

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot 37244 del 05.05.2017

Oggetto: Modalità prescrittive dei medicinali a base di principi attivi appartenenti alla classe ATC IV A10AE

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie
Agli Ordini Provinciali dei Medici
All'AIOP
A Federfarma Sicilia
Ad Assofarm
Al RUP della Gara Regionale Farmaci
LORO SEDI

Com'è noto, con il D.A. n. 540/14 sono state determinate misure volte a promuovere l'utilizzo dei farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia.

Il suddetto Decreto dispone che nel caso di prescrizione ad un paziente *naive* di farmaci biologici originatori e biosimilari, i Medici devono riportare, nella scheda allegata al provvedimento, la motivazione a supporto della scelta della terapia a maggiore costo (riferito al costo/DDD). Tale scheda, che si acclude alla presente nota, **deve essere allegata alla ricetta SSN ai fini della dispensazione.**

Con la nota prot. n. 23757 del 9 marzo 2016, successivamente modificata in riferimento alle modalità operative, è stato disposto che la prescrizione di farmaci appartenenti alla categoria ATC A10AE, deve essere effettuata in ottemperanza a quanto previsto dal sopra citato provvedimento.

La compilazione della scheda deve essere effettuata sia per i nuovi pazienti sia per quelli già in trattamento, ad eccezione del caso in cui sia stata prescritta la specialità medicinale a più basso costo.

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

Inoltre, si ribadisce che il prescrittore, nel caso in cui ha biffato il campo "*Prosecuzione del Trattamento*", non dovrà apporre la motivazione.

Le AA.SS.PP. avranno cura di comunicare tempestivamente a tutti gli interessati la specialità medicinale avente il costo/DDD più basso, per la quale non deve essere compilata la scheda sopra citata, nonché di effettuare un attento monitoraggio del rispetto degli adempimenti disposti.

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

Il Dirigente del CRFV

Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile dell'U.O. 7.1

D.ssa Claudia La Cavera

Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Antonio Lo Presti

**SCHEMA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O BIOSIMILARE
A MAGGIORE COSTO**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____

E-Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto _____

Prima prescrizione

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Prosecuzione del Trattamento *

**(in caso di prosecuzione del trattamento non è necessaria la motivazione)*

Durata prevista per il trattamento _____

MMG PLS Reparto D.H. Ambulatorio

Data

Firma e timbro Medico prescrittore