

REPUBBLICA ITALIANA
Regione SicilianaASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 7 - FarmaceuticaProt. n. 34873Palermo 28.04.2014

Oggetto: D.A. n. 540/14 "Misure volte a promuovere l'utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia". Circolare esplicativa.

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

All'AIOP

Agli Ordini Provinciali dei Medici

A Federfarma

Ad Assofarm
LORO SEDICircolare n. 8 del 28 APR. 2014

Com'è noto, con il D.A. n. 3 dell'8 gennaio 2014 è stato approvato l'Accordo ed il Disciplinare tecnico tra l'Assessorato della Salute e Federfarma per la Distribuzione Per Conto dei farmaci inclusi nel PHT.

Con il D.A. n. 540/14 sono state determinate nuove misure volte a promuovere l'utilizzo dei farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia.

Pertanto, al fine di semplificare le modalità prescrittive, nelle more dell'attivazione dei piani terapeutici *on line*, nel caso di prescrizione ad un paziente *naive* di farmaci biologici originatori e biosimilari appartenenti alle categorie ATC B03XA, L03AA e H01AC01, i Medici potranno compilare unicamente il modello di piano terapeutico, opportunamente modificato e allegato (*allegati A, B e C*) alla presente nota, comprensivo del campo relativo alla motivazione a supporto della scelta della terapia a maggiore costo, in alternativa al piano terapeutico ed alla scheda allegata al D.A. n. 540/14.

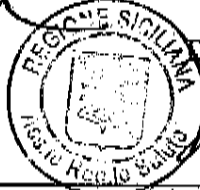
La suddetta scheda o il modello di piano terapeutico modificato, devono essere allegati alla ricetta SSN ai fini della dispensazione.

Il Farmacista all'atto della dispensazione di tali medicinali, laddove il piano terapeutico riporti biffata la dicitura "*prima prescrizione*" (*paziente naive*), avrà cura di verificare l'avvenuta compilazione del campo "*prescrizione di terapia a maggior costo*".

Relativamente alla verifica del costo-terapia, si precisa che lo stesso deve essere calcolato confrontando i costi/DDD.

La presente circolare, completa dei relativi allegati, è scaricabile dal sito istituzionale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana.

Si chiede di dare ampia diffusione della presente nota a tutti i Sanitari interessati.

Il Responsabile del Servizio
Dr. Antonio PrestiIl Dirigente Generale del
Dipartimento Pianificazione Strategica
Dr. Salvatore Sammartano

ALLEGATO A

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana


 ASSESSORATO DELLA SALUTE
 MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
 PRESCRIZIONE DI ERITROPOIETINE (ex 12)
Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata⁽¹⁾

Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____

Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ Tel _____

ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____

La prescrizione di eritropoietina, originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

_____ Trattamento dell'anemia (Hb <11 g/dl e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dl) associata ad IRC in pazienti adulti e in soggetti pediatrici* sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo. **Principi attivi:** eritropoietina alfa, eritropoietina alfa biosimilare, eritropoietina beta, darbepoetina alfa, eritropoietina zeta (o alfa biosimilare).

(*) Per darbepoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo per pazienti con età > 11 anni

_____ Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dL) associata ad IRC in pazienti adulti. **Principi attivi:** Metossipolietileglicole-eritropoietina beta

_____ Trattamento dell'anemia (Hb <10 g/dL) in pazienti adulti oncologici che ricevono chemioterapia antitumorale; in caso di Hb <8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione. **Principi attivi:** eritropoietina alfa, eritropoietina alfa biosimilare, eritropoietina beta, darbepoetina alfa, eritropoietina zeta (o alfa biosimilare).

_____ Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo nell'ambito di programmi di predonazione con le limitazioni previste in scheda tecnica. **Principi attivi:** eritropoietina alfa, eritropoietina alfa biosimilare, eritropoietina beta, eritropoietina zeta (o alfa biosimilare).

Farmaco prescritto:Eritropoietina alfa (Eprex) Eritropoietina beta (NeoRecormon) Eritropoietina alfa biosimilare (Binocrit) Darbepoetina alfa (Aranesp) Eritropoietina zeta (alfa biosimilare Retacrit) Metossipolietileglicole-eritropoietina beta (Mircera)

Dosaggio e posologia: _____ Durata prevista del trattamento: _____

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

PRESCRIZIONE DI TERAPIA A MAGGIOR COSTO SI NO

SE SI, MOTIVAZIONE: _____

Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo _____

Data _____

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Copia valida per N. _____ confezioni

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

ALLEGATO B

REPUBBLICA ITALIANA
Regione SicilianaASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
PRESCRIZIONE DI FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI (ex nota 30 e 30bis)

| | | |
|--|-----------------------|---|
| Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata ⁽¹⁾ | | |
| Medico prescrittore _____ | Tel _____ | e-mail _____ |
| Nome e Cognome dell'assistito _____ | | Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Cod. Fiscale _____ | Data di nascita _____ | |
| Indirizzo _____ | | Tel _____ |
| ASP di residenza _____ | Prov. _____ | Regione _____ |

La prescrizione di fattori di crescita granulocitari è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

Trattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia
(filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim)

Neutropenia congenita
(filgrastim)

Trapianto di midollo osseo
(filgrastim, lenograstim)

Mobilizzazione di cellule staminali periferiche
(filgrastim, lenograstim)

Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenuzzante
(filgrastim)

Farmaco prescritto:

| | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Filgrastim | <input type="checkbox"/> Filgrastim biosimilare | <input type="checkbox"/> Lenograstim | <input type="checkbox"/> Pegfilgrastim |
| Dosaggio e posologia: _____ | | Durata prevista del trattamento: _____ | |
| Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____ | | | |
| PRESCRIZIONE DI TERAPIA A MAGGIOR COSTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| SE SI, MOTIVAZIONE: _____ | | | |
| _____ | | | |
| Prima prescrizione <input type="checkbox"/> | | Prosecuzione del trattamento <input type="checkbox"/> | |
| Data successivo controllo _____ | | | |
| Data _____ | | Timbro e firma in originale del Medico prescrittore | |
| Copia valida per N. ___ confezioni | | | |

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

ALLEGATO C

REPUBBLICA ITALIANA
Regione SicilianaASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
PRESCRIZIONE DI ORMONE SOMATOTROPOAzienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata ⁽¹⁾

Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____

Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ Tel _____

ASP di residenza _____ Prov _____ Regione _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco:

Parametri clinico – auxologici e di laboratorio (ove previsto dalla nota 39): _____

Formulata da⁽¹⁾ _____

Farmaco prescritto : _____ Nota AIFA 39

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____ Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

PRESCRIZIONE DI TERAPIA A MAGGIOR COSTO SI NO

SE SI, MOTIVAZIONE: _____

Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo _____

Data _____

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Copia valida per N. _____ confezioni

1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore