



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
INTEGRATA - VERONA



Sacro Cuore
Don Calabria
Ospedale
Sacro Cuore Don Calabria
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO - REGIONE VENETO

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA



DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA E FARMACIA

SERVIZIO DI FARMACIA – *Direttore f.f.: Dott.ssa Paola Marini*

COMMISSIONE TERAPEUTICA SOVRAZIENDALE - UFFICIO DI SEGRETERIA – *Responsabile: Dott.ssa Chiara Alberti*

Borgo Roma – P.le L. Scuro,10 - 37134 Verona - Tel. 045 8124010 - Fax 045 8124090

e-mail : segreteria.ctav@aovr.veneto.it

Prot. n. 62199 del 7 novembre 2019

Ai componenti CTS e Segreteria scientifica CTS

Alla Direzione Sanitaria

Alle Dirigenze Mediche

A tutti i Farmacisti

Al Provveditorato

Al Controllo di Gestione

A tutti i Primari/Direttori di Clinica

A tutte/i le/i Caposala

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

Oggetto: Decisioni Commissione Terapeutica Sovraziendale riunione del 26/09/2019

Si invia la sintesi degli aggiornamenti del Prontuario sovraziendale ai fini della diffusione ai Sanitari delle rispettive ASL/AOUI, secondo quanto deciso dalla CTS nella riunione del 26/09/2019

Sospesi da precedente seduta:

Procedura aziendale per l'utilizzo del farmaco Sufentanyl sublinguale (Zalviso®) per la terapia del dolore postoperatorio (richiesta Anestesia e rianimazione AOUI Verona).

Viene presentata l'istruzione operativa (IU 304210 Rev.0) predisposta dalla UOC Anestesia e rianimazione "Sistema Zalviso: modalità gestionali" che è stata predisposta sulla base delle richieste formulate dalla CTS ossia riportando le caratteristiche del sistema, le modalità di richiesta del farmaco e dei dispositivi medici, il numero dei pazienti che verranno trattati e le modalità di gestione del farmaco e relativi device in reparto.

La CTS, per quanto concerne gli aspetti di propria competenza, vista la procedura aziendale predisposta, esprime parere positivo all'inserimento in prontuario del farmaco, demandando ai Servizi preposti le procedure di acquisizione delle apparecchiature e dei device per l'utilizzo del farmaco stesso.

Nuovi inserimenti:

Principio attivo	Specialità	UU.OO richiedenti	Parere CTS	Nota
Bictegravir/ Emtricitabina/ Tenofovir Alafenamide Fumarato	BIKTARVY®	UOC Malattie Infettive – AOUI Verona.	Inserito	--

Commenti:

si tratta di un'associazione di farmaci antiretrovirali coformulata che si va ad affiancare ad altre associazioni già commercializzate e viene richiesto per favorire l'aderenza alla terapia. L'associazione ha dimostrato la non inferiorità rispetto a dolutegravir/abacavir/lamivudina sia nei pazienti naive, sia nel mantenere la soppressione della carica virale nei pazienti già trattati. Rispetto a tale alternativa il farmaco presenta un costo di poco inferiore. La Commissione esprime parere positivo all'inserimento.

INSERITO

Principio attivo	Specialità	UU.OO richiedenti	Parere CTS	Nota
Diazossido	PROGLICEM®	UOC Pediatria – AOUI Verona.	Inserito	--

Commenti:

Si tratta di un farmaco di vecchia commercializzazione registrato per il trattamento dell'ipoglicemia sintomatica da iperinsulinismo di diversa etiologia e richiesto dalla UOC di Pediatria per affiancarsi alle alternative in quanto si tratta dell'unico farmaco per via orale. Il farmaco è classificato in fascia A per esclusivo uso di enti ospedalieri e case di cura e, a dimissione avvenuta, su indicazione ospedaliera, con un costo annuo di circa 120 euro. Le linee guida per il trattamento di tale patologia lo riportano tra i trattamenti di scelta quindi la Commissione esprime parere positivo all'inserimento.

INSERITO

Aggiornamento Centri Regionali Autorizzati:

Aggiornamento prescrizione in ambito ambulatoriale del Carbossimaltosio ferrico (Ferinject®): viene richiesto dalla UOC Malattie Infettive – AOUI Verona di poter prescrivere in ambito ambulatoriale, come altre UOC già autorizzate, il farmaco carbossimaltosio ferrico per trattamento di anemia cronica in pazienti HIV positivi. La Commissione approva.

Aggiornamenti su Decreti/Delibere Regionali: Si ratifica l'inserimento in PTO dei farmaci oggetto di Decreto Regionale:

Nella lista dei centri autorizzati vengono riportati i soli centri della Provincia di Verona, qualora indicati specificamente nel Decreto Regionale, o viceversa l'indicazione delle UOC autorizzate.

