



GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO SANITA'
Servizio Assistenza Farmaceutica
Ufficio Appropriately Farmaci e D.M.

Ai Direttori Sanitari
Ai Responsabili delle Farmacie Ospedaliere
Ai Responsabili dei Servizi Farmaceutici Territoriali
Ai Responsabili dei Centri prescrittori per il tramite delle Direzioni sanitarie
delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo

Agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi
Alle OOSS mediche

A FEDERFARMA
Assofarm

Alle Banche Dati dei farmaci

LORO SEDI

Oggetto: Farmaci carenti AIFA – aggiornamento validità Scheda di Prescrizione Creon e Creonipe (pancrelipasi)

Si comunica che lo stato di carenza dei farmaci CREON e CREONIBE si protrarrà fino al 31.07.2026 a causa di problemi produttivi e di elevata richiesta, come riportato nell'elenco dei farmaci carenti reperibile sul portale istituzionale dell'Agenzia al link <https://www.aifa.gov.it/farmaci-carenti>:

Elenco dei farmaci carenti Importabili aggiornato al 10/03/2026												
Nome medicinale	Codice AIC	Principio attivo	Forma farmaceutica e dosaggio	Titolare AIC	Data inizio	Fine presunta	Equivalente	Motivazioni	Suggerimenti/Indicazioni AIFA	Classe di rimborsabilità	Codice ATC	
CREON	029018064	PANCRELIPASI	"10.000 U.PH.EUR. CAPSULE RIGIDE A RILASCIO MODIFICATO" 100 CAPSULE	VIATRIS ITALIA S.R.L.	01/01/2022	31/07/2026	No	Elevata richiesta/problemi produttivi: distribuzione contingentata	Si rilascia autorizzazione all'importazione alle strutture sanitarie per analogo autorizzato all'estero, nel caso in cui le strutture interessate riscontrino discontinuità nella fornitura, a livello delle reti distributive cui hanno accesso	A TOTALE CARICO DEL SSN.	A09AA02	
CREONIBE	047002098	PANCRELIPASI	"35000 CAPSULE RIGIDE GASTRORESISTENTI" 100 CAPSULE IN FLACONE HDPE	Viartis Healthcare Limited	15/09/2023	31/07/2026	No	Problemi produttivi: distribuzione contingentata	Si rilascia autorizzazione all'importazione alle strutture sanitarie per analogo autorizzato all'estero, nel caso in cui le strutture interessate riscontrino discontinuità nella fornitura, a livello delle reti distributive cui hanno accesso	A TOTALE CARICO DEL SSN.	A09AA02	

Tenuto conto della predetta carenza:

- la ditta Viartis, che commercializza entrambe le specialità medicinali indicate, ha disposto la distribuzione contingentata degli stessi;
- l'Agenzia Italiana del farmaco con Determina n. DG/526/2023 G.U. num. del 05.01.2024, ha ribadito il blocco dell'export per contrastare lo stato di carenza, autorizzando altresì le strutture sanitarie pubbliche all'importazione di analogo prodotto autorizzato all'estero, nel caso in cui le strutture interessate riscontrino discontinuità nella fornitura, a livello delle reti distributive cui hanno accesso.

- lo scrivente Servizio, con nota prot. 0047158 del 06/02/2024, ha istituito una scheda di prescrizione trimestrale e ha disposto l'erogazione dei farmaci Creon e Creonipe esclusivamente presso la Distribuzione Diretta delle Farmacie Ospedaliere delle AASSLL.

Al fine di agevolare l'accesso alle terapie e di ridurre le liste di attesa presso gli specialisti deputati al rinnovo dei piani terapeutici, si dispone l'estensione della durata della scheda di prescrizione da 3 a 12 mesi.

Inoltre, si coglie l'occasione per ribadire che, sino a risoluzione della carenza ed al fine di non causare disparità nell'accesso al farmaco, l'erogazione dei farmaci Creon e Creonipe rimane esclusivamente in Distribuzione Diretta presso le farmacie ospedaliere delle AASSLL, previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, a seguito di prescrizione di medico specialista in Oncologia, Gastroenterologia, Medicina Interna o proveniente dal Centro Regionale per la Fibrosi Cistica, compilando l'allegata Scheda di Prescrizione regionale aggiornata.

Certi di una puntuale applicazione, si porgono distinti saluti.

Il Responsabile dell'ufficio

d.ssa Veronica Scurti (f.to)

Il Dirigente del Servizio

dott. Alberto Costantini



GIUNTA REGIONALE

SCHEDA DI PRESCRIZIONE REGIONALE

Specialità medicinali a base di Pancrealipasi

Data:/...../.....

COGNOME E NOME:.....

DATA DI NASCITA:.....CODICE FISCALE:.....

Indirizzo:.....

Asl DI APPARTENENZA:.....Telefono:.....

- CREON 10.000 UI, CREON 25.000 UI:** Trattamento dell'insufficienza pancreatica esocrina causata da FIBROSI CISTICA, PANCREATITE CRONICA, PANCREATECTOMIA, GASTRECTOMIA TOTALE, RESEZIONI GASTRICHE PARZIALI (BiirothI/II), ostruzione duttale da neoplasie (es. del pancreas o del coledoco).

Indicazione al trattamento:

- Fibrosi Cistica
 Altra condizione autorizzata (ad es. pancreatite cronica, pancreatectomia o cancro pancreatico)

POSOLOGIA:

CPS/die:.....

Numero confezioni:

- CREONIPE 35.000UI:** Terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta a fibrosi cistica o altre condizioni (es. pancreatite cronica, pancreatectomia o cancro pancreatico).

Indicazione al trattamento:

- Fibrosi Cistica
 Altra condizione autorizzata (es. pancreatite cronica, pancreatectomia o cancro pancreatico)

POSOLOGIA:

CPS/die:.....

Numero confezioni:

MEDICO PRESCRITTORE:

ASL:

Presidio Ospedaliero:

Unità Operativa Autorizzata alla prescrizione:

CONTATTI

TELEFONO:.....

EMAIL:.....

DURATA PIANO TERAPEUTICO:..... **N.B: Durata massima prevista 12 MESI**

Timbro e firma del Medico Prescrittore

DA COMPILARE IN TRIPLICE COPIA:

- Una copia per il clinico/centro prescrittore;
- Una copia per il MMG/PLS per la redazione della ricetta ai fini delle dispensazioni successive alla prima per la durata del piano;
- una per la farmacia ospedaliera della ASL di residenza del paziente che eroga il farmaco.

N.B.: Il MMG/PLS compila la ricetta per la dispensazione nel periodo di validità dello stesso

Al termine della validità del piano il paziente dovrà essere rivalutato dal medico specialista per il rinnovo dello stesso