

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



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

Oggetto: D.A. n. 540/14 “Misure volte a promuovere l’utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia” – **Modifica del Modello di Piano Terapeutico per la prescrizione di GCSF**

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

All’AIOP

Agli Ordini Provinciali dei Medici

A Federfarma

Ad Assofarm

LORO SEDI

Circolare n. 14 del 06.10.2017

Con l’allegato B della circolare n. 8 del 28 aprile 2014 sono state fornite indicazioni in merito alle modalità applicative del D.A. 540/14 relativo a nuove misure volte a promuovere l’utilizzo dei farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia, per i G-CSF.

Successivamente, a seguito dell’inserimento in PTORS del principio attivo *lipegfilgrastim* nella seduta del 14 aprile 2015, con la circolare n. 7 del 30 giugno 2015 è stato aggiornato il modello di piano terapeutico (PT), con l’inserimento della suddetta molecola, 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.

Recentemente, sono state rilevate alcune criticità inerenti le dispensazioni da effettuare in presenza di un PT e di una ricetta SSN indicanti il solo principio attivo *filgrastim biosimilare* in prosecuzione di terapia.

In particolare, nella situazione sopra descritta, è stato evidenziato che il Farmacista non è in condizione di poter garantire la continuità terapeutica, causando in tal modo fortuiti *switch* di terapia.

Pertanto, per le motivazioni sopra esposte, si allega alla presente il modello di PT, opportunamente modificato con l’indicazione della specialità medicinale accanto al principio attivo.

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

Si ribadisce altresì che la prescrizione dei medicinali c.d. GCSF deve essere effettuata in ottemperanza a quanto disposto dal D.A. n. 540/14, e che il modello di PT aggiornato deve essere allegato alla ricetta SSN ai fini della dispensazione.

La presente circolare, completa del relativo allegato, 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 Dirigente del CRFV

Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile dell’U.O. 7.1

D.ssa Claudia La Cava

Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale

Avv. Ignazio Tozzo



ASSESSORATO 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<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

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 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, lipegfilgrastim)

**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 neutropenizzante**  
(filgrastim)

**Farmaco prescritto:**

filgrastim	filgrastim biosimilare	lenograstim	pegfilgrastim	lipegfilgrastim
<input type="checkbox"/> Granulokine	<input type="checkbox"/> Accofil <input type="checkbox"/> Nivestim <input type="checkbox"/> Tevagrastim <input type="checkbox"/> Zarzio	<input type="checkbox"/> Myelostim	<input type="checkbox"/> Neulasta	<input type="checkbox"/> Lonquex

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.