Principio attivo	Specialità	Sintesi indicazione	Via somm.	Decreto regionale	Registro AIFA/Scheda Regionale	Centri Autorizzati Provincia Verona se specificato
Pembrolizumab	KEYTRUDA	Prima linea k polmone non a piccole cellule	ev	n.68 del 08/07/2019	Registro AIFA	Raccomandazione gruppo farmaci oncologici innovativi
Atezolizumab Nivolumab Pembrolizumab Nintedanib	TECENTRIQ OPDIVO KEYTRUDA VERGATEF	k polmone non a piccole cellule linee successive alla prima	ev/os	n.69 del 08/07/2019	Registro AIFA	Raccomandazione gruppo farmaci oncologici innovativi
Palbociclib Ribociclib	IBRANCE KISQALI	K mammella HR+ e HER2-	os	n.70 del 08/07/2019	Registro AIFA	Raccomandazione gruppo farmaci oncologici innovativi
Gemtuzumab Ozogamicina	MYLOTARG	leucemia mieloide acuta (LMA) CD33-positiva de novo, precedentemente non trattata, ad eccezione della leucemia promielocitica acuta (LPA).	ev	n.73 del 10/07/2019	Registro AIFA	UOC Ematologia-AOUI Verona UOC Oncoematologia Pediatrica- AOUI Verona
Lutezio 177Lu Oxodotretotide	LUTATHERA	tumori neuroendocrini gastroenteropancreatici (NET-GEP) ben differenziati (G1 e G2), progressivi, non asportabili o metastatici, positivi ai recettori per la somatostatina	ev	n.74 del 10/07/2019	Registro AIFA	UOC Oncologia-AOUI Verona – UOC Oncologia IRCCS Sacro Cuore - Negrar

Daunorubicina/ Citarabina	VYXEOS	nuova diagnosi di leucemia mieloide acuta correlata a terapia (t-AML) o AML con alterazioni correlate a mielodisplasia (AML-MRC).	ev	n.79 del 22/07/2019	Registro AIFA	UOC Ematologia- AOUI Verona
Sonidegib	ODOMZO	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma basocellulare (BCC) in stadio localmente avanzato che non sono suscettibili di intervento chirurgico curativo o radioterapia	os	n.80 del 22/07/2019	Registro AIFA	UOC Oncologia Medica, UOC Dermatologia- AOUI Verona
Ustekinumab Canakinumab Adalimumab Guselkumab Brodalumab	STELARA ILARIS HUMIRA TREMIFYA KYNTHHEUM	Patologie di ambito reumatologico, gastroenterologico, dermatologico	sc	n.92 del 07/08/2019	Registro AIFA o Registro regionale o Registro malattie rare	Aggiornamento Centri autorizzati
Cabozantinib	COMETRIQ	Carcinoma midollare della tiroide in progressione, non asportabile chirurgicamente, localmente avanzato o metastatico	os	n.93 del 07/08/2019	Registro AIFA	UOC Oncologia- AOUI Verona
Semaglutide	OZEMPIC	diabete mellito tipo 2 non adeguatamente controllato in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico in monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni o in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete.	sc	n.94 del 07/08/2019	PT AIFA	UOC già autorizzate alla prescrizione degli antidiabetici ai sensi della DGR n. 1451/2018
Olaparib	LYNPARZA	mantenimento in monoterapia di recidiva platino-sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma alle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primario, BRCA-mutato che rispondono (alla chemioterapia a base di platino	os	n.96 del 04/09/2019	--	Centri già autorizzati per Olaparib cps 50 mg

La CTS, considerate le indicazioni regionali sulla prescrizione di tali farmaci e i relativi centri regionali autorizzati, ne ratifica l'inserimento in prontuario.

La CTS specifica che, per i farmaci per i quali ha espresso parere positivo all'inserimento e per i farmaci relativi ai decreti regionali di cui viene ratificato l'inserimento in prontuario, le UUOO devono verificare se la spesa rientra nel budget assegnato per il 2019 o, viceversa fare domanda di adeguamento del budget.

Vengono, inoltre recepiti i seguenti decreti e le relative schede di prescrizione:

Decreto Direttore Generale n. 77 del 22/07/2019: Adozione delle schede prescrittive per i farmaci Eliglustat (Cerdelga®), Imiglucerasi (Cerezyme®), Velaglucerasi (Vprov®) indicati per il trattamento di pazienti con malattia di Gaucher e per i farmaci Agalsidasi Alfa (Replagal®), Migalastat (Galafold®), Agalsidasi Beta (Fabrazyme®) indicati per il trattamento di pazienti con malattia di Fabry.

Decreto Direttore Generale n. 78 del 22/07/2019: Recepimento di integrazioni al contenuto delle schede cartacee di appropriatezza prescrittiva dei seguenti farmaci utilizzati per le infezioni batteriche: Zavicefta (determina AIFA n. 10/2018), Zebraxa (determina AIFA n. 1219/2016); Zinplava (determina AIFA n. 977/2018), Xydalba (determina AIFA n. 714/2016) e Sivextro (determina AIFA n. 842/2017), disponibili sul portale aziendale AOUI Verona nel Prontuario TERAP.

Cordialmente

L'Ufficio di Segreteria della CTS
Dott.ssa Chiara Alberti

Documento firmato digitalmente e archiviato nel rispetto della normativa vigente