



REGIONE VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA
ISTITUTI OSPITALIERI DI VERONA



REGIONE VENETO

**AZIENDA
U.L.S.S. 21**

COMMISSIONE TERAPEUTICA INTERAZIENDALE

UFFICIO DI SEGRETERIA – Servizio di Farmacia Azienda Ospedaliera di Verona
Orario: Martedì e Giovedì ore 11.00 – 13.00 ☎ 0458123476 ☎ 0458122031 e-mail: segreteria.cti@azosp.vr.it
Sito web : <http://www.sfm.univr.it/Farmacia>
UNITA' OPERATIVA CON SISTEMA QUALITA' UNI EN ISO 9001:2000 Certificato n. 194114

Prot. 57865

Data 23/12/09

Alla Direzione Sanitaria
Alle Dirigenze Mediche
A tutti i Farmacisti
Ai Membri della CTI
Al Provveditorato
Al Controllo di Gestione
A tutti i Primari/Direttori di Clinica
A tutte/i le/i Caposala
Azienda Ospedaliera di Verona/Azienda Ulss 21

Oggetto: Decisioni Commissione Terapeutica Interaziendale riunioni 19/10/2009 e 10/11/2009

Si comunicano le decisioni assunte in data 19.10.2009 e 10.11.2009 dalla Commissione Terapeutica Interaziendale, relativamente alle richieste di inserimento di principi attivi in Prontuario.

AGGIORNAMENTO DEL PRONTUARIO

Decisioni Commissione PTORV: riunioni 27/05 e 03/07

INSERIMENTO DI NUOVE MOLECOLE

PRINCIPIO ATTIVO	DOSE E FORMA FARMACEUTICA	CATEGORIA TERAPEUTICA	DECISIONE CTI
Lapatinib (TYVERB®)	70 CPR RIV 250MG	L01XE07	Farmaco Inserito Scheda AIFA. Payment by results. Il Servizio di Farmacia erogherà il farmaco solo dopo verifica della presenza della scheda di monitoraggio AIFA
Talidomide (THALIDOMIDE CELGENE®)	28 CPS 50MG	L04AX02	Farmaco Inserito Scheda AIFA. Programma gestione rischio. Il Servizio di Farmacia erogherà il farmaco solo dopo verifica della presenza della scheda di monitoraggio AIFA

Commenti:**Lapatinib:**

La Commissione approva l'inserimento di Lapatinib. Tale farmaco è soggetto a "payment by results" quindi, per i pazienti che non rispondono al trattamento nelle prime 12 settimane, è previsto il completo rimborso del farmaco alla chiusura della scheda. La Farmacia deve sollecitare i clinici, che in caso di progressione di malattia a 12 settimane di trattamento, chiudano la scheda per poter così richiedere il rimborso. Nel caso in cui il Farmacista si accorga che a distanza di 12 settimane dall'inizio della terapia, questa non prosegue, deve contattare il clinico per valutare se chiedere la chiusura della scheda per progressione.

INSERITO CON COMPILAZIONE SCHEDA DI MONITORAGGIO AIFA: Payment By results: Rimborso 100% per pazienti non responders dopo 12 settimane di trattamento con chiusura scheda monitoraggio.

Talidomide:

La Commissione decide di inserire il farmaco Talidomide in PTI per l'indicazione approvata. La Ditta Celgene ha comunicato che hanno avviato un programma di Accesso Allargato, della durata di un anno, relativo all'uso di Thalidomide Celgene in alcune indicazioni del Mieloma Multiplo non coperte dall'Autorizzazione all'Immissione in Commercio. Tale programma è disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute dell'8 maggio 2003 e dalla legge n° 94 del 1998. Con questo programma, aderendo ad uno specifico protocollo e previa autorizzazione del Comitato Etico, sarà possibile prescrivere Thalidomide Celgene nei seguenti casi:

- induzione al trapianto di midollo
- consolidamento/mantenimento dello stesso
- trattamento di salvataggio di pazienti che non possono più essere trattati con farmaci approvati per la seconda linea e successive
- continuità terapeutica per coloro già in trattamento da un mese al 1 settembre 2009

La fornitura del farmaco sarà gratuita. Il prezzo medio ponderato del farmaco (PMP), pertanto, subirà delle riduzioni, sulla base delle forniture a costo zero del prodotto. Tale prezzo medio ponderato sarà il prezzo con cui il farmaco verrà posto in mobilità sanitaria, indipendentemente dall'indicazione per la quale il paziente viene trattato.

La Commissione decide di inserire il farmaco in PTI per l'indicazione registrata, ricordando che Thalidomide Celgene è sottoposto ad un Programma di Gestione del Rischio sia per le indicazioni registrate che per quelle non registrate.

INSERITO CON COMPILAZIONE SCHEDA DI MONITORAGGIO AIFA (per le indicazioni registrate). PROGRAMMA DI GESTIONE DEL RISCHIO (per tutti i pazienti trattati).

NON INSERIMENTO

Lovastatina	CPR 20MG, CPR 40MG	C10AA02	Farmaco non inserito
Olmesartan	28 CPR 10MG, 20MG, 40MG	C09CA08	Farmaco non inserito

Commenti:**Lovastatina:**

La Commissione, considerato che in PTO sono già presenti due statine come da indicazioni PTORV, decide di non inserire il farmaco in PTO in sostituzione di uno dei principi attivi. La nota PTORV, modificata in data 27 maggio 2009 in merito alle Statine, riporta che *"Premesso che l'obiettivo da raggiungere, onde ottenere una prevenzione, sia primaria che secondaria, efficace, è la riduzione del colesterolo LDL sino a valori < 130, <100, <70 mg/dl, a seconda del rischio cardiovascolare del paziente, la Commissione Regionale ritiene che le singole C.T. possano scegliere:*

- una statina a minor potenza (simvastatina, provastatina, fluvastatina, lovastatina), tra quelle a più basso costo (preferibilmente tra i generici e, ove necessario,
- una seconda statina, tra quelle a maggior effetto riducente le LDL (atorvastatina e rosuvastatina), che consenta, a più basso dosaggio e con minori effetti collaterali, di raggiungere i livelli di LDL di target.

La scelta dell'associazione Simvastatina + ezetimibe va riservata su richiesta motivata a coloro che non rispondono alla sola statina anche a dosi elevate".

In PTO sono già presenti Simvastatina come statina a minor potenza, di cui è disponibile anche il generico ed Atorvastatina come statina a maggior effetto riducente le LDL.

Olmesartan:

La Commissione considerato che in PTO sono già presenti tre sartani, decide di non inserire il farmaco in PTO in sostituzione di uno dei principi attivi. La Commissione Regionale per il PTORV aveva indicato che "le singole C.T. ne scelgano non più di due, di cui almeno uno con indicazione anche per lo scompenso cardiaco cronico, sulla base delle indicazioni registrate, della documentazione scientifica disponibile e del costo per DDD o PDD". La CTI, per venire incontro alle esigenze dei clinici utilizzatori, secondo quanto proposto dal gruppo di lavoro per la valutazione dei farmaci cardiovascolari, ha già inserito in PTO tre Sartani (Candesartan, Losartan e Valsartan). La scelta si è basata sulla necessità di garantire una efficiente copertura farmacologica in virtù delle differenti popolazioni di elezione per cui i sartani si prestano, ovvero il losartan per i pazienti a rischio di ictus, candesartan per i pazienti con scompenso cardiaco e valsartan per i pazienti con infarto miocardico recente.

ALLARGAMENTO INDICAZIONI

Aripiprazolo	Compresse Sol. Iniettabile	N05AX12	Approvato d'indicazione, prescrivibile con RM	allargamento farmaco
Atazanavir	Capsule	J05AE08	Approvato d'indicazione	allargamento

Commenti

Aripiprazolo:

La Commissione decide di approvare l'allargamento. Si mantiene la Richiesta Motivata che viene così modificata: "limitatamente ai pazienti che riscontrano pesanti effetti collaterali (sintomi extrapiramidali, eccessivo aumento ponderale, aumenti nei livelli di prolattina sierica, modifiche clinicamente rilevanti all'ECG) correlati al trattamento con altri antipsicotici o presentano particolari controindicazioni che impediscono l'utilizzo delle alternative disponibili; limitatamente al trattamento di episodi maniacali di grado da moderato a severo del Disturbo Bipolare di Tipo I e per la prevenzione di un nuovo episodio maniacale, in pazienti che hanno avuto prevalentemente episodi maniacali che hanno risposto al trattamento con aripiprazolo".

Valutazioni effettuate dalla Commissione Terapeutica Interaziendale:

AGGIORNAMENTO NOTE DI RESTRIZIONE PER FARMACI INSERITI CON RICHIESTA MOTIVATA PER SINGOLO PAZIENTE:

PRINCIPIO ATTIVO	ATC	Nuova NOTA
Tipranavir	J05AE09	Limitatamente ai pazienti fortemente pretrattati con procedura di ripristino scorta mensile o trimestrale, in seguito a presentazione alla Farmacia dell'elenco dei pazienti trattati nel precedente periodo di fornitura (mensile o trimestrale). Nell'elenco dei pazienti andranno inoltre specificati i regimi terapeutici precedenti che ciascun nuovo paziente abbia ricevuto.
Darunavir	J05AE10	
Raltegravir	J05AX08	
Enfuvirtide	J05AX07	
Maraviroc	J05AX09	Limitatamente a pazienti con infezione causata dal virus HIV-1 CCR5-tropico fortemente pretrattati e resistenti alle tre classi di farmaci NNRTI, NRTI e inibitori delle proteasi. Il farmaco sarà dispensato dalla Farmacia su richiesta personalizzata previo riscontro dell'esecuzione del test del tropismo e della positività dei risultati.

Amfotericina liposomiale	B	J02AA01	Limitatamente ai casi per i quali con relazione clinica venga attestata l'impossibilità di somministrare amfotericina in complessi lipidici. Tale restrizione non si applica ai pazienti pediatrici.
Misoprostolo		A02BB01	Limitatamente alle indicazioni registrate: "Prevenzione di ulcere gastroduodenali indotte da FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei). Terapia di ulcere gastroduodenali indotte da farmaci antinfiammatori non steroidei in pazienti artrosici a rischio, anche continuando la somministrazione dei FANS. Ulcere duodenali e gastriche". ASL 21: Tale restrizione non viene applicata alle RSA

Commenti:

Amfotericina B liposomiale:

Nella riunione della Commissione Terapeutica del 25 Maggio 2009 era rimasta in sospenso la problematica dell'uso di Ambisome® nel paziente pediatrico al posto di Abelcet®. La restrizione proposta dal gruppo di lavoro per la revisione degli antimicrobici "di restringere l'utilizzo di amfotericina liposomiale esclusivamente ai casi per i quali con relazione clinica venga attestata l'impossibilità di somministrare amfotericina lipidica", risulta difficilmente applicabile alla popolazione pediatrica, per la quale viene abitualmente utilizzato Ambisome®.

Si segnala che la Commissione Regionale per il PTORV ha, comunque, previsto una quantità di Ambisome® in esclusiva per specifiche tipologie di pazienti tra cui i pazienti pediatrici.

La restrizione definita dalla CTI non verrà quindi applicata ai pazienti pediatrici.

Nota Regione Veneto sull'impiego improprio del misoprostolo:

A seguito della nota Regionale sull'impiego improprio di Misoprostolo (uso off-label per interruzione di gravidanza), in cui si ricorda che tale farmaco può essere dispensato solo su presentazione di ricetta medica non ripetibile, la Commissione ha affrontato la questione su come gestire il farmaco in ambito ospedaliero. Il farmaco è registrato per le seguenti indicazioni: "Prevenzione di ulcere gastroduodenali indotte da FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei). Terapia di ulcere gastroduodenali indotte da farmaci antinfiammatori non steroidei in pazienti artrosici a rischio, anche continuando la somministrazione dei FANS. Ulcere duodenali e gastriche".

Ad oggi il Misoprostolo viene distribuito alle UU.OO. senza restrizioni; tali modalità di richiesta non sono, quindi, allineate a quelle previste per Legge nelle Farmacie territoriali. Si decide quindi di inserire il farmaco tra i farmaci da autorizzare su Richiesta Motivata per singolo paziente con la seguente restrizione "Su Richiesta Motivata per singolo paziente limitatamente alle indicazioni registrate" Tale restrizione non si applica all'utilizzo in RSA.

Si decide, inoltre, che la Segreteria della Commissione Terapeutica invii una nota a tutte le UU.OO. in merito all'impiego corretto di Misoprostolo chiedendo di segnalare eventuali problematiche in merito alla difficoltà di attenersi alle indicazioni ministeriali registrate.

