



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO

Piazza Bottazzi · 73100 Lecce
tel. 0832.215864 – Fax 0832.215835
e-mail: farmaceutico@ausl.le.it

Prot. n. 184015 del 18/11/2016

Trasmissione via e-mail

Ai Direttori Medici dei Distretti SS. SS.
Ai Direttori Medici dei PP.OO.
Ai Farmacisti Dirigenti Ospedalieri e Distrettuali

Al Medici Specialisti, MM.MM.GG. E P.P.LL.SS. Ed
Ai componenti delle Commissioni Distrettuali
per l'Appropriatezza Prescrittiva
(di tramite le Direzioni Mediche di Presidio e di Distretto)

LORO SEDI

OGGETTO: Aggiornamento PT per l'uso appropriato dei farmaci incretino-mimetici.

Per opportuna conoscenza, si comunica che sulla G.U. n. 259 del 05/11/2016 è stata pubblicata la DETERMINA n. 1439 del 26 ottobre 2016, relativa ad **“Aggiornamento PT per l'utilizzo appropriato dei farmaci «incretino-mimetici»”** nel diabete tipo 2 di cui alla determina 13 agosto 2014, n. 878/2014”, efficace a far data dal 06/11/2016.

La novità principale introdotta con il nuovo Piano Terapeutico riguarda la possibilità che la validità dello stesso possa essere estesa in maniera automatica da 6 a 12 mesi per i pazienti con livelli adeguati di emoglobina glicosilata (HbA_{1c}) al controllo semestrale eseguito dal Medico di Medicina Generale.

In particolare, come specificato nello stesso PT, se il MMG riscontra **un valore di HbA_{1c} <8,5%** (in taluni casi, ben specificati sul Piano Terapeutico, tale valore può estendersi fino al 9%), non è necessario che il paziente venga indirizzato al Medico Specialista per il rinnovo del PT, ma questo si intende automaticamente rinnovato fino a 12 mesi dalla data di emissione.

La Regione Puglia, con propria Nota prot. n.AOO/081/2418 del 16/11/2016, ha notificato la Determina in questione, sottolineando che:

- tutti i farmaci afferenti alla classe terapeutica delle incretine sono classificati come **A(PHT)-RRL** (soggetti a prescrizione di centri ospedalieri o specialisti - **endocrinologo e malattie del ricambio, diabetologo, internista, pediatra**);
- la prescrizione è vincolata alla redazione del relativo **Piano Terapeutico AIFA (attualmente in formato esclusivamente cartaceo) e del PT Edotto, non appena questo sarà reso disponibile**;
- i farmaci in parola sono inseriti nell'elenco della DPC regionale ed erogati dalle Farmacie convenzionate.

Si ritiene utile rammentare che, come di consueto, gli Specialisti prescrittori dovranno aver cura di inviare copia del Piano Terapeutico cartaceo, per il tramite delle Direzioni Mediche di Presidio e di Distretto, all'Area Gestione Servizio Farmaceutico della ASL per i controlli di competenza.

Da ultimo, si suggerisce che i **MM.MM.GG., al momento del controllo a 6 mesi dell'emoglobina glicosilata, aggiornino la cartella clinica del paziente con il dato in questione, a giustificazione del rinnovo automatico del PT per ulteriori 6 mesi.**

Il testo integrale della Nota regionale, che ad ogni buon fine si allega alla presente, completa della Determina AIFA, è consultabile anche sul sito aziendale <http://intranet/> alla sezione **Documenti**, seguendo il percorso: **Area Gestione Servizio Farmaceutico – Normativa e Circolari – Regione Puglia.**

Certi di una Vs fattiva collaborazione per una capillare comunicazione agli operatori interessati, si inviano distinti saluti.

Il Direttore
Area Gest. Serv. Farmaceutico ASL LE
f.to Dott.ssa Caterina Montinari

FB/