

U.O.C. Farmacia Ospedaliera SE/CTO e verifica  
appropriatezza prescrittiva ospedale territorio

## **MODALITA' DI PRESCRIZIONE DELLE EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM)**

### **NEL PAZIENTE ONCOLOGICO**

Il paziente oncologico ha un rischio maggiore di sviluppare un episodio di TEV.

Il rischio aumentato è correlato sia al tipo di neoplasia che al tipo di trattamento farmacologico associato sia alla possibile presenza di un catetere venoso centrale.

#### **❖ PROFILASSI TVP PAZIENTE ONCOLOGICO:**

### **Lista AIFA dei farmaci oncologici legge 648/96 USO CONSOLIDATO**

#### **Indicazioni:**

- Profilassi delle TVP in pazienti oncologici ambulatoriali a rischio (KHORANA  $\geq 3$ );
- Profilassi delle trombosi venose profonde in pazienti a rischio affetti da mieloma multiplo, sulla base del giudizio clinico individuale.

#### **Chi può prescrivere:**

Medico Specialista (oncologo o ematologo)

#### **Quali eparine:**

Possono essere prescritte tutte le EBPM approvate in Italia.

#### **Come:**

su scheda di prescrizione regionale (NO su RICETTA SSN)

#### **Canale distributivo:**

Erogabile esclusivamente attraverso i Servizi Farmaceutici Distrettuali

Per la ASL RM 2:

-Servizio Farmaceutico VIA CASILINA 395 (DISTRETTO 4, DISTRETTO 5 E PARTE DEL DISTRETTO 7 corrispondente all' ex 9 municipio)

- Servizio Farmaceutico Via di Torre Spaccata 157 (DISTRETTO 6, PARTE DEL DISTRETTO 7 corrispondente all'ex 10 municipio)

-Servizio Farmaceutico CTO Via S. Nemesio 21 (DISTRETTO 8, DISTRETTO 9)

U.O.C. Farmacia Ospedaliera SE/CTO e verifica  
 appropriatezza prescrittiva ospedale territorio

❖ **TRATTAMENTO TVP PAZIENTE ONCOLOGICO:**

**Indicazione rimborsata a carico del SSN da scheda tecnica – TRATTAMENTO PROLUNGATO**

**indicazioni:**

- Trattamento prolungato TVP ed embolia polmonare e prevenzione delle recidive in pazienti adulti con neoplasia attiva.  
indicazione autorizzata solo per INNOHEP (tinzaparina) e INHIXA (enoxaparina) – MAX 6 MESI

**Chi può prescrivere:**

Medico Specialista e Medico di Medicina Generale

**Quali:**

Innohep (tinzaparina) con prescrizione in DPC

INHIXA (enoxaparina) ricetta SSN

**Come:**

Ricetta SSN, non è necessaria la compilazione della scheda prescrittiva regionale

**Canale distributivo:**

Farmacatuica convenzionata e DPC

**N.B.**

**TERAPIA EPARINA LONG TIME:**

**PAZIENTE ONCOLOGICO trattamento previsto per 6 mesi**

- ➔ Eventuale Rivalutazione dello specialista

**ANALISI FARMACO ECONOMICA:**

di seguito in tabella il costo terapia semestrale per le due specialità sopra indicate con le modalità di distribuzione.

FARMACO	DURATA	DISTRIBUZIONE	POSOLOGIA	COSTI SSN PER 6 MESI DI TERAPIA (PZ DI CIRCA 70 KG)
INNOHEP (TINZAPARINA)	6 MESI RIVALUTABILI	<b>DPC</b>	175 UI/kg una volta al dì	1108,8 euro
INHIXA (ENOXAPARINA)	6 MESI RIVALUTABILI	<b>CONVENZIONATA</b>	100 UI/kg due volte al dì per 5-10 gg poi 150UI/kg una volta dì	2.106 euro