

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 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

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.