VALUTAZIONE GRUPPO DI LAVORO (21.09.2009): ANTIDEPRESSIVI e ANTIPSICOTICI

Durante la riunione del 27 maggio 2009 la Commissione Terapeutica Regionale ha definito la nota relativa agli antidepressivi di II generazione stabilendo che "per garantire una adeguata copertura terapeutica, siano sufficienti non più di 5 principi attivi tra gli antidepressivi di 2° generazione all'interno delle categorie ATC: N06AB "Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)" e ATC N06AX "Altri-antidepressivi".

Nessuna nota di restrizione è stata definita in merito agli antidepressivi di 1° generazione (N06AA: inibitori non selettivi della monoaminocaptazione). Restano quindi inseriti senza restrizione clomipramina e amitriptilina.

Relativamente agli antidepressivi di II generazione, considerato il parere vincolante del P.T.O.R.V. e le richieste pervenute alla segreteria della CTI per l'inserimento di nuovi farmaci antidepressivi è stato attivato un gruppo di lavoro per la revisione della categoria terapeutica.

Di seguito le decisioni assunte:

N06AB e N06AX – ANTIDEPRESSIVI DI II GENERAZIONE

PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	CATEGORIA TERAPEUTICA	PROPOSTA GRUPPO DI LAVORO
Sertralina	CPR, SOSP. OS	N06AB06	Inserito
Escitalopram	CPR, GTT	N06AB10	Inserito con richiesta motivata su prescrizione psichiatrica.
Mirtazapina	CPR, FL e.v.	N06AX11	Inserito
Venlafaxina	CPR,CPS	N06AX16	Inserito
Fluoxetina	CPR, SOSP. OS	N06AB03	Inserito per bulimia nervosa
Citalopram	FL e.v., CPR, GTT	N06AB04	Inserito – eliminata restrizione per singolo paziente per la formulazione ev
Trazodone	CPR, GTT, FL i.m, i.v.	N06AX05	Inserito ASL-21 (RSA)
Mianserina	CPR, GTT	N06AX03	Escluso
Paroxetina	GTT, CPR, SOSP. OS	N06AB05	Escluso
Fluvoxamina	CPR	N06AB08	Escluso
Duloxetina	CPS	N06AX21	Escluso
Bupropione	CPR	N06AX12	Non inserito

Commenti:

ESCITALOPRAM

L'unica modifica proposta dalla Commissione rispetto alle proposte del gruppo di lavoro riguarda il farmaco Escitalopram. Il gruppo di lavoro, in considerazione dei dati di efficacia a favore di escitalopram aveva proposto l'inserimento di entrambi i principi attivi (citalopram ed escitalopram, pur essendo il secondo l'isomero levogiro del primo e presentando un costo di terapia oltre 10 volte superiore). La Commissione, considerato che, dall'analisi delle richieste extra-prontuario pervenute alle Farmacie AO Verona e ASL21, il farmaco non viene richiesto molto frequentemente e considerato il costo di molto più elevato rispetto a citalopram, decide di inserire il farmaco limitando la prescrizione allo specialista psichiatra. Le U.O. di Psichiatria potranno quindi richiedere il farmaco con richiesta motivata cumulativa (RIAUT SCORTA).

BUPROPIONE

Il gruppo di lavoro, considerata la possibilità di inserire solo 5 antidepressivi di II generazione, ha ritenuto di confermare l'inserimento di altri principi attivi di elevato consumo ospedaliero e già presenti nei prontuari delle due aziende e di non inserire Bupropione, pur presentando quest'ultimo un meccanismo d'azione diverso, con un buon profilo di tollerabilità, in particolare relativamente ai disturbi della funzionalità sessuale.

Si ritiene di rivalutarne l'inserimento successivamente, in relazione alle eventuali richieste di utilizzo extra-PTO che dovessero pervenire ai Servizi di Farmacia per prosecuzione di terapie domiciliari o per particolari esigenze.

N05A – ANTIPSICOTICI

La commissione del P.T.O.R.V. non ha ancora definito una nota di restrizione relativa al numero di antipsicotici da inserire nel prontuario ospedaliero.

In attesa di una definizione di una nota da parte della CTR, vengono confrontate le specialità presenti nei due prontuari ospedalieri, individuando i principi attivi che sulla base dei dati di consumo e delle evidenze cliniche possono essere inclusi/esclusi dal prontuario unico.

