



## Regione Lombardia

Giunta Regionale  
Direzione Generale Sanità

Data: 29.10.2007

Protocollo: H1.2007.0046121

### Ai Direttori Generali

- delle Aziende Sanitarie Locali
- delle Aziende Ospedaliere
- delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico

### Al Commissario Straordinario

- dell'IRCCS di diritto pubblico INRCA

### Ai Legali Rappresentanti

- degli IRCCS di diritto privato
- degli Ospedali Religiosi Classificati
- delle Case di Cura private accreditate

**LORO SEDI**

### Ai Presidenti degli Ordini

dei Medici e degli Odontoiatri della Lombardia

### Ai Presidenti degli Ordini

Provinciali dei Farmacisti della Lombardia

### Al Presidente di Federfarma Regionale

V.le Piceno 18  
20129 MILANO

### Al Presidente di Assofarm Lombardia

c/o Conferservizi  
Via Brembo 27  
20129 MILANO

### Al Segretario della FIMP Regionale

P.zza Duca D'Aosta 8  
20124 MILANO

### Al Segretario della FIMMG Regionale

Via Teodosio 33  
20131 MILANO

### Al Segretario dello SNAMI Regionale

Via Beatrice D'Este 10  
20122 MILANO



Al Segretario della CUMI Regionale  
20100 MILANO

Al Segretario del SUMAI Regionale  
Via Anguissola 2  
20146 MILANO

Al Segretario di Federazione Medici  
Via Pio II 3  
20153 MILANO

A SANTER S.p.A.  
Dir. Oper. Area Informatica  
Via Don Minzoni 24  
20158 MILANO

A Lombardia Informatica S.p.A.  
Via Don Minzoni 24  
20158 MILANO

**Oggetto: Nota regionale prot. H1.2007.0003600 del 24.1.2007 , avente per oggetto "Note AIFA 2006-2007 per l'uso appropriato dei farmaci - Determinazione AIFA del 4 gennaio 2007" - integrazione.**

A seguito dell'incontro del 25 settembre 2007 tra la scrivente e la Società Oftalmologica Italiana, Associazione dei Medici Oculisti Italiani (SOI AMOI) e dell'intesa intervenuta nello stesso incontro, le parti hanno condiviso che è compito fondamentale della Regione stabilire le modalità delle prescrizioni a carico del Servizio Sanitario Regionale, in via generale e in particolare quanto alla cosiddetta "Nota Aifa 78" aggiornata dalla stessa AIFA il 4.1.2007. La nota ha come principale intento quello di ottenere la massima qualità e appropriatezza delle terapie farmacologiche per la migliore tutela della salute visiva dei pazienti; nel caso particolare qualità e appropriatezza che si integrano nella tempestività e continuità della terapia farmacologia per la cura del glaucoma.

Inoltre la SOI AMOI si è impegnata a collaborare con la Direzione Generale Sanità per il monitoraggio e verifica della appropriatezza prescrittiva intesa come corretto dosaggio di farmaco prescritto e continuità temporale di adesione alla terapia (cosiddetta persistenza) dei pazienti.

Pertanto, si aggiorna quanto indicato nell'allegato 1, alla nota di cui all'oggetto nella parte riguardante la nota 78, individuando i medici oculisti specialisti come gli specialisti responsabili per la redazione del piano terapeutico affinché la prescrizione di detti farmaci possa essere a carico del SSR nel rispetto delle condizioni individuate dalla nota stessa. A fronte di questa modifica la SOI AMOI si impegna a diffondere e a promuovere tra i propri associati l'utilizzo di uno schema tipo di piano terapeutico, concordato con la DG Sanità e allegato alla presente nota, che dovrà riportare in chiaro il codice fiscale del medico prescrittore.

Cordiali saluti.

*Il Dirigente  
Luca Merlino*

All:1

## PIANO TERAPEUTICO

### Per prescrizione di colliri Ipotonizzanti in nota 78

Nome cognome del medico prescrittore \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

Paziente (nome, cognome) \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

sex M  F  codice fiscale n° \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_

DIAGNOSI:            Glaucoma             OS             OO

Motivazione clinica della prescrizione di farmaco in nota 78:

- Controindicazione al trattamento con betabloccante topico
- Inefficacia del trattamento con betabloccante topico
- Insufficienza del trattamento con betabloccante topico (PIO travet non raggiungibile in monoterapia)

#### FARMACI PRESCRITTI

1. _____	Posologia: _____
2. _____	Posologia: _____
3. _____	Posologia: _____

Durata del trattamento (massimo 1 anno) \_\_\_\_\_

Indicare se:

- Prima prescrizione
- Prosecuzione della cura (motivo: .....)

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

Timbro e firma del clinico prescrittore

Il timbro deve riportare nome, cognome, indirizzo completo di telefono e codice fiscale del medico prescrittore. Il piano terapeutico può essere redatto anche su carta intestata riportante tutti i dati utili alla rintracciabilità del medico prescrittore