

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



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

Prot. n. 42374

Palermo, 27.09.2021

**Oggetto: Aggiornamento n. 63 del Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della Regione Sicilia  
– Integrazione**

**Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie**

**Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie**

**All'AIOP**

**A Federfarma Sicilia**

**e p.c. Al Referente Tecnico della C.U.C.  
LORO SEDI**

Nelle more della predisposizione del provvedimento di aggiornamento del PTORS, dopo aver esaminato la documentazione pervenuta a supporto dei farmaci candidati all'inserimento nel PTORS ed effettuato il controllo circa la valenza economica ed organizzativa degli stessi ai sensi del D.A. 1733/19 art. 2, si stabilisce quanto segue:

ATC	Principio attivo	
L01XC12	Brentuximab	Vengono approvate le seguenti estensioni delle indicazioni: <ul style="list-style-type: none"><li>• “In combinazione con doxorubicina, vinblastina e dacarbazina (AVD) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+ in Stadio IV non candidabili a trattamento con bleomicina”;</li><li>• “In combinazione con ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone (CHP) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico (SALCL)”</li></ul> Registro AIFA. Per l'indicazione <b>linfoma di Hodgkin</b> prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.; per l'indicazione <b>linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico</b> prescrizione da parte dei seguenti Centri delle malattie rare di cui al D.A. 2199/2018: Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU "Policlinico "G. Rodolico - San Marco" di Catania e UO di Ematologia II dell'AOOR "Villa Sofia - Cervello" di Palermo.

A parziale modifica di quanto stabilito con la nota prot. n. 41534 del 21/09/2021 – Aggiornamento n. 63 del PTORS si specifica che la prescrizione dei pp.aa. **ciclosilicato di sodio** e **zirconio e patiromer** è limitata ai Centri di Medicina Interna e Nefrologia di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e, limitatamente

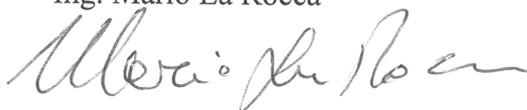
all'indicazione scompenso cardiaco, alle UU.OO. di Cardiologia delle Aziende Sanitarie. Si specifica che, per i pazienti in dialisi, l'uso del patiomer non è rimborsato dal SSN.

La prescrizione dei suddetti medicinale deve essere effettuata sul modello di PT allegato alla presente che sostituisce quello di cui alla nota prot. n. 41534/21.

*Si ribadisce che, ai sensi di quanto disposto nell'allegato al DA 1611 del 25 luglio 2019, l'inserimento in PTORS dei suddetti medicinali è subordinato all'assegnazione del Codice Identificativo Gara da parte della Centrale Unica di Committenza.*

Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca



Mario La Rocca



REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

**Piano Terapeutico per la prescrizione delle specialità medicinali VELTASSA® (patiromer) e  
LOKELMA® (sodio zirconio ciclosilicato)**

*Prescrizione da parte dei Centri di Medicina Interna e Nefrologia di cui all'allegato 1 del DA  
1766/11 e s.m.i. e, limitatamente all'indicazione scompenso cardiaco, alle UU.OO. di Cardiologia  
delle Aziende Sanitarie*

**Indicazione terapeutica:** trattamento dell'iperkaliemia negli adulti.

***La rimborsabilità è limitata al trattamento dei pazienti adulti con Iperkaliemia persistente  
(livello di potassiemia >5.5mmol/L) in pazienti con risposta insufficiente o controindicazione  
alle resine (calcio polistirene sulfonato/sodio polistirene sulfonato).***

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (Cognome, Nome) _____
Telefono _____ e-mail _____

Paziente (Cognome, Nome) _____
Data di nascita ___/___/___ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Comune di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Telefono _____
ASL di residenza _____ Provincia _____ Regione _____
Medico di medicina generale _____

<b>CRITERI DI ELEGGIBILITÀ AL TRATTAMENTO</b> (devono essere soddisfatti entrambi i punti 1 e 2)
<b>1) Diagnosi:</b> Iperkaliemia persistente (livello di potassiemia >5.5mmol/L) in pazienti con risposta insufficiente o controindicazione alle resine (calcio polistirene sulfonato/sodio polistirene sulfonato).
<b>2) Almeno una delle seguenti condizioni</b> (possibilità di scelta multipla):
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale: stadio 3b-CKD in pazienti <b>con</b> concomitante terapia con RAASi
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale: stadio 4 o 5-CKD <b>non in dialisi</b> , in pazienti <b>con o senza</b> concomitante terapia con RAASi
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale: stadio 5-CKD <b>in dialisi</b> (solo per sodio zirconio ciclosilicato)
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco (frazione di eiezione ≤40%) in pazienti <b>con</b> concomitante terapia con RAASi in dose giudicata subottimale.

**FARMACO PRESCRITTO**

VELTASSA (patiromer)

**Pazienti NON in dialisi\***

8,4 g       16,8 g

(\*nei pazienti in dialisi l'uso di Veltassa non è rimborsato)

**Posologia di correzione(1)** \_\_\_\_\_

**Posologia di mantenimento(1)** \_\_\_\_\_

LOKELMA (sodio zirconio ciclosilicato)

1. **Pazienti NON in dialisi:**     5 g       10 g

2. **Pazienti in dialisi:**       5 g (trattamento nei giorni di non-dialisi)

**Posologia di correzione(1)** \_\_\_\_\_

**Posologia di mantenimento(1)** \_\_\_\_\_

prima prescrizione     prosecuzione del trattamento

**Validità del presente piano terapeutico (massimo 6 mesi) (2):** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Timbro e Firma del Medico**

**Timbro e Firma del centro**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(1) Fare riferimento al paragrafo 4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

(2) E' opportuno che durante una terapia a lungo termine con chelanti orali del K<sup>+</sup>, vengano periodicamente controllati i valori ematici di K, Ca e Mg.