Rispetto ai farmaci della categoria terapeutica già presenti nel PTO, le uniche modifiche definite dal gruppo di lavoro e recepite dalla CTI sono le seguenti:

PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	CATEGORIA TERAPEUTICA	PROPOSTA GRUPPO DI LAVORO
------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------

Paliperidone	CPR	N05AX13	Non inserito
Quetiapina R.P.200 mg, 300 mg, 400 mg	CPR R.P.	N05AH04	Inserito
Amisulpiride	CPR	N05AL05	Escluso
Pimozide	CPR	N05AG02	Escluso
Promazina	GTT, Fl i,v,i.m.	N05AA03	Inserito

Commenti:

Paliperidone

Il paliperidone, un antipsicotico atipico, è il principale metabolita del risperidone. In Italia il brevetto del risperidone è scaduto a dicembre 2007 con una conseguente notevole riduzione dei costi.

Il paliperidone è registrato per il trattamento della schizofrenia, mentre il risperidone è indicato anche per il trattamento di episodi di mania da moderati a gravi associati a disturbi bipolari, trattamento a breve termine (fino a 6 settimane) dell'aggressività persistente in pazienti con demenza di Alzheimer di grado da moderato a grave, trattamento sintomatico a breve termine (fino a 6 settimane) dell'aggressività persistente nel disturbo della condotta in bambini dall'età di 5 anni e adolescenti con funzionamento intellettuale al di sotto della media o con ritardo mentale. Il paliperidone non presenta dati di confronto diretto rispetto a risperidone. Rispetto a quest'ultimo presenta una riduzione delle concentrazioni ematiche di picco (dovuta alla forma farmaceutica a rilascio modificato) e, in quanto metabolita attivo, non viene biotrasformato da parte del CYP2D6 con una conseguente riduzione del rischio d'interazioni.

Paliperidone costa circa il doppio rispetto a risperidone, se si confronta il prezzo ospedaliero di paliperidone con il prezzo di acquisto ospedaliero di risperidone. Il farmaco, in considerazione delle indicazioni più limitate non potrebbe, comunque, sostituire il risperidone per tutte le indicazioni.

In conclusione, considerata la sostanziale sovrapposibilità in termini di efficacia a fronte di costi superiori, si decide di non inserire il farmaco in prontuario, riservandosi di rivalutare la reale necessità di utilizzo ospedaliero in base alle eventuali richieste di acquisto per singolo paziente che dovessero pervenire al servizio di Farmacia.

Promazina: presente solo nel PTO ASL21 di Legnago. Il farmaco viene principalmente utilizzato nelle case di riposo, non solo come antipsicotico nei pazienti con agitazione psicomotoria e atteggiamento aggressivo. Si decide quindi di mantenere il farmaco nel PTI unificato.

Amisulpiride: presente solo nel PTO ASL 21 di Legnago. Considerando lo sporadico utilizzo del farmaco e la grave iperprolattinemia derivante dall'utilizzo, il gruppo di lavoro decide di escludere il farmaco dal prontuario unificato.

Pimozide: il farmaco è presente solo nel prontuario dell' AO di Verona, ma non è mai stato utilizzato negli ultimi tre anni, per cui si decide di escluderlo.

BENZODIAZEPINE:

In considerazione delle nuove aggiudicazioni delle gare regionali entrambe le benzodiazepine lorazepam e lormetazepam vengono inserite in PTO. Relativamente alle altre benzodiazepine nessuna modifica viene effettuata rispetto a quanto già segnalato alle UU.OO. relativamente alle variazioni apportate dalle Gare Regionali.

PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	CATEGORIA TERAPEUTICA	PROPOSTA DI LAVORO	GRUPPO
Lorazepam	CPR CPR OROSOLUBILE	N05BA06	Incluso	
Lormetazepam	GTT	N05CD06	Incluso	

VALUTAZIONE GRUPPO DI LAVORO PER I FARMACI DELLA DEGENERAZIONE MACULARE SENILE (23/06/2009):

La Commissione ha analizzato le proposte del gruppo di lavoro per i farmaci della degenerazione maculare senile. Di seguito le decisioni assunte:

PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	CATEGORIA TERAPEUTICA	PROPOSTA GRUPPO DI LAVORO
Ranibizumab	FL iniett. intravitreale	S01LA04	Inserito - Payment by Result per i pazienti non responder dopo 3 mesi di trattamento, con chiusura della scheda entro tale data. Il Servizio di Farmacia erogherà il farmaco solo dopo verifica della presenza della scheda di monitoraggio AIFA.
Pegaptanib	FL iniett. intravitreale	S01LA03	Non inserito

Commenti:

La Commissione sottolinea la problematica della rimborsabilità per Ranibizumab e Pegaptanib: i farmaci sono sottoposti a Payment by Result per i pazienti non responder dopo 3 mesi di trattamento. Se, dopo tre mesi di trattamento il paziente non risponde alla terapia, l'oculista deve chiudere la scheda segnalando che c'è stato un peggioramento e, solo in questo caso, la farmacia può richiedere il rimborso. Il parametro principale, per la valutazione dell'esito della terapia rimane il valore del Visus del paziente. Relativamente al sistema di monitoraggio, gli oculisti sollevano alcune perplessità sulla tempistica di ritrattamento prevista dalla scheda e sulle modalità di valutazione del peggioramento clinico; pur condividendo le perplessità sollevate ad oggi il sistema prevede il rimborso esclusivamente se viene segnalato sulla scheda il peggioramento clinico entro 3 mesi dal trattamento.

Si osserva che le oculistiche ad oggi hanno utilizzato principalmente Ranibizumab rispetto a Pegaptanib. Il ranibizumab presenta dai dati di letteratura una percentuale di pazienti responders più elevata rispetto a pegaptanib, pur non essendo ancora disponibili i risultati degli studi di confronto diretto che sono in corso. Pegaptanib è stato usato esclusivamente quando non si riteneva possibile utilizzare Ranibizumab in pazienti con problemi cardiologici, anche se, tale scelta non sembrerebbe trovare un razionale scientifico, in quanto entrambi i farmaci per meccanismo d'azione possono comportare effetti collaterali in pazienti con problemi cardiaci.

La Commissione, alla luce di tale indicazione e del prevalente uso di ranibizumab, decide di inserire Ranibizumab, tenendo monitorati i casi a 6 mesi per capire quante richieste di rimborso per pazienti non responders pervengono.

Pazienti con degenerazione maculare senile e visus <2/10

La Commissione stabilisce che per i pazienti con visus <2/10, che non rientrano nei criteri di eleggibilità previsti da AIFA per i farmaci ranibizumab e pegaptanib, venga presentato ai rispettivi Comitati Etici Aziendale e Provinciale, un protocollo di studio osservazionale per l'uso di bevacizumab.

OFF-LABEL DIFFUSI E CONSOLIDATI PRECEDENTEMENTE SOSPESI

LAMIVUDINA per Epatite Acuta Fulminante

In data 02 febbraio 2009 era stata sospesa la decisione da parte della Commissione terapeutica in merito all'approvazione dell'indicazione off-label di Lamivudina per l'epatite acuta fulminante richiesta dal reparto di Malattie Infettive. A seguire sono emersi ulteriori dati di letteratura sull'utilizzo di Lamivudina in pazienti con Epatite Acuta Fulminante, che presentano però gli

stessi gradi di evidenza degli studi precedentemente valutati. Considerato che la terapia con antivirale non modifica la storia naturale della malattia, si decide quindi di non approvare tale indicazione .

ATTIVAZIONE GRUPPI DI LAVORO

La Commissione decide di attivare i seguenti gruppi di lavoro per la valutazione di :

- **Eritropoietine:**

In considerazione delle problematiche relative alle eritropoietine che sono oggetto di valutazione da parte della Commissione, non ultimo le recenti pubblicazioni scientifiche che ridimensionano il vantaggio dell'uso nel paziente oncologico, si ritiene utile riunire un gruppo di lavoro per analizzare le seguenti tematiche:

- introduzione dei biosimilari a 6 mesi da prima valutazione;
- introduzione di Mircera® ;
- utilizzo delle eritropoietine in ambito oncologico;
- uso delle eritropoietine nei pazienti candidati a interventi di chirurgia maggiore che rifiutano le trasfusioni (testimoni di Geova).

Distinti saluti

L'ufficio di Segreteria della CTI
Dr.ssa Chiara Alberti

