

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



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

Prot. n. 36440

Palermo 10.05.2017

**Oggetto:** Piano Terapeutico per la prescrizione di medicinali a base di *desmopressina* (*Emosint*)

Ai Direttori Generali  
delle Aziende Sanitarie

Ai Servizi di Farmacia delle  
Aziende Sanitarie

A Federfarma Sicilia

Ad Assofarm  
SEDE

Al fine di armonizzare su tutto il territorio regionale le modalità prescrittive dei medicinali a base di desmopressina, classificati in A PHT ed erogati in Distribuzione Per Conto, è stato predisposto un apposito modello di Piano Terapeutico.

Pertanto, la prescrizione a carico del SSR di tali medicinali **deve essere effettuata esclusivamente sul modello di Piano Terapeutico (PT)**, che ad ogni buon fine si allega.

Appare utile ribadire che la suddetta prescrizione è riservata ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11 e s.m.i..

Le prescrizioni effettuate su modelli di PT antecedenti a quello di nuova introduzione, potranno essere accettate sino alla naturale scadenza degli stessi.

Si invitano le SS.LL. a darne ampia diffusione con particolare riferimento alle figure specialistiche interessate.

Il Dirigente del CREV  
Dr. Pasquale Catanzani

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

Il Responsabile del Servizio 7  
Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale  
Ing. Mario La Rocca

Mario La Rocca



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
**PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI DESMOPRESSINA (EMOSINT)**

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico di cui al D.A. n. 1766/11 e s.m.i. \_\_\_\_\_

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ASSISTITO:

PESO (KG):

CODICE FISCALE:

NATO A

IL

INDIRIZZO:

TEL.

ASP DI RESIDENZA

PROV.

REGIONE:

**Indicazioni terapeutiche:**

emofilia A ☐ moderata ☐ lieve ☐

Von Willebrand tipo I ☐

Preparazione ad interventi chirurgici di pazienti emofilici e con malattia di von Willebrand ☐

**terapia:**

desmopressina ☐

Dosaggio \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista della terapia \_\_\_\_\_

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico \_\_\_\_\_

Annotazioni \_\_\_\_\_

Data successivo controllo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Durata \_\_\_\_\_

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

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