

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n. 53655

Palermo 30.06.2015

Oggetto: D.A. n. 540/14 "Misure volte a promuovere l'utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia" - Aggiornamento 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. 7 del 30.06.2015

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.

La Commissione PTORS nella seduta del 14 aprile 2015 ha stabilito di inserire in Prontuario il principio attivo lipegfilgrastim.

Pertanto, si allega alla presente il modello di piano terapeutico, opportunamente aggiornato 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.

La suddetta scheda o il modello di piano terapeutico aggiornato, devono essere allegati 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.

I Dirigenti del CRFV

Dr. Pasquale Cananzi

Dr.ssa Daniela C. Vitale

Il Responsabile *ad interim* del Servizio 7

Dr.ssa Antonella Di Stefano

Il Dirigente Generale

Dr. Gaetano Chiaro





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 ⁽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 _____		

<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia (filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim, lipegfilgrastim) <input type="checkbox"/> Neutropenia congenita (filgrastim) <input type="checkbox"/> Trapianto di midollo osseo (filgrastim, lenograstim) <input type="checkbox"/> Mobilizzazione di cellule staminali periferiche (filgrastim, lenograstim) <input type="checkbox"/> Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante (filgrastim)

Farmaco prescritto:

<input type="checkbox"/> Filgrastim <input type="checkbox"/> Filgrastim biosimilare <input type="checkbox"/> Lenograstim <input type="checkbox"/> Pegfilgrastim <input type="checkbox"/> Lipegfilgrastim	
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.