

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Oggetto: Piani Terapeutici per la prescrizione dei medicinali soggetti a Nota AIFA 74 - Aggiornamento

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie
All'AIOP
Agli Ordini Provinciali dei Medici
A Federfarma Sicilia
Ad Assofarm
LORO SEDI
Circolare n. 1 del 15.01.2018

Con la circolare n. 3 del 01/03/2017, al fine di uniformare la modulistica adottata per la prescrizione a carico del SSN dei farmaci soggetti a nota AIFA 74, è stato elaborato un modello di Piano Terapeutico (PT) regionale.

Successivamente, con la circolare n. 11 del 2 agosto 2017, il modello di PT è stato aggiornato inserendo un apposito campo in cui apporre la motivazione a supporto della scelta di una specialità medicinale a maggiore costo/DDD, nei pazienti *naive* al trattamento, ai sensi del D.A. n. 540/14.

A parziale modifica del sopracitato provvedimento, si allega alla presente il modello di Piano Terapeutico (allegato A) nel quale è stato introdotto un apposito campo in cui apporre il **valore di LH**.

Si evidenzia che tali disposizioni sono vincolanti esclusivamente per le prescrizioni effettuate dai Centri operanti sul territorio regionale, autorizzati da questo Assessorato.

Il modello di Piano Terapeutico allegato, che sarà prossimamente informatizzato, deve essere consegnato unitamente alla ricetta SSN per la dispensazione da parte delle farmacie convenzionate. Si sottolinea che in atto non è possibile effettuare prescrizioni in modalità dematerializzata dei farmaci in argomento.

Tale modello di Piano Terapeutico dovrà essere utilizzato, in via esclusiva, a far data dal **5 febbraio p.v.**

Si esortano le SS.LL. a dare ampia diffusione del presente documento a tutti gli operatori sanitari delle strutture pubbliche e private operanti nel territorio di competenza con particolare riferimento alle figure specialistiche interessate.

I Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno attivare specifici controlli volti a verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza a quanto sopra rappresentato.

La presente nota, completa dei relativi allegati, è scaricabile dal sito istituzionale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana.

Il Dirigente del CRFV
Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile dell'U.O. 7.1
Dr.ssa Claudia La Cava

Il Responsabile del Servizio 7
Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale
Ing. Salvatore Giglione

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana


 ASSESSORATO DELLA SALUTE
 MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
 PRESCRIZIONE DI FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 74
Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/Struttura privata accreditata⁽¹⁾

Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____

Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____

ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____

La prescrizione di farmaci soggetti a nota AIFA 74 è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:
 (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

- Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valore di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiore a 30 mUI/ml;**
 (urofollitropina, menotropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina alfa biosimilare, lutropina alfa, corifollitropina alfa, follitropina alfa/lutropina alfa)
- Trattamento dell'infertilità maschile: in maschi con ipogonadismo – ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml.**
 (urofollitropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina alfa biosimilare)
- Preservazione della fertilità femminile: in donne in età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.**
 (urofollitropina, menotropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina alfa biosimilare, corifollitropina alfa)

Farmaco prescritto:

urofollitropina menotropina follitropina alfa biosimilare follitropina alfa follitropina beta
 Fostimon Meriofert Meriopur Bemfola Ovaleap Gonal F Puregon

lutropina alfa corifollitropina alfa follitropina alfa + lutropina alfa
 Luveris Elonva Pergoveris

Dosaggio e posologia: _____ Valore di FSH⁽²⁾: _____ Valore di LH^(2,3): _____

N° del ciclo _____

Data successivo controllo _____

Prima prescrizione

Motivazione (ai sensi del D.A. n. 540/14): _____

Prosecuzione della cura

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Data _____

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Copia valida per N. _____ confezioni

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

(2) Durata del piano terapeutico un mese. Riportare i valori di FSH e di LH determinati in data non anteriore a sei mesi dalla data di redazione del piano terapeutico

(3) per le specialità medicinali Luveris e Pergoveris rimborsabilità esclusivamente con valore di LH < 1.2 UI/L

(4) A parità di indicazione terapeutica prediligere il medicinale a minor costo/DDD