

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. 9181

del 07.02.2023

Oggetto: trasmissione Piano Terapeutico per la prescrizione dei teriflunomide e dimetilfumarato per la sclerosi multipla

Ai Commissari delle Aziende Sanitarie
presso cui insistono i Centri abilitati alla
formulazione della diagnosi e alla prescrizione
dei medicinali per il trattamento della Sclerosi
Multipla

Ai Direttori dei Servizi di Farmacia delle
Aziende Sanitarie

Al Referente per l'appropriatezza prescrittiva
di cui al DA 385/22 delle Aziende Sanitarie
LORO SEDI

Con il DDG 654 del 26 luglio 2022 è stato Aggiornato l'elenco dei Centri abilitati alla formulazione della diagnosi e alla prescrizione dei medicinali per il trattamento della Sclerosi Multipla (SM).

A tal proposito, al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva delle terapie di prima linea per il trattamento della SM (teriflunomide e dimetilfumarato), i Centri di cui al sopra citato provvedimento sono tenuti, a far data dal **15 febbraio p.v.**, ad utilizzare l'apposito modello di piano terapeutico allegato alla presente.

La nota e il relativo allegato sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute alla sezione Servizio 7 Farmaceutica – Appropriatelyzza d'uso dei farmaci.

Si invitano le SS.LL. in indirizzo a dare massima diffusione della presente a tutti gli operatori sanitari interessati.

Il Responsabile dell'U.O. 7.1

Dr. Alessandro Oteri

Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Pasquale Canauzi

Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca



REGIONE SICILIANA
Assessorato della Salute

Piano Terapeutico per la prescrizione dei farmaci di prima linea (dimetilfumarato e teriflunomide) per il trattamento della sclerosi multipla recidivante remittente (Nota AIFA 65)

Prescrizione riservata ai Centri di Sclerosi Multipla di cui al DDG 654/22

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____
Data di nascita / / sesso M F Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel. _____
ASP di residenza _____ Prov _____ Via _____ n. _____
Medico di Medicina Generale _____ Recapito Tel. _____

Farmaco prescritto

Dimetilfumarato

- capsule rigide da 120 mgr
- capsule rigide da 240 mgr

Teriflunomide

- compresse rivestite da 7 mgr
- compresse rivestite da 14 mgr

Posologia _____

- prima prescrizione prosecuzione del trattamento *switch* da precedente terapia

In caso di *switch* terapeutico, indicare il trattamento/i precedente/i e la sua/loro durata:

1. trattamento: _____ durata: _____
2. trattamento: _____ durata: _____
3. trattamento: _____ durata: _____

Ragione dello *switch*: tollerabilità inefficacia altro (specificare) _____

Durata prevista della terapia _____

Numero di confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Data __ / __ / __

Timbro e firma
del Medico prescrittore

La durata massima del piano terapeutico è di 6 mesi