formulazione orale per l'iperplasia surrenalica congenita

(Prescrizione limitata ai Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/22 identificati con il codice RCG020)

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa _____

Nome e Cognome dell'assistita/o _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Nata/o a _____ il ___ / ___ / ___

Indirizzo _____ Tel. _____

ASP di residenza _____ Prov. _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco:

- trattamento dell'iperplasia surrenalica congenita (CAH, congenital adrenal hyperplasia) negli adolescenti di età pari o superiore a dodici anni e negli adulti.

Parametri Clinici _____

Farmaco prescritto _____

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____

Data ___ / ___ / ___

Timbro e firma
del Medico prescrittore

La durata massima del piano terapeutico è di 6 mesi