



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

C.F./P. IVA 001151150867

Prot. n.

ENNA

Servizio Farmaceutico Territoriale

Distretto Enna

Ai Direttori di Distretto

Al Direttore UOC Assistenza Sanitaria di Base

Al Direttore UOC Assistenza Specialistica

Al Direttore Sanitario P.O. Umberto I Enna

A Federfarma Enna

Al Segretario della FIMMG

LORO SEDI

OGGETTO: Chiarimenti nota AIFA 97

A seguito delle numerose richieste di chiarimento pervenute presso il Servizio Farmaceutico Territoriale, a parziale integrazione e modifica di quanto indicato nel Disciplinare della DPC a pag. 11 (Nuovi Anticoagulanti orali (NAO) – NOTA 97) si riporta quanto segue.

I MMG dal 18/06/2020 (data dell'entrata in vigore della nota 97), come già noto, non possono più prorogare la validità dei PT relativi ai NAO con indicazione "prevenzione dell'ictus in pazienti affetti da FANV" apponendo timbro e firma sul PT in scadenza o scaduto. Per garantire la prosecuzione della terapia di un paziente già in trattamento, garantendo al contempo la raccolta di tutti i dati indispensabili per il monitoraggio, **i MMG possono compilare solamente la scheda di follow-up** (allegato 1 -sezione 2 della nota AIFA 97), dove sono stati introdotti il campo relativo al "farmaco prescritto" e quello in cui apporre il numero di confezioni (che si trasmette in allegato).

Per quanto concerne gli **Specialisti** autorizzati, questi **devono compilare solamente il PT web Based sia per i rinnovi che per i nuovi trattamenti** o, in alternativa, qualora fossero impossibilitati a stilare il suddetto PT, possono compilare le schede cartacee entrate in vigore con la nota 97.

Le SS.LL. in indirizzo sono invitate a dare ampia diffusione della presente nota a tutti i MMG e ai farmacisti convenzionati, la quale, per una maggiore fruibilità, sarà pubblicata sul sito www.aspenna.it nella sezione "Prescrizione farmaci".

Il Farmacista Dirigente

Dr.ssa Paola Greca

Il Direttore

U.O.C. Farmacia Territoriale

Dr. Calogero Russo

Allegato 1. Nota AIFA 97

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)

La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____ specialista in: _____

U.O. _____ Az. Sanitaria _____ libero professionista

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV

B e C risultato del bilancio fra rischio trombo-embolico e rischio emorragico: favorevole per:

Punteggio CHA2DS2-VASc _____

Rischio emorragico _____
Indicare eventuali fattori di rischio presenti

Creatinina (mg/dL) _____ VFG (mL/min) _____ Hb (g/dL) _____

D proposta di strategia terapeutica

AVK: Warfarin acenocumarolo target di INR: _____

dabigatran 150 mg x 2 /die 110 mg x 2/die _____
Motivare la riduzione della dose

apixaban 5 mg x 2/die 2,5 mg x 2 /die _____
Motivare la riduzione della dose

edoxaban 60 mg/die 30 mg /die _____
Motivare la riduzione della dose

rivaroxaban 20 mg /die 15 mg/die _____
Motivare la riduzione della dose

Data prevista per il Follow up: _____

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

_____ copia valida per n. _____ confezioni

Allegato 1. Nota AIFA 97

Sezione 2: scheda di follow-up

Medico prescrittore _____ Tel _____ specialista in: _____

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Da compilare a cura del paziente

Rispetto al precedente controllo:

L'assunzione del farmaco è stata: regolare irregolare _____
motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono comparse manifestazioni emorragiche? NO SÌ _____
se sì indicare quali

È stato/a ricoverato/a in ospedale? NO SÌ _____
se sì indicare i motivi

Sono state modificate le altre terapie in corso? NO SÌ _____
se sì indicare come

A cura del Medico prescrittore

farmaco prescritto _____

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? NO SÌ _____
se sì indicare quali e apporre il codice di segnalazione di sospetta ADR

Solo per NAO: Creatinina (mg/dL) _____ VFG (mL/min) _____ Altro: _____

Terapia confermata SÌ NO _____
Indicare le modifiche

Data prevista per il Follow up: _____

È opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

copia valida per n. _____ confezioni