

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n. 38P23

Palermo, 18.08.2022

Oggetto: Aggiornamento n. 73 del Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della Regione Sicilia

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:

L01FX17	Sacituzumab govitecan <i>(medicinale innovativo con accesso al fondo farmaci innovativi oncologici)</i>	Inserito in PTORS <i>“per il trattamento in monoterapia di pazienti adulti con cancro della mammella triplo negativo metastatico o non resecabile (metastatic triple-negative breastcancer, mTNBC) che abbiano ricevuto in precedenza almeno due terapie sistemiche, almeno una delle quali per la malattia avanzata”</i> . Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione con l'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, nel rispetto delle procedure stabilite con il D.A. 686/18.
L01EX22	Selpercatinib	Inserito in PTORS come monoterapia per il trattamento di adulti con: <ul style="list-style-type: none">• <i>“cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato RET fusione – positivo che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino;</i>• <i>cancro della tiroide avanzato RET fusione-positivo che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con sorafenib e/o lenvatinib”</i>. Trattamento in monoterapia di adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni con:

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>“cancro midollare della tiroide (MTC) avanzato con mutazione di RET che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con cabozantinib e/o vandetanib”.</i> <p>Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione con l'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.</p>
D11AH07	Tralokinumab	<p>Inserito in PTORS per il <i>“trattamento, in combinazione con i corticosteroidi topici, di pazienti adulti con dermatite atopica grave (punteggio EASI \geq 24) che sono candidati alla terapia sistemica e per i quali il trattamento con ciclosporina risulta essere controindicato, inefficace o non tollerato”.</i></p> <p>Prescrizione su scheda cartacea AIFA, allegata alla presente, da parte dei Centri già individuati per il p.a. dupilumab, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato alla Salute. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.</p>

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 (CIG) da parte della Centrale Unica di Committenza.

Si dispone altresì che per i farmaci erogati in DPC l'inserimento in PTORS è subordinato all'assegnazione del CIG dall'ASP Capofila.

Per il Dirigente Generale

Dr.ssa Tatiana Agelao

(giusta delega prot. n. 37843 del 05/08/2022)

Tatiana Agelao

Prescrizione

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>	
Farmaco	Posologia	Durata
ADTRALZA 150 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - siringa pre-riempita (vetro) 1 ml (150 mg/ml) - 4 (2 x 2) siringhe pre-riempite (confezione multipla) - Nr di AIC 049573025	La dose raccomandata di tralokinumab per i pazienti adulti è una dose iniziale di 600 mg (quattro iniezioni da 150 mg) seguita da 300 mg (due iniezioni da 150 mg) somministrata ogni due settimane come iniezione sottocutanea.	
eventuali avvertenze d'uso (es. periodi di rivalutazione del trattamento al fine della sospensione/prosecuzione della terapia ecc.)		

Validità del Piano terapeutico: (massimo 12 mesi)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
